Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

Zum Jahreswechsel

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Als die deutschen Bürger im schönen Sommer dieses Jahres zu Millionen in nahe und ferne Länder reisten, um ihre Ferien dort zu verbringen, dachte kaum einer daran, daß das Jahresende in unserem Land durch Sorgen um etwas so „selbstverständliches" wie Öl oder einen Arbeitsplatz beschattet sein könnte. Wenige Flugstunden von uns entfernt, sind erneut Menschen Opfer kriegerischer Auseinandersetzungen geworden, während gleichzeitig alle Welt von Frieden und Freiheit für die Menschen spricht. Mit gesammelten milden Gaben versuchen Idealisten, Menschen in Afrika vor dem Hungertod zu bewahren, während zur gleichen Zeit feindliche Stämme einander auszurotten versuchen. Man könnte die Beispiele beliebig vermehren. Stellt sich da nicht die Frage nach Bewußtseinsspaltung, Scheinheiligkeit oder nackter Lüge?

Wir Ärzte sitzen nicht an den Schalthebeln der Politik. Sollten, könnten wir unsere Stimme lauter ertönen lassen, um zur Vernunft zu rufen, vor der Selbstvernichtung zu warnen? Jeder von uns ist aufgerufen, darüber nachzudenken!

In diesem Jahr ist der Deutsche Ärztetag wieder einmal in unserer Landeshauptstadt München eingekehrt. Es war ein Ereignis von besonderer Bedeutung. Vor hundert Jahren traten erstmals Delegierte der deutschen Ärzte zu einem Deutschen Ärztetag zusammen. Das war zugleich der entscheidende Anfang einer organisierten Standesarbeit auf breiter Basis. Auf dem diesjährigen 76. Deutschen Ärztetag — 24 fielen in diesen hundert Jahren geschichtlichen Ereignissen unseres Landes zum Opfer — berieten die Delegierten über eine Gesamtschau unseres Gesundheitswesens, über Notwendigkeiten, Wege und Möglichkeiten seiner Weiterentwicklung. Die Grundsätze wurden aufgezeichnet. Die Fertigstellung der „Grundsätze" wird Aufgabe der kommenden Monate sein. Wir können nur hoffen, daß es uns gelingt, die Bürger unseres Landes davon zu überzeugen, daß das von uns verteidigte System der ärztlichen Versorgung allen anderen Systemen überlegen ist und seine Fortentwicklung, der wir uns mit Hingabe widmen wollen, im allgemeinen Interesse liegt. Wir werden aber darauf vorbereitet sein müssen, daß es im kommenden Jahr zu harten Auseinandersetzungen kommen kann. Die auf dem Jubiläumsärztetag so eindrucksvolle Einheit der Jungen und der Alten, der Ärzte in Krankenhaus, freier Praxis und sonstigen Bereichen, gibt uns Zuversicht. Ärztetage, Resolutionen, Versammlungen genügen aber nicht. Es kommt mehr denn je auf jeden einzelnen an. Pflichterfüllung bis zum Äußersten, organisatorische Verbesserungen in jeder Arztpraxis, Intensivierung des Vertrauensverhältnisses Arzt—Patient, das sind Orientierungslinien für das kommende Jahr. Sie können nicht ernst genug genommen werden. Wir durchschreiten eine Talsohle und es ist schattig und frostig geworden um uns herum. Das muß jedem von uns bewußt werden, auch wenn es unbequem sein mag. Niemand von uns vermag in die Zukunft zu schauen. Es kann vieles kommen. Nur eines darf uns nicht befallen: Resignation!

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wünschen wir auch an diesem Jahresende frohe und erholsame Stunden, ein gesegnetes Weihnachtsfest, Glück und Gesundheit für das kommende Jahr.

Ihre

Dr. Hermann Braun — *Professor Dr. Hans J. Sewering* — *Dr. Friedrich Kolb*

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

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr verehrter Herr Kollege!

Seit nunmehr 18 Jahren wenden wir uns anläßlich des Weihnachtsfestes mit der Bitte an Sie, durch eine Spende die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten" zu unterstützen und damit die hilfreiche Tätigkeit dieses Gemeinschaftswerkes der westdeutschen Heilberufe auch weiterhin zu ermöglichen. Wie jedes Jahr danken wir von Herzen all denjenigen, die uns bisher so treu geholfen haben.

Wie Ihnen aus den Rundschreiben der Stiftung sicher bekannt ist, hält sich die Zahl der zu unterstützenden Kollegenkinder seit Jahren konstant bei über 900. Dies bedeutet, daß die Zahl der neu hinzugekommenen Kollegenkinder aus der DDR (ca. 20%) und der Halb- und Vollwaisen aus der BRD (ca. 80%) in etwa so groß ist wie die Zahl der Schützlinge, die nach Abschluß ihrer Berufsausbildung aus der Förderung durch die Stiftung ausscheiden. Aber die Höhe der Ausgaben steigt von Jahr zu Jahr, genauso wie die Ausgaben für unsere eigenen Kinder.

Und d a s will die Stiftung: Diesen Kollegenkindern verhelfen zu einer ebenso guten Berufsausbildung wie unseren Kindern. Ihnen fehlen die Eltern, die dies tun könnten, oder ihre Eltern können ihnen von drüben nicht helfen. Also tun wir alle es gemeinsam: Ärzte helfen Ärzten – und ihren Kindern.

Wir wenden uns an alle, die helfen können: Lassen Sie Weihnachten nicht vorbeigehen, ohne an diese Kollegenkinder zu denken. Ihre Hilfe ist h i e r unersetzlich.

In kollegialer Verbundenheit

Professor Dr. S e w e r i n g
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. M u s c h e l l i k
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Dr. B o u r m e r
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands
(Hartmannbund) e. V.

Dr. O d e n b e c h
1. Vorsitzender des Marburger Bundes,
Verband der angestellten und beamteten Ärzte
Deutschlands e. V.

Dr. R o o s
Bundesvorsitzender des Verbandes der
Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Frau Dr. H e u s e r
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. W e l t h e r
1. Bundesvorsitzender des Deutschen
Kassenarztverbandes

Dr. P a u l u s
Vorsitzender des Berufsverbandes der
Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin
Deutschlands e. V.

Professor Dr. B r o g l i e
1. Vorsitzender der
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände e. V.

Professor Dr. H o p f
1. Vorsitzender des Verbandes der
leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Obermedizinaldirektor Dr. B ö h m
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte
des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. E g g e r s
Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Z e d e l m a i e r
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. S c h u l z
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie, bitte, die beiliegende Spendenkarte. Für ihre Direktüberweisung stehen Ihnen die Konten Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1222387 – Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 1 001 039 084 – Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218 – Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 zur Verfügung.

Niedergelassener Arzt und Krankenhaus

Der 26. Bayerische Ärztetag befaßte sich mit dem außerordentlich wichtigen Thema „Niedergelassener Arzt und Krankenhaus". In den dazu gehaltenen Referaten, welche wir nachstehend abdrucken, wurde das Thema in ausgezeichneter Weise von mehreren Blickpunkten aus beleuchtet und durch eine sehr gute Diskussion abgerundet.

Die Bayerische Landesärztekammer wird sich mit den angesprochenen Fragen auch in der Folgezeit intensiv beschäftigen und alles tun, um die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhausärzte immer mehr zu verbessern. Wir möchten allen unseren Kolleginnen und Kollegen bewußt machen, daß hier ein zentraler Punkt der zukünftigen Fortentwicklung in der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung liegt.

Dr. Otto Schloßer aus der Sicht des Facharztes

Das Thema „Niedergelassener Arzt und Krankenhaus" läßt sicherlich sehr viel mehr Gedanken, Überlegungen und Schlußfolgerungen zu, als im Rahmen eines Kurzreferats angedeutet und dargelegt werden können. Allein die Darstellung der Entwicklung des Krankenhauswesens würde intensive medizinisch-historische Studien erfordern, wie sie beispielhaft von Herrn Professor Jokab BAUER in seinem lesenswerten Buch mit dem Titel „Schwabinger Krankenhaus im Wandel" angestellt wurden.

Das gleiche mag für eine historisch-relevante Darstellung des Berufsbilds „Niedergelassener Arzt" gelten. Für heute genügt wohl die Feststellung, daß im Gegensatz zur recht kontinuierlichen Entwicklung der freien ärztlichen Berufstätigkeit etwa von dem Zeitpunkt an, von dem die Tätigkeit des Arztes auf einer geeigneten wissenschaftlichen Ausbildung beruhte, die Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens einem fortlaufenden Wandel unterworfen war und immer noch ist. Diese Entwicklung ist durch den Funktionswandel der Krankenhäuser begründet. Aus ehemaligen Siechen- und Pflegeheimen sind heute hochspezialisierte Krankenanstalten geworden mit einem steigenden Bedarf an ärztlicher Leistung, vermehrter medizinischer Technik und dem damit eng verknüpften Betriebs- und Verwaltungsaufwand. Während es in den Anfängen eines moderner werdenden Krankenhauswesens durchaus genügen mochte, daß die am Ort des Krankenhauses tätigen freipraktizierenden Ärzte neben der ambulanten Versorgung ihrer Patienten auch noch ohne weiteres deren stationäre Betreuung übernahmen, so stehen wir heute aufgrund der Zunahme der Behandlungsmöglichkeiten und der immer breiter werdenden Auffächerung des medizinischen Spezialwissens vor der Notwendigkeit, einen ständig größer werdenden Anteil von Behandlungsfällen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einzuweisen. Dies geschieht heute ganz überwiegend durch festangestellte Ärzte am Krankenhaus. Wie immer man zu dieser Entwicklung steht, man hat sie als ein Faktum zu werten. Die in den letzten Jahren konstante Zunahme der Zahl der an den Krankenanstalten tätigen Ärzte unterstreicht diese Entwicklung besonders. Dazu einige Zahlen: Am 1. Januar 1973 betrug die Zahl der niedergelassenen Ärzte im Bundesgebiet 50989, die der Krankenhausärzte 43063. Die Zahlen für Bayern zeigen zum gleichen Zeitpunkt 9484 niedergelassene Ärzte gegenüber 7669 Krankenhausärzten. In den Jahren seit 1960 hat also die Zahl der niedergelasenen Ärzte nicht ganz um 10% zugenommen, die der Krankenhausärzte aber um über 100%*). Es wäre deshalb naheliegend, das Thema nicht so, wie es gestellt ist, abzuhandeln, nämlich „Niedergelassener Arzt und Krankenhaus", sondern niedergelassener Arzt und Krankenhausarzt. Damit wäre zum Ausdruck gebracht, daß wir unsere Beziehungen zum Krankenhaus in erster Linie als kollegiale Partnerschaft sehen, die einen möglichst engen Kontakt mit den dort arbeitenden Kollegen braucht. Gerade diese Zusammenarbeit gestaltet unseren ärztlichen Alltag wesentlich.

Zwei Gesichtspunkte erscheinen mir besonders wichtig, um dem Thema wirklich gerecht zu werden. Einmal die Frage, wie sich der niedergelassene Arzt die optimale Zusammenarbeit mit seinen am Krankenhaus tätigen Kollegen vorstellt, etwa mit der Überlegung, wie ist der reale Stand und welche Änderungen bzw. Verbesserungen dieser Partnerschaft scheinen geboten und nützlich. Der zweite Gesichtspunkt ist dann, wie steht der freipraktizierende Arzt zum Krankenhaus als Institution. Das ist eine Frage, die aufgrund der seit Jahren geführten Diskussion immer mehr an Aktualität gewonnen hat, nicht nur, weil der niedergelassene Arzt in aller Regel selbst viele Jahre am Krankenhaus tätig war, sondern auch aus Gründen des kollegialen und gesundheitspolitischen Interesses. Schließlich muß sich auch der niedergelassene Arzt beim heutigen Stand der Diskussion über die Reformen des Krankenhauswesens fragen, ob hier wirklich nur fortschrittliche Anregungen vorgetragen wer-

*) Die Zahl der Krankenhausärzte bedarf der Erläuterung dahingehend, daß sie neben ständig am Krankenhaus tätigen Ärzten auch die wesentlich größere Zahl derjenigen Kollegen enthält, die nach ihrer Tätigkeit im Krankenhaus sich in freier Praxis niederlassen oder sonst außerhalb des Krankenhauses tätig werden.

den. Ich denke hier besonders an die immer wieder geforderten Reformen der inneren Struktur der Krankenhäuser.

Lassen Sie mich zum ersten Gesichtspunkt zurückkehren, nämlich zu der Frege: Was erwartet der niedergelassene Arzt von seinen Kollegen, die im Krenkenhaus tätig sind und denen er seine Patienten aus den verschiedensten Gründen anvertraut? Sehen wir einmal ab von jenen Fällen wie Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, akut bedrohlichen Zustandsbildern wie Vergiftungen und perakut einsetzenden Krankheiten mit der Notwendigkeit multidisziplinären Eingreifens, so bleiben als wesentliche Erkrankungen, bei denen eine Anhiebsdiagnose nicht möglich ist, die sogenannten Problemfälle, bei denen nur die breite differentialdiagnostische Abklärung unter Einsatz hochdifferenzierter oder hochtechnisierter Untersuchungsmethoden weiterhilft. Dazu kommt noch, daß es sich hierbei um Erkrankungen handelt, bei denen in der Regel die Bettruhe ein dringliches Gebot ist; Fälle also, bei denen die Ruhe bereits ein nicht unwesentliches Therapeutikum darstellt, das in der heutigen sozialen Umwelt häuslich nicht mehr möglich ist, weil, wie wir das ja täglich in der Praxis erfahren, auch eine noch so geringe Pflegeleistung meist an den fehlenden Gegebenheiten scheitert. Vielfach handelt es sich auch um Krankheitsfälle, bei denen eine kontinuierliche Verlaufskontrolle notwendig ist. Ich denke hierbei z. B. an Erkrankungen, die mit Zytostatika und Radionukleotiden behandelt werden müssen, wobei bekanntermaßen die Rate der iatrogenen Schädigungsmöglichkeiten nahezu parallel mit dem spezifischen Wirkungsgrad ansteigt. Schließlich handelt es sich hier um Patienten, die eingreifende therapeutische Maßnahmen, wie Radium- und Röntgenbehandlung, benötigen, sowie um Erkrankungen, die in hohem Maße Komplikationen aufweisen. Es erübrigt sich, darauf hinzuweisen, daß chirurgische Erkrankungen in einem erheblichen Prozentsatz von vornherein eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

Der niedergelassene Arzt erwartet deshalb von seinen Kollegen am Krankenhaus lediglich, daß der Not- und Problemfall, bei dem die eigenen Versorgungsmöglichkeiten aus den verschiedensten Gründen eingeschränkt sind, rasch übernommen und nicht das Opfer von Kompetenzproblemen innerhalb des Krankenhauses wird. Er begrüßt es deshalb wärmstens, daß bereits an vielen Krankenhäusern Notaufnahmen eingerichtet sind, die ihm Telefonate nach der Methode „Buchbinder Wanninger" ersparen.

Der freipraktizierende Arzt würde es weiterhin begrüßen, wenn der jüngere Kollege, der den Aufnahmedienst auf seiner Abteilung versieht, gegenüber den besorgten Angehörigen innerhalb einer noch vertretbaren Zeit zu dem Schluß käme, daß eine Verdachts- oder Vermutungsdiagnose begründet oder unbegründet ist. Im letzteren Falle halte ich es nicht für eine Frage des Ob, sondern des Wie, eine unzutreffende Vermutungsdiagnose zu berichtigen. Wenn das mit dem nötigen Fingerspitzengefühl geschieht, glaube ich, daß ein solches Verhalten dem kollegialen Verhältnis mehr nützt als schadet und unliebseme Störungen zwischen dem Hausarzt und seinen Patienten gar nicht erst auftreten. Demit wäre euch der Bestimmung der Berufsordnung Genüge getan, die besagt, daß das kollegiale Verhalten herabsetzende Äußerungen über Person, Behandlungsweise oder das berufliche Wissen und Können eines enderen Arztes nicht erlaubt. Das schließt meiner Meinung nach nicht aus, daß man sich inter collegas über unterschiedliche Meinungen ausspricht, was meistens beiden Teilen nützt. Von den Problemfällen wissen wir ja, daß sie nicht nur in der freien Praxis vorkommen, sondern daß diese auch im Krankenhaus trotz noch so gründlicher Diagnostik durchaus Problemfälle bleiben können. Vielfach ist es dann besser, dies klar auszusprechen und dem Drang, eine Indiziendiagnose als wahrscheinlich oder gesichert darzustellen, zu widerstehen. Aus unzutreffenden Diagnosen lernen wir schließlich alle. Sonst wäre ein so ausgezeichnetes Buch wie das von Professor Max BÜRGER über klinische Fehldiagnosen nicht nötig gewesen, um nur ein repräsentatives Werk zu nennen, das sich mit dieser heiklen Thematik befaßt.

Ein weiteres Problem gewinnt nech meiner Auffassung in der letzten Zeit zunehmend an Bedeutung. Seit einem höchstrichterlichen Urteil wird die Aufklärungspflicht des Arztes auch dahin bejaht, daß er eine besonders schwerwiegende Diagnose, wie etwa die Diagnose eines malignen Tumors, dem betroffenen Patienten mitzuteilen hat. Verschiedene Kollegen haben mir in der letzten Zeit darüber berichtet, daß sie die Betreuung solcher wirklich total aufgeklärter Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus els besonders belastend empfunden hätten; denn diese Patienten haben eben eines nicht mehr, was wir in unserem Dasein doch alle stets brauchen, und das ist die Hoffnung. Ich erinnere mich en eine Vorlesung von Herrn Geheimrat BUMKE, in der er darüber berichtet hat, daß er auf das besonders hartnäckige Drängen eines Patienten, der selbst Arzt war, sich zur Eröffnung der Diagnose habe zwingen lassen. Mir ist heute noch lebhaft in Erinnerung, wie eindrucksvoll Herr Geheimrat BUMKE die darauf folgende Reaktion des betreffenden Arztes dargestellt hat, der, wie nicht enders zu erwarten, von diesem Zeitpunkt an ohne jede Hoffnung war. Man könnte vielleicht damit argumentieren, daß der Patient das Anrecht auf die volle Wahrheit bezüglich seines körperlichen Zustandes habe. Mir scheint jedoch, daß demgegenüber die Barmherzigkeit der nicht vollständigen Aufklärung oder Nichtaufklärung gleichrangig ist. Die Entscheidung darüber, ob eine volle Aufklärung oder die Verschleierung aus sicherlich echtenswerten Gründen notwendig ist, bleibt elso stets problematisch. Aus der Sicht des Krankenhausarztes kann die Aufklärung

eines Patienten, der keine Besserung seines Leidens zu erkennen vermag, als Rechtfertigung für den mangelnden Heilungsfortschritt erscheinen, für den nachsorgenden Hausarzt bringt diese Aufklärung jedoch erhebliche Probleme, weil dann auch jede Mahnung zu Geduld und Hoffnung völlig sinnlos ist.

Ich schließe diesen ersten Gesichtspunkt mit der Bitte, dem Patienten bei der Entlassung eine kurze Information für den Hausarzt zu übergeben, zumindest Hinweise über die zuletzt durchgeführte Therapie, weil der ausführliche Bericht meist doch recht lang auf sich warten läßt. Schließlich würden wir noch bitten, den weiterhin arbeitsunfähigen Patienten zu veranlassen, nach der Krankenhausentlassung umgehend seinen Hausarzt aufzusuchen, weil nach den bekannten Bestimmungen des Lohnfortzahlungsgesetzes die an den Krankenhausaufenthalt enschließende weitere Arbeitsunfähigkeit hausärztlich ettestiert werden muß. Dem Argument der Krankenhausärzte, von ihnen würde etwas gefordert, was wir, die niedergelassenen Ärzte, auch nicht tun, nämlich Angaben über den Krankheitsverlauf zu machen, kann man leider oft nicht mit gutem Gewissen widersprechen. Ich hoffe deshalb, daß sich die niedergelassenen Ärzte immer mehr an die entsprechenden Beschlüsse Deutscher Ärztetage halten werden. Denn es ist ganz sicher, daß die kollegiale Information in größtmöglichem Umfang notwendig ist, weil dadurch einerseits die ärztliche Arbeit erleichtert wird, andererseits unnötige Kosten für Mehrfachuntersuchungen eingespart werden.

Nun, die bisherigen Überlegungen galten den alltäglichen Beziehungen zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhausarzt bei der Patientenbetreuung. Ein anderes Problem, das in letzter Zeit zunehmend besonders von nichtärztlicher Seite diskutiert wurde, ist der engebliche Unterschied im Leistungsniveau zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt. Hier aussagefähige Vergleiche anzustellen, scheint mir schon deshalb unmöglich, weil ungleiche Voraussetzungen bestehen. In die Praxen der freipraktizierenden Ärzte kommen Menschen, die sich krank fühlen, Angst vor einer Erkrankung haben, oder auch deswegen, weil sie auffällige Veränderungen psychischer und physischer Art selbst nicht deuten können. Krankenhauspatienten sind dagegen, wenn man von den bekannten Ausnahmen wie Notfällen absieht, alle bereits eingehend untersucht. Eine endgültige Diagnose oder Verdachtsdiagnose ist also bereits gestellt oder es ist eine entscheidende Verschlechterung eines bekannten Krankheitszustandes eingetreten, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht. Beide Patientengruppen sind also schon von der unterschiedlichen Ausgangssituation her nicht zu vergleichen. Hier wird klar, daß, insbesondere auch aus der Sicht des Patienten, vom niedergelassenen Arzt eine andere Art ärztlicher Tätigkeit erwartet wird als vom Kollegen am Krankenhaus. Ob in diesem Zusammenhang der Begriff der Vorfelddiagnostik besonders nützlich ist, ist zu bezweifeln, weil die Grenzen der Diagnostik sicherlich fließend sind. Ganz gewiß spielen auch Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung eine entscheidende Rolle. Sieht man von den operativen Fächern ab, so unterliegt der Arzt in der freien Praxis mehr dem Zwang zur raschen Entscheidung. Vom Allgemeinarzt werden jedoch nicht nur rasche, sondern euch richtige Entscheidungen quer durch alle medizinischen Disziplinen erwartet. Durch seine Bindung an ein Fach hat es der Kollege am Krankenhaus hinsichtlich Diagnostik und Therapie sicherlich auch leichter. Außerdem hat er vielfach noch die Möglichkeit, den Kollegen neben und über sich um Rat zu fragen. Die Probleme der Kosten bei umfassenden Untersuchungen in der Kassenpraxis haben heute — Gott sei Dank — nicht mehr die Bedeutung, die ihnen einst zukam. Dieser Zwang zur wirtschaftlichen Diagnostik und Therapie war ja wohl auch im Krankenhaus nie so spürbar wie gerade in der Praxis. Heute wie gestern und wohl auch morgen sind es insbesondere die Verlaufsbeobachtungen bei schweren Krankheitsbildern mit der Notwendigkeit weitausgreifender Differentialdiagnostik sowie die Anwendung differenzierter therapeutischer Maßnahmen, welche im wesentlichen die Tätigkeit des Krankenhausarztes erforderlich machen.

Diese oben geschilderten Aufgaben beinhalten die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zur Tätigkeit des freipraktizierenden Arztes. Bei ihm kommt es, um es noch einmal zu sagen, in aller Regel darauf an, eine Anhiebsdiagnose zu stellen oder, wo das nicht möglich ist, gegebenenfalls Ausschlußdiagnostik zumindest soweit zu betreiben, daß sich begründete Vorstellungen über den weiteren diagnostischen und damit therapeutischen Weg ergeben. Eine seiner Hauptaufgaben eber ist es, neben seiner kurativen Tätigkeit bei akuten und chronischen Krankheiten der Berater seiner Patienten in allen gesundheitlichen Fragen zu sein. Die Zunahme psychosomatischer Krankheitsbilder erfordert sein besonderes Engagement, weil er für deren Erkennen als meist langjähriger Betreuer seiner Patienten besonders gute Voreussetzungen mitbringt.

Bei Durchsicht der Veröffentlichungen zur Frage des unterschiedlichen Leistungsniveaus beider Arztgruppen bin ich mehr und mehr zu der Auffassung gekommen, daß die hier angeblich sichtbaren Unterschiede von nichtärztlichen Kreisen deshalb hochgespielt werden, weil man offenbar der Meinung ist, dadurch das Bewußtsein der Ärzte, einem einheitlichen Berufsstand anzugehören, aufweichen zu können. Hier spürt man zu deutlich die Überlegung des „divide et impera". Hier geht es den Verfassern ganz sicher schon um Zielsetzungen im politischen Bereich mit der Absicht, nicht nur die Freiheit im ärztlichen Beruf, sondern auch in anderen freien Berufen einem fragwürdigen gesellschaftspolitischen Fortschritt zu opfern. Gesundheitspolitische Programme von Parteien und Gewerk-

schaften bestätigen diese Überlegungen, besonders wenn sie das Wort vom „freien ärztlichen Beruf" enthalten. Unseren beiden gleichstarken Arztgruppen aber muß klar sein, daß der Gebrauch des Begriffes „frei" die Freiheit nicht verbürgt, die für unseren Stand allein angemessen ist. Die Forderung nach medizinisch-technischen Zentren, auf die ich in diesem Zusammenhang verweisen möchte, kann nur als ein erster Schritt zur Institutionalisierung bisher freier ärztlicher Berufstätigkeit gesehen werden.

Ich habe bereits erwähnt, daß diese angebliche Entfremdung zwischen ärztlicher Berufsausübung in freier Praxis und im Krankenhaus nicht etwa von Kollegen empfunden wird, sondern im wesentlichen von anderen sozialpolitisch relevanten Organisationen. Hierzu sind Ausführungen interessant, die unter der Rubrik „Ausführungen zu sozialpolitischen Tagesfragen" in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse" in der Ausgabe vom 15. Juni 1973, Heft Nr. 14, zu lesen sind. In diesem Beitrag kommt es ganz deutlich zum Ausdruck, daß man z. B. Schwierigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durchaus unter den heutigen Gegebenheiten erkennt, aber in den gegebenen Schwierigkeiten einen Ansatzpunkt sieht, um entscheidende Änderungen der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen herbeizuführen, etwa im Hinblick auf eine ungeprüfte Beteiligung von Institutionen an der kassenärztlichen Versorgung.

Es kann nach meiner Auffassung auch nicht im Interesse der Krankenhausärzte liegen, Tendenzen zur Spaltung der Ärzteschaft — hier Krankenhausärzte, hier niedergelassene Ärzte — zu unterstützen, weil dann die nicht zu übersehende Gefahr heraufbeschworen wird, die freie Wahl der Berufsausübung zu beschneiden. Unter solchen Umständen wären auch die Möglichkeiten der Standespolitik in erheblichem Umfang eingeengt. Bedroht wäre die gesellschaftliche und wirtschaftliche Stellung des Arztes unter allen Umständen dann, wenn unser Beruf nur noch in einem Angestellten- oder Beamtenstatus ausgeübt werden könnte. Wir haben ja gestern vom Herrn Präsidenten wesentliche Berichte und Stellungnahmen in dieser Sache gehört. In vielen Gesprächen mit jungen Kollegen habe ich immer wieder den Eindruck gewonnen, daß die Bedeutung der Wahlmöglichkeit — hier Krankenhausarzt, hier freipraktizierender Arzt — in vollem Umfang verstanden wird.

In diesem Zusammenhang ist noch ein Wort notwendig zur Diskussion über die vor- und nachstationäre Behandlung der Patienten an Krankenhäusern. Ich habe bei meinen Nachforschungen erfreulicherweise keinen Hinweis darauf gefunden, daß diese Pläne von Kollegen entwickelt worden wären, sondern wohl ausschließlich von nichtärztlicher Seite. Die niedergelassenen Ärzte haben sich nie dagegen gewehrt, bei entsprechend begründeten Umständen erfahrene Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, dies ganz bewußt im Hinblick auf eine optimale ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Wenn die Kassenseite in dieser Sache der Auffassung ist, daß die derzeitige erprobte Regelung als ein Nebeneinander und nicht als ein Miteinander anzusehen ist, so ist das ihre eigene Sache. Wir, die Ärzte insgesamt, sind der Meinung, daß mit der Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten ärztlichen Versorgung der Kooperationswille ganz deutlich zum Ausdruck kommt. Warum aber die Forderung der vor- und nachstationären Behandlung von der Kassenseite immer wieder erhoben wird, geht aus einer Stellungnahme des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern eindeutig hervor, in der gesagt wird, ich zitiere wörtlich:

> „Es dient dem Versicherten, ist sinnvoll und auch finanziell nützlich, daß der Krankenhausarzt vor der Aufnahme eines Patienten ins Krankenhaus Untersuchungen vornimmt, die die Diagnose klären und deutliche Vorstellungen über die einzuschlegende Therapie vermittein sollen."

Ich meine, daß hier mit treffender Klarheit gesagt ist, worauf es der Kassenseite letztlich ankommt: es ist finanziell nützlich. Alles andere darum herum Gesagte halte ich persönlich für Verzierung. Wie unverständlich ist die Vorstellung, daß mancher Patient eus dem Krankenhaus früher entlassen werden könnte, wenn er die Möglichkeit hätte, bei seinem Krankenhausarzt in Behandlung zu bleiben. Auf die Frage der möglichen personellen Kontinuität bei einer nachstationären Behandlung möchte ich nicht eingehen. Aber allein unter Berücksichtigung der Personalsituation, die heute an den meisten Krankenhäusern anzutreffen ist, ist diese Behauptung unreal und geradezu eine Kühnheit.

Ein weiteres Argument der Kassenseite erfolgt mit dem Hinweis auf die mangelnde Auslastung teuerer technischer Apparaturen in den Krankenhäusern. Bei dieser Behauptung wird schlichtweg übersehen, daß auch hochdifferenzierte diagnostische Maßnahmen den biologischen Tag/Nacht-Rhythmus des Patienten im Regelfall nicht unbeachtet lassen können. Röntgenuntersuchungen lassen sich eben nicht mit der Herstellung von Walzstahl vergleichen. Der Vergleich des Einsatzes von technischem Gerät im industriellen Bereich mit dem Einsatz im medizinischen Bereich ist schlechterdings nicht möglich.

Jedoch nochmals zurück zur generellen Forderung nach vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus. Wäre sie von Kollegen gestellt, so müßte zwangsläufig von seiten der niedergelassenen Ärzte die Forderung nach Erweiterung der Tätigkeit niedergelassener Ärzte im Krankenhaus erhoben werden, also zunächst Intensivierung belegärztlicher Tätigkeit. Aber wie die Verhältnisse zeigen, sind beide Arztgruppen in ihrer originären Tätigkeit mehr als eusreichend ausgelastet.

Daß sie sich als eine Berufsgruppe verstehen, geht auch aus der gemeinsamen Gestaltung der zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen in unserem Bereich hervor. Bisher hat es keine der beiden Arztgruppen für notwendig erachtet, einen spezifischen Weg in der Fortbildung zu gehen, weil die umfassenden Ziele der ärztlichen Tätigkeit letztlich identisch sind. Die Einführung der Qualitätskontrolle zunächst für Laboruntersuchungen betrifft wiederum beide Arztgruppen. Die Selbstverständlichkeit, mit der von beiden Seiten die Vorbereitung hierzu in Angriff genommen wurde, verdeutlicht die völlig gleiche Interessenlage. Diese Qualitätskontrolle wird sicher dazu beitragen, das Vertrauen in die hier und dort erhobenen Untersuchungsbefunde zu festigen, weil in beiden Bereichen, Praxis und Krankenhaus, gleiche Anforderungen an die Durchführung der Kontrollen gestellt werden. Gerade die Einleitung dieser Entwicklung wird für die künftige Beurteilung ärztlicher Sachleistungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein. Eine wesentliche gemeinsame Aufgabe sind noch die Vorsorgeuntersuchungen, an denen eine recht große Anzahl von Krankenhausärzten mitwirkt. Schließlich ist es ein Anliegen beider Arztgruppen, alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Krankenbehandlung auszuschöpfen, sei es im Teamwork der Krankenhausärzte, sei es in der Gruppenpraxis oder der Apparategemeinschaft in der freien Praxis. Unterschiedliche Zielsetzungen sind hierbei gar nicht denkbar. Ich schließe die Überlegungen zu diesem Gesichtspunkt mit der Mahnung und Bitte, die gewachsene Einheit unseres Berufsstandes zu wahren, was nicht heißen soll, auf die Diskussion divergierender Auffassungen zu verzichten.

Der letzte Gesichtspunkt meines Referats befaßt sich noch in aller Kürze mit der inneren Struktur des Krankenhauses. Ich brauche vor diesem sachkundigen Gremium nicht auszuführen, welche Überlegungen von den verschiedensten Seiten, berufenen und weniger berufenen, hierzu angestellt worden sind. Ich habe eingangs betont, daß wir an den Krankenhausproblemen deswegen interessiert sind, weil ja alle niedergelassenen Ärzte eine kürzere, meist jedoch längere Zeit am Krankenhaus verbracht haben, und sicherlich ist es so, daß alle Kollegen diese Tätigkeit als ein sicheres Fundament für ihre spätere Berufsausübung betrachten. Neben seinen anderen Aufgaben versteht sich das Krankenhaus nach den Ausführungen von HOFMANN in der Zeitschrift „Der Krankenhausarzt" vom Januar 1971 insbesondere auch als Weiterbildungsstätte für jüngere Ärzte, um ihnen entweder die Reife für die Übernahme einer Allgemeinpraxis oder für die Facharzttätigkeit in der freien Praxis oder am Krankenhaus zu vermitteln. Gerade weil wir niedergelassenen Ärzte diese Aufgabe als besonders wesentlich betrachten, sind wir auch an den heutigen Strukturproblemen des Krankenhauses in hohem Maße interessiert. In der noch zur Verfügung stehenden Zeit ist es natürlich nicht möglich, all das zu diskutieren, was an Reformplänen vorgelegt wurde. Ich bin jedoch überzeugt, daß ich mit den meisten niedergelassenen Kollegen der Meinung Ausdruck geben darf, daß jede Strukturveränderung v o r w e g für alle Patienten eine chancengleiche Versorgung ü b e r a l l sicherstellen sollte. Es möge wie bisher die Weiterbildung unserer jungen Kollegen auf dem hohen Niveau weitergeführt werden, wie das bisher üblich war. Wir wünschen außerdem, daß diejenigen Kollegen, die ihre Tätigkeit am Krankenhaus als Lebensaufgabe ansehen, d i e Bedingungen vorfinden, die sie sowohl in beruflicher als auch wirtschaftlicher Hinsicht zufriedenstellen.

Nach KLAGE gibt es derzeit in der Bundesrepublik zehn Modelle von Strukturveränderungen am Krankenhaus, die sich von den herkömmlichen Strukturen unterschiedlich weit entfernt haben. Es ist nicht allein Lokalpatriotismus, sondern Überzeugung, wenn ich hier sage, daß die in München durchgeführten Reformen mit Recht eine breite Zustimmung gefunden haben. Sie betreffen nicht nur die Verteilung des Privathonorars, sondern auch die Organisation des ärztlichen Dienstes.

Wenn ich mir zur vieldiskutierten Frage der Endverantwortung des Chefarztes eine Meinung erlauben darf, so die, daß ich nicht überzeugt bin, daß die Endverantwortung eines Chefarztes durch noch so demokretisch erscheinende Einrichtungen ersetzt werden kann, auch dann nicht, wenn der Chefarzt letztgültige Entscheidungen unter der Mitwirkung hochqualifizierter Mitarbeiter trifft. Um sein Krankenhaus oder seine Abteilung in Ordnung zu halten, wird der Chefarzt aber trotzdem nicht die Qualifikation eines Zuchtmeisters benötigen, um hier einen Slogan aus der Politik zu entlehnen, besonders dann nicht, wenn er selbst seinen Mitarbeitern so viel Verständnis entgegenbringt, wie er es von diesen erwarten darf, und wenn er eine gereifte Persönlichkeit ist.

Ich habe in der zur Verfügung stehenden Zeit versucht, zum Thema „Niedergelassener Arzt und Krankenhaus" verschiedene Aussagen zu machen. Ich bin mir hier und da der Lücken in meinen Ausführungen durchaus bewußt. Gleichwohl hoffe ich, daß einige Ansätze zur Diskussion gegeben sind.

Röntgenverordnung

Die für die Durchführung der Röntgenverordnung in Bayern erforderliche bayerische Zuständigkeitsverordnung ist vom Kabinett noch immer nicht erlassen worden. Wir empfehlen den Kolleginnen und Kollegen deshalb, bis zu ihrem Erscheinen und der sich daraus ergebenden Regelungen zunächst nichts weiter zu unternehmen.

Dr. Hermann Braun aus der Sicht des Allgemeinarztes

Seit Jahren beschäftigen sich der Ausschuß Arzt und Krankenhaus bei der Bundesärztekammer und auch die Deutschen Ärztetage mit dem Thema der Kooperetion und dem Informetionsfluß zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus. Es ist ohne Frage so, daß in den letzten Jahren gerade in dieser Problematik viele Verbesserungen festzustellen sind. Es stimmt also sicher in vielen Punkten nicht, was die Herren JAHN, WUDRA und Alfred SCHMID in einer Situationsanalyse, die sie anläßlich der ersten Sitzung des Gesprächskreises „Integrierte Systeme medizinischer Versorgung" beim Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes am 6. Juni dieses Jahres vorgetragen haben.

In dieser Situationsanalyse wird z. B. behauptet, daß die Ärzte sehr wenig Neigung hätten, Rationalisierungserfordernisse und -möglichkeiten anzuerkennen. Außerdem wird festgestellt, daß eine ganz scharfe und übergangslose Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung bestünde und die ökonomische Nutzung von diagnostischen und therapeutischen Apparaturen und der Arbeitskräfte in den Krankenhäusern äußerst unzureichend sei. Weiter werden festgestellt eine angeblich geringe Teamfähigkeit der Ärzte, ein nicht funktionierender Informationsfluß zwischen Krankenhaus und freier Praxis, eine mangelhafte Organisetion der Notfallversorgung und des ärztlichen Notfalldienstes. Ich bitte zu beachten, daß diesem Gesprächskreis auch Mitglieder aus unseren Reihen angehören, die es zum Teil für notwendig hielten, festzustellen, daß die eigenen Körperschaften der Hemmschuh seien, der eine vernünftige Weiterentwicklung gerade in der Kooperation verhindere. Wir wissen selber, daß gerade auf dem Gebiet Arzt in der Praxis und Arzt am Krankenhaus und der Kooperation und Information manches auch heute noch ohne Frage verbesserungsbedürftig ist. Ich will dazu einiges als niedergelassener Arzt sagen.

Der Allgemeinarzt ist heute mit seiner zum größten Teil sehr modernen Praxis und zum Teil schon rationalisierten Praxisorganisation in der Lage, eine umfassende Diagnostik vor der Krankenhauseinweisung durchzuführen, wenn es sich nicht gerade um einen Notfall handelt, der eine umgehende Einweisung erforderlich macht. Wie sehr dies auch der Patient anerkennt, beweisen die Umfrageergebnisse, die der Herr Präsident gestern schon angesprochen hat, die im Auftrag der Bundesärztekammer und der KVB von Infratest und im Auftrag des Hartmannbundes von den Wickert-Instituten, Tübingen, bei einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt durchgeführt wurden und übereinstimmend u. a. ergeben haben — was ganz erstaunlich auch für uns war und wir gerade im Hinblick auf die Bailungszentren nicht für möglich gehalten hätten —, daß 91 % der Befragten angaben, daß sie einen Hausarzt hätten; daß weiter 80 % mit der ärztlichen Versorgung in ihrem Gebiet zufrieden waren, und von diesen 80 % sogar 38 % angeben, daß die ärztliche Versorgung in ihrem Gebiet mehr els eusreichend sei. 90 % der Befragten haben engegeben, daß ihr Arzt immer gekommen sei, wenn sie es selbst für notwendig gehalten hätten, und ebenfalls 90 % gaben an, daß die technische Ausstattung gut sei, das meinten 54 %, oder eusreichend, das meinten 36 % von diesen 90 %. 80 % der Befragten gaben an, daß sich ihr Arzt ausreichend mit ihnen beschäftige, genug Zeit für sie aufwende. 80 %, das ist ganz erstaunlich, hatten auch schon Erfahrungen mit der Bestellpraxis, davon 62 % positive, 18 % negative Erfahrungen.

Zur vorstationären Diagnostik gehört natürlich eine gute, enge und kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Allgemeinärzten und den ihnen zur Verfügung stehenden niedergelassenen Fachärzten. Wenn man will, kann man diese Zusammenarbeit als Teamarbeit bezeichnen, ja sogar als Gruppenpraxis, wenigstens was ihre Effizienz anbetrifft, auch wenn die zusammenarbeitenden Kollegen nicht unter einem Dach ihre Tätigkeit ausüben. Zu dieser Zusammenarbeit gehört aber nicht nur die Ausfüllung eines Überweisungsscheines auf der einen und das Schreiben eines Facharztberichtes auf der anderen Seite. Das führt häufig dazu, daß sich der überweisende Allgemeinarzt danach ärgert, wenn der Facharzt dieselben Untersuchungen noch einmal durchgeführt hat und der Facharztbericht keinerlei neue Erkenntnisse gegenüber denen, die er selbst schon hatte, gebracht hat. Das kann eber alles nur deshalb und nur dann sein, wenn der überweisende Allgemeinarzt eben nur den Überweisungsschein schreibt und sich nicht bemüht, dem Facharzt, von dem er detaillierte Auskünfte haben will, seine eigenen Untersuchungsergebnisse und seine Vermutungsdiagnose mitzuteilen. All das läßt sich vermeiden, wenn zwischen dem Allgemeinarzt und dem Facharzt, an den er überweist, ein ständiger enger persönlicher Kontakt besteht. Dazu gehört meines Erachtens, daß man sich auch persönlich kennt und häufig seine Meinungen und Erfahrungen miteinander eustauscht. Man sollte auch daran denken, daß jeder Arzt heute ein Telefon hat, das man gerade zum Zwecke der gegenseitigen Kooperation und der Konsultation beleibe öfter verwenden sollte.

Ein gut eingerichteter und fortgebildeter Allgemeinarzt kann bei einer guten Zusammenarbeit mit den ihm zur Verfügung stehenden Fachärzten diagnostisch ohne jede Frage im Vorfeld des Krankenhauses außerordentlich viel leisten. Wenn dann eine Krankenhauseinweisung nötig wird, kann dadurch, daß bereits eine umfassende Vordiagnostik durch wiederholte Untersuchungen vorliegt, vermieden werden, daß Zeitverlust entsteht. Damit kann erreicht werden, daß der Krankenhausarzt gezielt und ohne Zeitverlust sich

Euglucon® 5

lkation: Erwachsenen- und Altersdiebetes, ern eine Diätbehandlung ellein nicht reicht.

ntreIndikationen: Insulinmengeldiebetes, nwere ezidotische Stoffwechseldekompen-ion, Preekoma und Koma diabeticum, deut- eingeschränkte Nierenfunktion, Neben-renrindeninsuffizienz, Schwangerschaft

benwirkungen: Unverträglichkeiten von ten des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, rechen, Völlegefühl), Überempfindlichkeits-ktionen der Heut und passagere Verände-gen des haematopoetischen Systems ukopenie, Thrombocytopenie) werden nur ten beobachtet und klingen nech Absetzen Präparates rasch eb.

weise: Auch nach Verabreichung von glucon 5 können hypoglykämische Reak-en euftreten. Diese können durch zehl-che Fektoren begünstigt werden: erdosierung, Diätfehler (Nahrungskarenz!), renfunktionsstörungen, schwere Leber-rankungen, Nebennierenrindeninsuffizienz, ohol und einige Pharmaka (siehe wiss. spekt). Eine unter der Therapie mit glucon 5 nach einigen Wochen auftretende besserung der Glukosetoleranz kann eine sisreduzierung erforderlich mechen. ienten mit deutlichen Zeichen einer ebralsklerose und nicht kooperetive ienten sind generell stärker hypoglykämie-ährdet. iesen Fällen empfiehlt sich die Erst-stellung auf Dipar® – besonders bei über-vichtigen Petienten – oder auf Tolbutamid tosin®, Rastinon® Hoechst).

sammensetzung und Handelsformen: blong-Tablette Euglucon 5 enthält 5 mg 4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)-yl]-phenyl-sulfonyl-N'-cyclohexylharnstoff benclamid).
mit 30 Oblong-Tabletten DM 19,05
mit 120 Oblong-Tabletten DM 58,25
mit 500 Oblong-Tabletten

Insulin-Freisetzung im Rhythmus der Mahlzeiten

Körpereigenes Insulin, wenn es gebraucht wird

Bessere Einstellungsergebnisse

boehringer

HOECHST

L62168

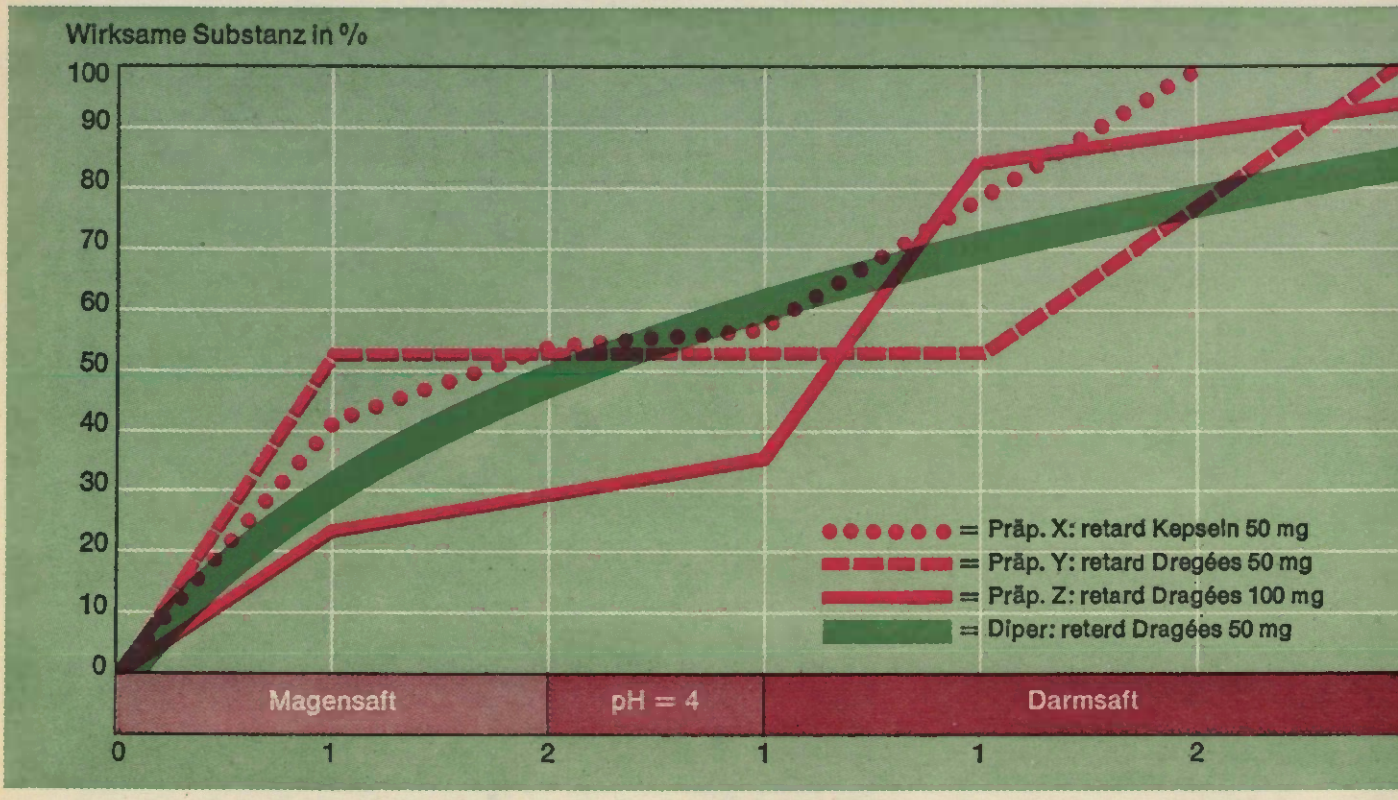
Zur Biguanid-Therapie des Altersdiabetes

Dipar®

Indikationen
1. Monotherapie: Stabiler Altersdiabetes, besonders bei adip
Patienten, die für eine Ersteinstellung mit β-zytotropen Substa
weniger geeignet sind.
Überempfindlichkeit gegenüber β-zytotropen Substanzen.

2. Kombinationstherapie:
a) Mit β-zytotropen Substanzen. Altersdiabetes, der sich
oreier Monotherapie mit β-zytotropen Substanzen nicht mehr
friedigend einstellen läßt.
(Primär- und Sekundärversager).
b) Mit Insulin. Labiler Diabetes, relative Insulinresistenz.

Kontraindikationen
Kome und Präkoma diabeticum. Neigung zu Azetonurie s
Laktazidose. Akute und chronische Schädigung der Leber
Niere. Fieberhafte Infektionen. Größere operative Eingriffe.
und Kreislaufinsuffizienz sowie Zustände, die eine Hypoxie b
gen. Reduzierter Allgemeinzustand, Untergewicht, Alkoholab
Schwangerschaft.



Stufenlose Wirkstoffabgabe durch besonderes Retard-Prinzip

Nebenwirkungen
Dipar kann wie alle Biguanid-Präparate von einer bestimmten,
viduell unterschiedlichen Dosis an, zu gastrointestinalen Unve
lichkeiten führen:
Appetitlosigkeit, Nausea, Magenschmerzen, Erbrechen oder
rhoe. Mitunter klagen Patienten über Metallgeschmack. Die S
tome gehen nach Dosisreduzierung oder Absetzen von
prompt zurück. Durch Einnahme der Dragees zu den Mahlz
läßt sich die Verträglichkeit verbessern. In der Literatur bes
bene Laktazidosen traten vorwiegend bei Diabetikern auf, die
schweren, gleichfalls zu Milchsäureazidose führenden Erkra
gen (z. B. Schock, Myokardinfarkt, Status esthmaticus, Ur
Leukämie, schwere Anämien, Leberzirrhose) litten. In d
Fällen sind Biguanid-Präperate kontraindiziert.

Besondere Hinweise
Das Retard-Dragee besteht aus einem nicht resorbierbaren Tr
körper, in dem der Wirkstoff eingelagert ist. Dieser wird im D
darm langsam und gleichmäßig freigesetzt. Hierauf beruht die
Magenverträglichkeit. Der Trägerkörper wird ausgeschieden.
Weitere Einzelheiten enthält der wissenschaftliche Prospekt
1971).

L64167

mannheim boehringer

HOECHST

Zusammensetzung und Handelsformen
1 Retard-Dragee enthält 50 mg 1-(2-Phenyläthyl)-biguanid-HCl
OP mit 30 Retard-Dragees DM 7,40 m.U.
OP mit 120 Retard-Dragees DM 24,15 m.U.
AP mit 500 Retard-Dragees

den eigentlichen Problemen, die der einweisende Arzt sieht, in der stationären Behandlung zuwendet. Dadurch kann auch die Verweildauer im Krankenhaus sicher in vielen Fällen abgekürzt werden. Außerdem kann dadurch manche Krankenhauseinweisung überhaupt vermieden werden, nachdem viele Krankenhauseinweisungen heute noch zur diagnostischen Klärung erfolgen in Fragestellungen, die ohne weiteres auch ambulant geklärt werden könnten. Ich denke dabei gerade auch an Klärungen im Bereich subspezialisierter Fächer. Wir haben heute in den Ballungszentren schon viele Kollegen, die zum Teil in Teams zusammenarbeiten und sich besonders um subspezialisierte Fächer bemühen, dort auch ihre Ausbildung genossen haben und deren Arbeit auch nur im Team sehr sinnvoll ist. Ich kenne solche Teams in München und weiß, wie fruchtbar sie arbeiten. Aber auch in anderen Städten gibt es heute solche Teams, Kardiologen, Gastroenterologen usw., die man zu Rate ziehen kann, gerade in der vorstationären Diagnostik.

Wenn aber dann eine stationäre Einweisung trotzdem notwendig wird, ist es Aufgabe des einweisenden Arztes, alle von ihm erhobenen Befunde und alle Befunde, die er von Fachärzten bekommen hat, und auch die bereits laufende Therapie dem Krankenhausarzt mitzuteilen. Hier ist durch die Beratungen des Ausschusses der Bundesärztekammer inzwischen ein Fortschritt durch die neuen Einweisungsformulare erzielt worden. Auf ihnen kann der einweisende Allgemeinarzt diagnostische und therapeutische Daten eintragen. Aber sicher reicht das Formular nicht aus, um all das hineinzuschreiben, was der Krankenhausarzt vom einweisenden Arzt dringend wissen muß. Es gehört dazu, daß man dem Patienten alle Befunde, auch Röntgenbilder, EKG- und Laborbefunde mit ins Krankenhaus gibt, weil dann der Krankenhausarzt ohne Zeitverlust an die eigene Arbeit gehen kann.

Nun kenne ich die Einwände vieler Kollegen, die nicht geneigt sind, ihre Befunde, die sie im Original besitzen, aus der Hand zu geben, weil sie Angst haben, daß sie die Befunde und die Röntgenbilder — ich selber habe auch schon die Erfahrung gemacht — nicht mehr zurückbekommen. Ich glaube, man sollte sich da an den Vorschlag erinnern, den der Herr Präsident KOCH von Nordrhein als Vorsitzender des Ausschusses „Arzt und Krankenhaus" der Bundesärztekammer vor zwei oder drei Jahren auf dem Deutschen Ärztetag gemacht hat, ein 40 x 40 cm großes grellfarbenes Kuvert einzuführen mit entsprechendem Aufdruck und entsprechender Beschriftung — 40 x 40 cm deshalb, damit man auch alle Röntgenaufnahmen hineinbringen kann —, in das der einweisende Arzt alle Befunde dem Patienten mit ins Krankenhaus geben kann, wobei der Krankenhausarzt verpflichtet ist, die Befunde in demselben Umschlag verschlossen dem Patienten aus dem Krankenhaus für seinen Arzt wieder mitzugeben. Ich möchte aber auch daran erinnern, daß es heute gar nicht mehr unbedingt notwendig ist, daß der Hausarzt die Originalbefunde mitgibt. Ich würde sehr empfehlen, daß jeder Kollege sich heute ein Fotokopiergerät anschafft, dann kann man die Originalbefunde zu Hause lassen und braucht sie nicht abzugeben. Es gibt heute schon für DM 400,— solche Geräte, die im übrigen ausgezeichnet sind. Diese Geräte würden auch sehr gute Dienste tun bei Befundanforderungen durch den vertrauensärztlichen Dienst, die LVA, die BfA, private Krankenversicherungsträger, Sozialgerichte, Versorgungsämter, die laufend von uns Befunde haben wollen, und wo wir immer in Gefahr sind, die Befunde im Original aus der Hand zu geben und nicht mehr zurückzubekommen.

Sehr nützlich ist es auch nicht, wenn der Patient bei der Krankenhausentlassung nichts enderes mitbekommt als ein kleines Fläschchen, von dem das Originaletikett entfernt oder überklebt ist und in dem ein paar weiße Tabletten, ein paar bunte Pillen oder Kapseln sind, mit denen dann der Patient oder ein Angehöriger zum Doktor kommt mit der Bitte: Verschreiben Sie mir das, das habe ich im Krankenhaus bekommen! Und dann studiert man und kriegt schließlich heraus, daß die kleine blaue Tablette ein Valium sein könnte, die kleine gelbe vielleicht ein Lanitop, und so rätselt man herum, was der Patient denn gehabt hat. So etwas gibt es, ich erlebe es immer wieder.

Es wäre also dringend notwendig, in vielen Bereichen ist es euch gang und gäbe, daß der Patient bei seiner Entlassung eine Kurzinformation, einen Kurzentlassungsbericht mitbekommt, auf dem wenigstens die Diagnose steht und auf dem auf jeden Fall die vorgeschlagene weitere Therapie stehen muß. Bei chirurgischen Fällen sollte im übrigen unter Umständen euch die Art des Eingriffes stehen; denn es ist nicht egal, zu wissen, ob derjenige, den ich wegen Verdachts auf Magen-Ca eingewiesen habe, nun reseziert, — den Bauchschnitt sehe ich ja, — oder nur palliativ operiert worden ist. In diesem Zusammenhang wäre es sehr löblich, was in manchen Krankenhäusern auch praktiziert wird — ich habe ein Krankenhaus in meinem Bereich, das praktiziert es so —, wenn in chirurgischen Fällen der Chef dem einweisenden Arzt sofort nach der Operation einen Durchschlag des Operationsprotokolls zuschicken würde, also längst bevor der Patient entlassen wird. Dann ist man informiert, wenn der Patient herauskommt, was ihm gefehlt hat und welcher Eingriff vorgenommen worden ist.

Natürlich kennt jeder niedergelassene Arzt die Probleme und Sorgen, die ein Krankenhausarzt hat, und natürlich ist mir klar, daß bei der Entlassung eines Patienten ein umfangreicher Krankenhausentlassungsbericht unmöglich vorliegen kann. Aber dieser ausführliche Entlassungsbericht, auf den der niedergelassene Arzt schließlich und endlich wegen der weiteren Therapie und des weiteren Vorgehens und der weiteren Kontrollen, z. B. bei Leber-, Anämie-Patienten usw., unbedingt angewiesen ist, sollte nicht allzu lange auf sich warten lassen. Ich glaube, eine Frist

von ein bis zwei Wochen nach der Entlassung wäre angemessen. Aber es ist nicht angemessen, was anderen und auch mir passiert, daß man solche Krankenhausberichte erst vier, sechs und acht Wochen nach der Entlassung in die Hand bekommt. In dieser langen Zeit nutzt mir der kleine Zettel bei der Entlassung nichts mehr, da brauche ich zu meiner gezielten Weiterbehandlung und Überwachung schon detaillierte Angaben aus einem Krankenhausentlassungsbericht. Aber dieser Krankenhausentlassungsbericht braucht nicht unbedingt die Dicke einer Broschüre zu haben. Es interessieren mich als niedergelassenen Arzt in keiner Weise alle normalen Labordaten, sondern nur die pathologischen Daten, die der Patient hatte und auf die ich in meiner weiteren Betreuung unbedingt achten muß.

Die Schwierigkeiten, die am Krankenhaus bestehen, liegen natürlich in erster Linie darin, daß qualifizierte Schreibkräfte nur unzureichend vorhanden sind. Diktiergeräte wird es heute zwar überall geben, aber schließlich muß der Bericht, ob ins Stenogramm, auf Band oder Platte diktiert, von jemandem geschrieben werden. Ich glaube, auch in diesem Bereich sollte noch menches geschehen.

Ein weiterer Punkt scheint mir ebenfalls wichtig. Wenn ein Patient bei einer schweren und langwierigen Erkrankung die stationäre Behandlung verläßt, dann ist es für den niedergelassenen Arzt eine seiner wesentlichen Aufgaben, ihn eines Tages seiner gewohnten Tätigkeit wieder zuzuführen, also zu rehabilitieren. Daß das in vielen Fällen — Herzinfarkt, komplizierte Frakturen, Endoprothesen usw. — ohne qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen nicht geht, ist klar. Wie lange die Wartezeiten sind, wenn der niedergelassene Arzt nach der stationären Entlassung erst einen Antrag bei der BfA, bei der LVA auf Rehabilitationsmaßnahmen oder gar beim Arbeitsamt für berufliche Rehabilitation stellen muß, wissen wir auch. Im Bereich der Berufsgenossenschaften funktioniert es gut, weil hier das Durchgangsarztverfahren die entsprechenden Vorschriften geschaffen hat. Aber in den anderen Bereichen sind die Übergangszeiten von der Krankenhausentlassung bis zum Beginn einer qualifizierten Rehabilitation zum Teil enorm lang. Es wäre deshalb gut, wenn der Krankenhausarzt schon dann, wenn er überblicken kann, daß der Patient nach der Entlassung einer qualifizierten Rehabilitation zugeführt werden muß, den ersten Anstoß zum Einleiten solcher Rehabilitationsmaßnahmen gibt und einen Antrag bei der LVA oder der BfA stellt, damit diese langen Wartezeiten nach der Entlassung nicht entstehen.

Es kommt aber auch immer wieder vor, daß die Arbeit der niedergelassenen Kollegen durch Krankenhausärzte, sei es in Gegenwart oder in Abwesenheit des Patienten, kritisiert, zum Teil sehr abwertend kritisiert wird. Ich weiß, daß es sehr häufig ein Fehler von sehr jungen Kollegen ist, den wir elle hatten, die, noch vollgepfropft mit frischem Examenswissen, aber ohne praktische Erfahrungen, häufig dazu neigen, die Dinge anders zu sehen und ihr eigenes Wissen zu überschätzen, die vor allen Dingen die Gegebenheiten der Praxis sehr häufig gar nicht kennen. Daß diese Neigung bei Reicherwerden an Erfahrung immer mehr ebnimmt, ist auch bekannt. Ich weiß, daß viele leitende Ärzte, die häufig die Qualität ihrer einweisenden Ärzte sehr gut kennen, sich sehr darum bemühen, solche Dinge in ihren Abteilungen nicht aufkommen zu lassen.

Trotzdem glaube ich aber, man sollte darauf hinweisen, weil es doch immer wieder vorkommt. Äußerungen wie „Da hätte Sie Ihr Hausarzt früher schicken sollen — es ist eine große Frage, ob wir in der Lage sind, das alles wieder so zu reparieren" und ähnliche sollten möglichst unterbleiben. Ich bitte daher die leitenden Ärzte, bei ihren Gesprächen mit ihren jungen Kollegen immer wieder darauf hinzuweisen, daß diese Dinge nicht nur das gute Verhältnis zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt, sondern auch das Arzt-Patienten-Verhältnis und darüber hinaus eine notwendige Kooperation in den beiden Bereichen empfindlich stören.

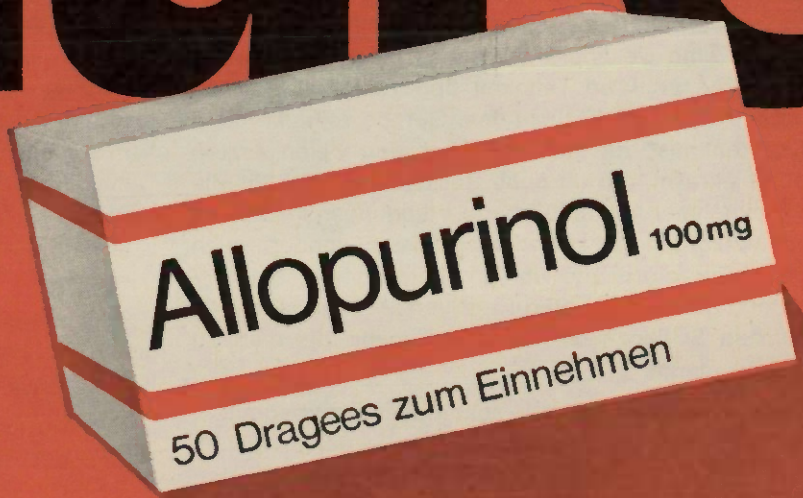
Es ist ein Irrglaube, zu meinen, Teamwork könne nur in einer Gruppenpraxis oder am Krankenhaus selbst praktiziert werden. Ein Team sind wir alle, die wir unsere verantwortungsvolle ärztliche Arbeit an denselben Patienten verrichten. Um aber diese Arbeit fruchtbar zu machen, muß man sich persönlich kennenlernen, muß man kollegialen Respekt voreinander haben und laufend das kollegiale Gespräch pflegen. Es wäre daher sicher keine schlechte Einführung, wenn Krankenhauschefs in Abstimmung mit den Fortbildungsprogrammen ihrer Ärztlichen Kreisverbände in gewissen Abständen ihre einweisenden niedergelassenen Ärzte ins Krankenhaus zu Fortbildungsgesprächen einladen würden. Das eingehende Gespräch über gemeinsame Patienten ist immer noch die beste Art der Fortbildung, und zwar für alle Gesprächsteilnehmer, sowohl die niedergelassenen wie die Krankenhausärzte.

In einer Zeit, in der die Freiheit unseres ärztlichen Wirkens auf dem Spiele steht, sollten wir uns wirklich wieder mehr auf unsere Gemeinsamkeiten besinnen. Eines haben wir alle gemeinsam, ob wir unsere Aufgabe in der freien Praxis, als Praktiker oder Fachärzte, oder im Krankenhaus, im öffentlichen Gesundheitsdienst, im vertrauensärztlichen Dienst, als Werkärzte oder sonstwo verrichten, wir sind alle Ärzte, mit oder ohne „Fach". Und die zentrale Aufgabe und Sorge ist uns allen auch gemeinsam, nämlich der hilfesuchende Petient.

24. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1973

Harn säure



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

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

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

Kontraindikationen
Schwangerschaft und Stillzeit

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

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

Handelsformen Packung zu 50 Dragees **DM 32,–** Klinikpackung zu 250 Dragees

EFEKA · FRIEDRICH & KAUFMANN · ARZNEIMITTELFABRIK · HANNOVER

Dr. Hans Birkner aus der Sicht des Leitenden Arztes

Die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung ruht auf den beiden großen Säulen ärztliche Praxis und Krankenhaus. Wenn es auch manche Kreise nicht wahrhaben wollen, es muß – obwohl es heute schon des öfteren angeklungen ist – noch einmal gesagt werden, daß qualitativ die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, ebenso wie die der freien Praxis in den letzten Jahren doch eigentlich immer mehr gestiegen ist. Unser Gesundheitswesen ist nicht so schlecht, wie man es gern hinstellt. Es kann im internationalen Vergleich durchaus bestehen. In beiden Bereichen, in der ärztlichen Praxis wie im Krankenhaus, steht unsere Bevölkerung Ärzten gegenüber, die aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Weiterbildung als Kenner ihres Faches zu bezeichnen sind und zu denen sie auch Vertrauen hat, nicht zuletzt deshalb, weil sich der Patient auch den Arzt seines Vertrauens noch frei wählen kann. Ich erinnere, was auch schon gestern des öfteren geschehen ist, an die im Frühjahr dieses Jahres gestartete Patientenumfrage des Hartmannbundes.

Es ist daher unverantwortlich, wenn man dieses Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, das wir für eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit betrachten, ständig zu unterhöhlen versucht. Mit dem Gerede vom „kranken Krankenhaus" tut man nicht nur den vielen Ärzten bitter unrecht, die oft ohne Rücksicht auf die für die Arbeitnehmer heute üblichen Bedingungen ihr Bestes zur Versorgung ihrer Patienten leisten, sondern auch den Schwestern und übrigen Mitarbeitern, die aufopferungsvoll ihren Beruf erfüllen. Man schadet mit solchen Schlagzeilen wesentlich mehr, als man zu nützen glaubt.

Diese einführenden Worte sollen aber nicht bedeuten, daß wir uns nicht ernsthaft gerade in der ärztlichen Standesorganisation die Frage stellen, was erwarten die Menschen heute von der Medizin, von unserem Gesundheitswesen, vom Krankenhaus. Es muß uns eine Verpflichtung sein, immer wieder zu prüfen, ob die Formen unserer ärztlichen Berufstätigkeit zeitgemäß sind, ob sie für den Patienten die Teilnahme am wissenschaftlichen Fortschritt ermöglichen und garantieren, und nicht zuletzt, ob der Arzt selbst im System unseres Gesundheitswesens so wirken kann, wie es von ihm erwartet wird und wie es seiner humanitären Aufgabe entspricht.

Für die Institution Krankenhaus, der ich mich besonders widmen möchte, heißt das, daß auch das Krankenhaus mit der Entwicklung der Medizin, der Technik und den Lebensverhältnissen Schritt halten muß und daher gewisse Weiterentwicklungen und Veränderungen oder Reformen nötig sind. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Ihnen allen bekannten Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes, die von dem zuständigen Ausschuß der Bundesärztekammer erarbeitet wurden und die Zustimmung aller Arztgruppen und Berufsverbände gefunden haben. Sie sollten für uns alle wegweisend sein. Für die Großkrankenhäuser hat sich in Bayern das unter maßgeblicher Mitwirkung unseres Herrn Präsidenten geschaffene Münchener Modell zur Strukturreform des Krankenhauses sehr gut bewährt. Es dürfte für alle weiteren sich mit Strukturreformen befassenden Krankenhäuser richtunggebend sein, zumal das Bayerische Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz, wie wir aus den Worten des Herrn Staatsministers vorgestern selbst gehört haben, keine Reglementierung der Struktur der Krankenhäuser, im Gegensatz zu manchen anderen Bundesländern, bringen wird. Die Bayerische Staatsregierung war sich darin mit sämtlichen Krankenhausträgerverbänden einig. Ich zitiere wörtlich aus den Ausführungen des Herrn Staatsministers Dr. PIRKL anläßlich seiner Haushaltsrede:

> „Deshalb haben wir schon bei den Gesetzesberatungen zum Krankenhausgesetz erfolgreich dafür gekämpft, daß die finanzielle Förderung nicht mit obrigkeitlichen Eingriffen in die innere Struktur verbunden werden darf. Ich halte es für dringend notwendig, daß die scharfen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen unserer Tage nicht auch noch ins Krankenhaus getragen werden. Dies könnte nur zu Lasten des Patienten gehen. Ideologiegeschwängerte Atmosphäre ist das Gegenteil des Heilklimas."

Soweit das Zitat. Es sind also in Bayern wir, die Ärzte selbst, mit aufgerufen, an den Strukturreformen der Krankenhäuser mitzuarbeiten.

Fortentwicklung und Verbesserungen im Krankenhaus sind in der Regel mit Kosten verbunden. Eine finanzielle Sicherung der Krankenhäuser ist daher die Voraussetzung für alle weiteren Schritte. Wir wünschen uns sehnlichst, daß das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz die Hoffnungen, die man in dieses Gesetz gelegt hat, auch erfüllen können wird.

Lassen Sie mich auf das Verhältnis zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus eingehen. In der Präambel der Leitsätze zur Krankenhausstrukturreform der Bundesärztekammer heißt es:

> „Der Deutsche Ärztetag versteht das Krankenhaus als Teil der gesamten ärztlichen Betreuung der Bevölkerung, gewährleistet durch Ärzte in der freien Praxis, im Krankenhaus und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Nur durch ein systematisches Zusammenarbeiten der Ärzte in allen drei Bereichen kann das Gesundheitswesen seine Funktionen für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger erfüllen."

Diese systematische Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus ist heute mein Hauptanliegen. Sie bedarf sicher noch gewisser Verbesserungen. Es ist, das möchte ich ausdrücklich betonen, nicht meine Absicht, die Grenzen zwischen diesen beiden ärztlichen Tätigkeitsbereichen zu beseitigen oder zu verwischen, sondern die Kommunikation zwischen den beteiligten Arztgruppen zu verbessern. Das ist das A und O unserer Zusammenarbeit.

Wenden wir uns zunächst dem Informationsfluß vom niedergelassenen Arzt zum Krankenhaus bei der Klinikeinweisung von Patienten zu. Es bleibt nicht aus, daß ich Sie auf einige Dinge noch einmal aufmerksam mache, die bereits erwähnt worden sind. Der niedergelassene Arzt kann wesentlich dazu beitragen, die Verweildauer im Krankenhaus herabzusetzen, wenn die Patienten nach entsprechenden Voruntersuchungen, wenn nötig durch entsprechende Spezialisten, und eventuell nach erforderlichen Vorbehandlungen – ich denke an Operationsvorbereitungen – in die Klinik zur stationären Behandlung eingewiesen werden. Ich darf Ihnen als Chef einer chirurgischen Klinik versichern, daß wir in einem solchen Falle nur noch fragliche Befunde kontrollieren werden und damit sehr viel Zeit sparen. Das gilt für Strumaoperationen, Magen- und Galle- wie auch für Darmoperationen. Selbstverständlich wird es immer wieder unsichere Befunde geben, die dann einer klinischen Kontrolle bedürfen. Ich kann aber nicht verstehen, warum bei einer draußen durchgeführten rektoskopischen Untersuchung, wobei ein Rektumkarzinom festgestellt wurde, nicht gleich eine Probeexzision durchgeführt wurde, so weit natürlich ein Pathologe zur Verfügung steht. In unserer heutigen Bettensituation ist uns außerordentlich daran gelegen, die Verweildauer der einzelnen Patienten zu drücken. Es wären einige Tage Zeit gewonnen, wenn wir den Patienten nicht zur rektoskopischen Untersuchung vorbereiten und noch einmal zwei bis drei Tage auf den Befund warten müßten, um ihn dann wieder auf die Operation vorzubereiten. Das sind acht Tage, das könnte ambulant geschehen. Zur Strumaoperation gehören heute beispielsweise eine Röntgenaufnahme des Halses, eine Lungenübersicht, ein Radiojodtest, ein Szintigramm der Schilddrüse, eine hals-, nasen-, ohrenfachärztliche Kontrolle der Stimmbänder und ein EKG sowie eine eventuell erforderliche Operationsvorbereitung, was alles ambulant unter Zuziehung notwendiger Fachärzte geschehen könnte. Nehmen Sie mir bitte nicht übel, wenn ich speziell von meinem Fachgebiet, der Chirurgie, spreche. Ich sehe auch ein, daß es vielleicht unbedingt nötig ist, sich diesbezüglich einmal von der Klinik her mit den Kollegen draußen darüber zu unterhalten und abzusprechen. Ich sehe nicht nur ein, daß es notwendig ist, sondern daß es unbedingt erforderlich ist.

Hiermit bin ich beim Kontakt zwischen Klinik und ärztlicher Praxis gelandet. Er bedarf sicherlich auch mancherorts einer weiteren Förderung in Form von klinischen Visiten und Diskussionsnachmittagen oder -abenden für die niedergelassenen Ärzte in der Klinik, wie sie sich in unserem Kreisverband Nürnberg im vergangenen Winterhalbjahr unter der guten Organisation unseres Kollegen AUTENRIETH bestens bewährt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung, das wurde auch bereits vorgebracht, hat zur Förderung des Informationsflusses ein auf diese Bedürfnisse abgestimmtes neues Klinikeinweisungsformular geschaffen. Die für den Beginn der stationären Behandlung wichtigen Untersuchungsergebnisse sollten aber hier auch eingetragen werden, und zwar unter Zuziehung niedergelassener Fachärzte, wenn man zur Erhebung der Befunde selbst nicht in der Lage ist. Ich weiß sehr wohl, daß dem niedergelassenen Arzt damit wieder ein Mehr an Schreibarbeit aufgebürdet wird, und ich kann die darüber vorgebrachten Klagen voll verstehen. Trotzdem würde ich bitten, im Interesse einer Verbesserung des Informationsflusses, im Interesse einer möglichst sofortigen gezielten Behandlung der Patienten im Krankenhaus nicht darauf zu verzichten. Was Sie hier an Mehrarbeit leisten, wird der Effizienz der ärztlichen Behandlung zugute kommen, sich lediglich zugunsten der Patienten auswirken und – ich sage es noch einmal – Sie machen damit Betten frei für andere Patienten. Vielleicht läßt sich auch noch einmal der Vorschlag der Bundesärztekammer verwirklichen, in einer eigens dafür zu schaffenden Mappe (40 x 40 cm) sämtliche Befunde mit in die Klinik zu geben. Selbstverständlich ist es natürlich notwendig, daß diese Befunde dann auch wieder dem Patienten bei der Entlassung für den einweisenden Arzt zurückgegeben werden. Aber deshalb sollte diese auffallende Mappe ja geschaffen werden, damit bei der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sie gewissermaßen überfällig wird und man nicht weiß, wohin damit, als sie dem Patienten mitzugeben. Sie kann sich nicht so leicht verschlupfen wie ein kleines Röntgenbild, das irgendwo hineinwandert und dann nie mehr gefunden wird.

Damit komme ich auch zum Informationsfluß in umgekehrter Richtung, nämlich vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt. Er ist nicht weniger wichtig und nicht weniger verbesserungsbedürftig. Auch hier stehen wir vor Problemen, die es zu lösen gilt. Wir kennen den Mangel an Klinikschreibkräften, die auf Platte diktierten Arztberichte häufen sich manchmal zu Bergen, und der einweisende Arzt erhält erst Wochen nach der Klinikentlassung des Patienten, wie wir gehört haben, seinen Bericht. Arbeitszeitverkürzungen bei der Verwaltung des Krankenhauses, bei den Schreibkräften und Assistenten spielen hier sicher eine Rolle. Eine eingeschlagene Therapie kann und darf aber nicht wegen des fehlenden Arztberichtes 14 Tage unterbrochen werden. Deshalb muß es unter allen Umständen möglich sein, den weiterbehandelnden Arzt über die eingeschlagene und fortzuset-

zende Therapie zu informieren. Es hat sich bei uns der sogenannte vorläufige Kurzbericht, der dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben werden muß, bestens bewährt. Er enthält in Stichworten nur Diagnose, bisherige Therapie und weiterhin Therapievorschlag. Ich kann aber nur immer wieder betonen, das wichtigste von all dem, was heute gesagt worden ist, ist eine Verbesserung des Kontaktes zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus.

Ich muß meinem Herrn Vorredner etwas widersprechen. Er sagte, der Entlassungsbericht bräuchte nicht die normalen Befunde zu enthalten. Ich bin eigentlich anderer Ansicht. Ich glaube, es ist für Sie außerordentlich wichtig zu wissen, ob die Transaminasen normal waren, ob die Senkung normal war, das Blutbild normal war. Wenn wir das alles weglassen, was normal ist, weiß ich nicht, ob das forensisch überhaupt haltbar wäre. Was untersucht worden ist, das sollten Sie auch mit den Befunden erfahren.

Damit sind wir beim Informationsfluß in umgekehrter Richtung. Ich sagte schon, daß für den Patienten, der am Wochenende aus der Klinik entlassen wird, um seine medikamentöse Versorgung bis zum Aufsuchen der nächsten Sprechstunde zu gewährleisten, ein Krankenhausentlassungsrezept sehr ernsthaft diskutiert wurde. Sie wissen es alle und es sind Ihnen auch allen die dabei aufgetretenen rechtlichen Bedenken bekannt. Vielleicht böte sich als Zwischenlösung an, was sicherlich mancherorts schon praktiziert wird, dem Patienten die notwendigen Tabletten für ein bis zwei Tage, vor allem am Wochenende, aus dem Krankenhaus mitzugeben. Natürlich darf nicht passieren, was eben vom Herrn Vorredner gesagt wurde, daß der Patient zehn verschiedene Tabletten in der Hand hat, rote, grüne, blaue, und der nachbehandelnde Arzt weiß auch nicht, um welche Tabletten es sich handelt und wofür sie helfen sollen. Aber es gibt ja nur diese zwei Möglichkeiten. Entweder man entschließt sich zu einem Krankenhausentlassungsrezept, oder man gibt dem Patienten wenigstens die wichtigsten Medikamente mit, vielleicht getrennt in Tütchen, wo man daraufschreibt, um welches Medikament es sich handelt. Ich höre natürlich auch schon Stimmen, die kommen und sagen werden: die Patienten kommen dann mit zehn verschiedenen in der Klinik verordneten Medikamenten in die Sprechstunde, die ich verschreiben soll, obwohl ich eigentlich gezwungen bin, wirtschaftlich zu verordnen. Ich kann nur wieder betonen, in einem solchen Fall bedarf es wiederum eines klärenden Gesprächs mit dem Kliniker, das vom Kreisverbandsvorsitzenden organisiert werden muß, und ich habe die feste Überzeugung, daß man sich dabei auch näherkommen wird.

Sie sehen also, es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen, die die Kommunikation zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus verbessern können. Wir müssen sie wahrnehmen; denn mit dem Informationsfluß steigt und fällt die Effizienz unserer Zusammenarbeit. Wir können heute die Forderungen, die die Öffentlichkeit an die Ärzteschaft stellt, nur erfüllen, indem niedergelassener Arzt und Krankenhaus Hand in Hand arbeiten und sich immer enger verbinden. Das sind unsere Vorschläge für eine Integration im Gesundheitswesen.

Dr. Jürgen Bausch aus der Sicht des angestellten Arztes

Für mich als letzten Referenten ist es natürlich jetzt besonders schwer, Ihre Aufmerksamkeit auch noch auf mich zu ziehen, weil Sie wahrscheinlich schon durch die Ausführungen meiner Vorredner abgeschlafft sind. Es ist auch sehr schwierig, jetzt noch Dinge zu bringen, die noch nicht gesagt worden sind. Ich will es dennoch versuchen und auch ein paar Reizworte in die Diskussion einführen. Vielleicht wird die Aufmerksamkeit dann stärker und vielleicht gelingt es damit auch, die Diskussion etwas anzuheizen. Ich meine nämlich, es ist sehr viel Selbstbeweihräucherung von uns gegeben worden. Wir sollten etwas selbstkritischer werden.

Ich bin der Auffassung, daß beispielsweise die Fragen der Präsenzpflicht des niedergelassenen Arztes aus der Sicht des Klinikarztes zunehmend ein Problem werden. Die Klinikärzte klagen in erheblichem Umfang darüber, daß sie am Mittwochnachmittag, samstags und sonntags und bei Nacht in den Notambulanzen der Krankenhäuser für Dinge in Anspruch genommen werden, für die sie im Grunde nicht zuständig sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen da von sich aus bessere Lösungsmöglichkeiten anbieten. Daß die Dinge in München hinsichtlich der notärztlichen Versorgung besser geworden sind, ist ein Sonderfall, wie ich mir anläßlich der Tagungen des Marburger Bundes von den Kollegen aus den verschiedenen bayerischen Bezirken habe sagen lassen. Die Klinikärzte sind unwillig, wenn sie wegen Bagatellen, für die sie nicht zuständig sind, nachts aus den Betten geholt werden. Das vorweg.

Darüber hinaus soll noch etwas Kritisches zu den Einweisungen gesagt werden. Es kommt nicht selten vor — und das führt in den Kliniken auch zu erheblicher Verärgerung bei den Kollegen —, daß bewußt solche Patienten unter falschen Diagnosen eingeliefert werden, die soziale Problemfälle sind, weil nämlich die Angehörigen verreisen wollen und der Großvater irgendwo untergebracht werden muß. Die Klinikärzte fühlen sich in diesen Fällen tatsächlich an der Nase herumgeführt. Wenn man schon so einen Patienten loswerden will, und als niedergelassener Arzt ist man

Wenn's um den Hals geht...

Mehr als 90% aller Infektionen im Hals sind durch Viren verursacht[1]). FRUBIENZYM® ist nicht nur antibakteriell, sondern auch antiviral: Lysozym inaktiviert Viren[2]).

Außerdem ist FRUBIENZYM® entzündungshemmend und antiödematös[2]). Rötung und Schwellung gehen zurück.

Das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain lösen Schleim, Eiter und Beläge auf. Die Schleimhaut wird aktiv bis in die Krypten der Mandeln gereinigt.

Dabei ist FRUBIENZYM® gut verträglich; Überempfindlichkeitsreaktionen, Resistenz und Kreuzresistenz sind in der Praxis kaum zu befürchten[1]).

Zusammensetzung:
Lysozym 5 mg, Papain 2 mg, Bacitracin 200 I.E.

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

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

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

Packungsgrößen/Preise:
OP zu 24 Tabletten = DM 4,90
AP zu 240 Tabletten = DM 32,65

Literatur:
1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim.Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149

frubienzym®

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH BIELEFELD

mitunter verpflichtet, so etwas zu tun, soll man es auch ehrlich mit dem Kollegen in der Klinik absprechen und sagen, damit man nicht die kollegiale Vertrauensbasis mutwillig zerstört.

Ich möchte meine Ausführungen auf die Spannungen zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Krankenhausärzteschaft konzentrieren. Zum einen geht es damit los, daß ein erheblicher Generationsunterschied zwischen den beiden Gruppen besteht. Herr GRASSL hat gestern Zahlen genannt, die in der Bestandsanalyse der Kassenärztlichen Vereinigung aufgeführt sind. Der Altersunterschied beträgt, im Schnitt gesehen, 20 Jahre. Aus diesem Altersunterschied ergeben sich eine ganze Reihe von Generationsproblemen, die eben dazu führen, daß viele Ansichten der jüngeren Ärztegeneration — ganz gleich, ob es sich um wissenschaftliche, politische oder gar standespolitische Fragestellungen und Meinungen handelt — von der niedergelassenen älteren Ärzteschaft nicht mit vollem Herzen ekzeptiert werden. In vielen Fällen kommt offene Ablehnung zum Ausdruck.

Darüber hinaus ist es so, daß bei den Klinikärzten eine erhebliche Unkenntnis darüber besteht, was in der niedergelassenen Praxis geleistet und getan wird. Das ist verständlich; denn über die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes erfährt der Klinikarzt vielfach nur Negatives. Die Universitäten sind in dieser Hinsicht ganz außerordentlich schlechte Ausbildungsstätten, weil sie den Studenten immer wieder vergammelte Fälle vortühren und dann mit einem abwertenden Beisatz sagen: Das ist ja auch ganz klar, der „Praktiker" hat den Fall verbummelt. So werden Vorurteile schon in den ersten klinischen Semestern eingepflanzt. Die meisten Kollegen, die die jungen Studenten unterrichten, haben gar keine Ahnung davon, was in der Praxis geleistet wird und in welchem Umfang Tätigkeiten ausgeübt werden. Ich bin der Auffassung, daß sich in dieser Hinsicht nur dann etwas ändern kann, wenn tatsächlich das realisiert wird, was schon im Rahmen der Diskussion über die neue Approbationsordnung gesagt wurde, daß sich nämlich die Allgemeinpraxen draußen für die Famuli öffnen und die jungen Studenten tatsächlich einen Teil ihrer Famulantenzeit in der freien Praxis absolvieren. Erst dann kann sich der angehende Mediziner selbst ein Bild von der Sache machen. Die zahlreichen Appelle an die medizinischen Fakultäten, die immer wieder beschwörend vorgebracht werden, unqualifizierte Äußerungen über die niedergelassenen Kollegen zu unterlassen, nutzen bekanntlich leider nichts. Damit ist nicht gesagt, daß man allen Unsinn, der überall mal geschehen kann, vertuschen und unter dem Siegel einer falsch verstandenen Kollegialität verschweigen sollte. Wenn tatsächlich eine Fehltherapie eingeleitet oder eine Fehldiagnose gestellt worden ist, ist jeder Arzt verpflichtet, seinem Kollegen mitzuteilen, was falsch gewesen ist. Aber es ist der falscheste Weg, das ist schon gesagt worden, und ich muß es noch einmal unterstreichen, einen Patienten über die Fehlleistung eines anderen Arztes aufzuklären. Dem Patienten hilft es gar nichts, wenn ihm gesagt wird: „Wenn Sie früher gekommen wären, wären Sie gesund geworden!" Der Patient wird nur geängstigt und verliert unwiederbringlich das Vertrauen zunächst zu seinem Hausarzt und selbstverständlich auch in die Ärzte ganz allgemein.

Je länger der Arzt seinen Beruf ausübt, desto stärker wächst in ihm allerdings dann die Erfahrung, daß Fehler Bestandteil menschlicher und damit auch ärztlicher Lebensführung sind, und daß kein Arzt immer und alles richtig entscheiden kann. Deswegen ist es sicherlich zu begrüßen, wenn in zunehmendem Umfang erfahrene ältere Kollegen an den Kliniken in Lebensstellung bleiben, wie es sich trendmäßig schon abzeichnet. Die Klinikärzte erfahren in ihrer mitunter etwas hochmütigen Einstellung gegenüber der Tätigkeit des niedergelassenen Arztes meist dann eine Wandlung, wenn sie ihre Praxisvertretungen gemacht haben. Dann merken sie erst, was in den Praxen geleistet werden kann, in welchem Umfang dort Tätigkeiten ausgeübt werden, von denen sie sich vorher gar nichts vorstellen konnten. Ich selbst bin in der glücklichen Situation, als Sohn eines Landpraktikers groß geworden zu sein, und kenne deswegen diese Problematik aus der Sicht von Klinik und Praxis. Ich habe mich schon während des Studiums — ich muß das rückblickend betonen — immer geärgert und aufgeregt, wenn meist jüngere Dozenten in vollkommen abwertender Weise über die Tätigkeit in niedergelassener Praxis gesprochen haben.

Neben dem Klinikerhochmut, den ich eben etwas angesprochen habe, gibt es in dem Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern eine weitere Spannungsquelle. Ich glaube, daß man von einer unterschiedlichen Entwicklung des medizinischen Wissens sprechen darf. Ganz abgesehen von der enormen Wissensexplosion, mit der alle Ärzte, unabhängig von ihrer Tätigkeit, fertig werden müssen, wobei sich die Frage der Fortbildung für alle Arztgruppen gleich stellt, gibt es doch im Bereich der niedergelassenen Praxis eine Weiterentwicklung des medizinischen Wissens, welche dadurch begründet ist, daß man in langjähriger Tätigkeit sich ein pragmatisches ärztliches Erfahrungswissen erobern muß, mit dessen Hilfe es einem dann auch gelingt, mit den vielen täglich ratsuchenden Patienten fertig zu werden. Gerade das Routineeinerlei und die Sachzwänge einer wirtschaftlichen Handlungsweise in einer Kassenpraxis zwingen nicht selten zu Kompromissen zwischen dem medizinisch Wünschenswerten und dem tatsächlich Machbaren. An einem konkreten Beispiel ausgeführt, heißt dies: Natürlich sind bei jedem Patienten mit Hämorrhoidalbeschwerden medizinisch-wissenschaftlich die rektale Untersuchung und die Rektoskopie wünschenswert, machbar ist dies jedoch, wie Sie alle wis-

sen, nur in Ausnahmefällen bei begründetem Verdacht. Der Unterschied zwischen den Klinikärzten und den niedergelassenen Ärzten besteht jedoch darin, daß das medizinisch Wünschenswerte in den Kliniken zu realisieren laufend versucht wird, während in der Praxis die Kunst darin besteht, das Erforderliche tun zu müssen und beim medizinisch Wünschenswerten auch noch die Gebote der Wirtschaftlichkeit zu beachten.

In diesem Zusammenhang will ich noch den Hinweis einfügen, daß es für viele Ärzte wünschenswert und sinnvoll wäre, wenn sie wüßten, welche Untersuchungsmethoden die Kliniken in ihrer Umgebung durchführen. Was schon mehrfach angesprochen worden ist, und was ich auch unterstreichen möchte, ist das Zueinanderbringen der Klinikärzte und der niedergelassenen Kollegen in den Kliniken, damit man weiß, mit welchen Fragestellungen man welche Patienten an welche Stellen schicken kann. Ganz allgemein halte ich eine Intensivierung auch der persönlichen Kontaktpflege der Ärzte untereinander für dringend erforderlich.

Es versteht sich von selbst, daß aus dem unterschiedlichen medizinischen Erfahrungswissen, das sich da zwischen Klinik und Praxis ansammelt, Spannungen ergeben. Der Klinikarzt sieht nur solche Fälle, deren Probleme ambulant nicht lösbar sind. Er mißt die lapidare Einweisungsdiagnose und die wenigen mitgeteilten Befunde an dem, was medizinisch wünschenswert und machbar gewesen wäre, bevor es zur Einweisung kam. Im umgekehrten Fall kommt der Patient aus dem Krankenhaus nach Hause, wurde von Kopf bis Fuß durch die Mühle gedreht und medizinisch-technisch durchgecheckt, wie man das derzeit so neu-hochdeutsch nennt. Aber wer erkennt schon psychosomatische Probleme? Das eigentliche Krankheitsgeschehen bleibt häufig unentdeckt, weil nur nach somatisch-medizinisch-technisch erfaßbaren Krankheitszuständen gefahndet wurde. Hier müssen die beiden Arztgruppen mehr miteinander kooperieren, miteinander sprechen. Viele Dinge, die der Praktiker draußen aus langjährigem Kontakt mit der Familie von seinem Patienten weiß, kann der Krankenhausarzt gar nicht erfassen, zum Teil wird er sie gar nicht erfahren, weil der Patient sich mitunter gar nicht öffnet.

Ich halte es für ungut, wenn die Klinikärzte die nicht selten am Symptom orientierter Kuriermaßnahmen in der Praxis als eine sinnlose Medizin anprangern. Vielfach ist eben eine rein symptomatische Therapie vollkommen ausreichend. Das gehört zu dem Erfahrungswissen des praktischen Arztes. Auf der anderen Seite ist jedoch auch nicht verständlich, wenn die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Klinik, seien sie noch so übertrieben und unsinnig gewesen, gegenüber dem Patienten abqualifiziert werden und die mitgeschickte Liste von Medikamenten mit dem Hinweis zusammengestrichen wird, daß man sich damit sogar „vergiften" könne; auch das ist schon vorgekommen.

Natürlich gibt es zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten auch Interessenkonflikte. Überall da, wo die Grenzen zwischen Praxismedizin und Krankenhausmedizin fließend sind, und über Kassenbeteiligung oder Liquidationsrecht materielle Interessen ins Spiel kommen, gibt es Spannungen und natürlich gelegentlich auch heftige Entladungen. Wen hat es als niedergelassenen Arzt nicht schon enorm geärgert, daß sein Patient nach einer Krankenhauseinweisung nicht mehr in seiner eigenen Praxis auftauchte, sondern in der Privatambulanz des Chefarztes oder der Spezialambulanz des Hauses? Es versteht sich von selbst, daß man als Arzt – ob niedergelassen oder angestellt spielt gar keine Rolle – an manchen Patienten wegen eines interessanten Aspekts der Erkrankung besonders hohes Interesse entwickelt. Und da interessante Krankheitsbilder häufig auch gleich einen stationären Aufenthalt erforderlich machen, gibt es nicht selten Rivalität um solche Patienten. Gerade hier, meine ich, sollten jedoch die Interessengegensätze nicht zu Konflikten führen. Klinikärzte sind naturgemäß mit ihrer Aufgabe der stationären Versorgung voll ausgelastet und haben nur in Einzelfällen ein ärztliches Interesse daran, eine ambulante Behandlung nachstationär weiterzuführen.

Ein bewährtes Herzmittel
im Stadium
der Frühinsuffizienz,
in der Rekonvaleszenz
und zur Überbrückung
der Glykosidpause ist

CRATAEGYSAT®

Ysat aus Fol. et. Fruct. Crat. oxyacanth.

1 ml = 1 g des in der frischen Frucht best. Saftgehaltes

Tropffl. 30 ml = DM 5,40 Tropffl. 150 ml = DM 15,95
Tropffl. 60 ml = 8,60 DM Dosierung: 3x tgl. 15-25 Tropfen

JOHANNES BÜRGER - YSATFABRIK GMBH - BAD HARZBURG

Die Diskussionen in dieser Richtung stoßen jedoch bei den niedergelassenen Kollegen auf heftigsten Widerstand, der nicht nur materielle Ursachen hat, sondern auch ärztlich-fachliche. Beispielsweise beklagen die niedergelassenen Kinderärzte in München in ganz massivem Umfang, daß immer häufiger Krankheitsbilder, welche ihre niedergelassene kinderärztliche Praxis interessent gestalten können, in den Spezialambulatorien der beiden Universitätskinderkliniken verschwinden. Wie ein Schwamm saugen diese Kliniken die Spezialfälle auf. Nephrosen, interessante kardiologische Erkrankungen und vieles mehr wird aufgesaugt, und man ist im Grunde genommen nur noch Behandler von Bagatellen, wie Husten, Schnupfen und Heiserkeit. Diese Klagen sind sehr wohl berechtigt.

Die Hauptwurzel für den heftigen Protest der niedergelassenen Ärzteschaft bei der Diskussion um die Einführung von Ambulenzen an den Krankenhäusern ist die verständliche Furcht, ein Arzt zweiter Klasse zu werden, der sich nur noch mit der Versorgung von Bagatellen und von querulatorischen Simulanten zu befassen hat. Daneben wird diese Furcht auch von materiellen Gesichtspunkten gespeist. Diese stehen aber nach meiner Auffassung bei der Mehrheit der niedergelassenen Ärzte derzeit nicht im Vordergrund der Befürchtungen. Etwas anderes ist es, daß in diesem Zusammenhang durchaus eine latente Kontrolle der niedergelassenen Kollegen durch solche Polikliniken befürchtet wird, sofern es sie an allen Krenkenhäusern gäbe. Die Krankenhausärzte sind keineswegs an allgemeinen Ambulanzen – ich möchte es noch einmal betonen, damit kein falscher Zungenschlag aufkommt – an allen Krankenhäusern interessiert, zumal sie in den überall bestehenden Notambulanzen bemerken, wie wenig befriedigend und aufreibend dieses „Geschäft" sein kann.

Anders sieht es aus mit der ambulanten Weiterbehandlung medizinischer Spezialitäten. Hier wünschen sich sicher viele eine reguläre Möglichkeit zum Einsatz ihres ärztlichen Könnens. Es gibt eine ganze Reihe von Erkrankungen, die in der Klinik anbehandelt werden. Ich denke beispielsweise an die verschiedenen Tumorerkrankungen, die inzwischen eine hochdifferenzierte und spezialisierte Therapie erfahren haben, sowie an die Leukämie und andere hämatologische Erkrankungen. Sowohl der Klinikarzt, als auch sehr viele der niedergelassenen Kollegen wären an sich froh, wenn die Klinik die Betreuung dieser Patienten, vor allem wenn sie medikamentös sehr teuer ist, nachstationär übernehmen könnte. Daß wir an den Kliniken dazu keine Möglichkeit haben, ist sicher ein Manko, über das man sprechen muß und wozu man sich Lösungsmöglichkeiten ausdenken muß.

Ich meine zu der Ambulanzendiskussion, daß man den Forderungen aus dem politischen Raum und auch aus sachlich gerechtfertigten Gründen nur damit begegnen kenn, daß man möglichst viele qualifizierte fachlich kompetente Krankenhausärzte an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligt, um einer Ermächtigung der Institution Krankenhaus ausweichen zu können. Es gibt Untersuchungen, die an bestimmte sehr teure Apparaturen gebunden sind. Ich denke an flexible Bronchoskope, an die Möglichkeiten der Endoskopie, die sich jetzt zunehmend ausweiten – Untersuchungen, die einfach zu teuer sind, um sie in niedergelassener Praxis in großem Umfang durchzuführen. Die qualifizierten Krankenhausärzte, die sich solche Techniken erworben haben, meine ich, sollten an der kassenärztlichen Versorgung als Person beteiligt werden. Die Ärzteschaft ist sicher schlecht beraten, wenn sie sich in dieser Diskussion um die Ambulanzen weiterhin nur auf schroffe Abwehrposition begibt, ohne den politisch motivierten Forderungen mit einer offensiven und konstruktiven Taktik zu begegnen.

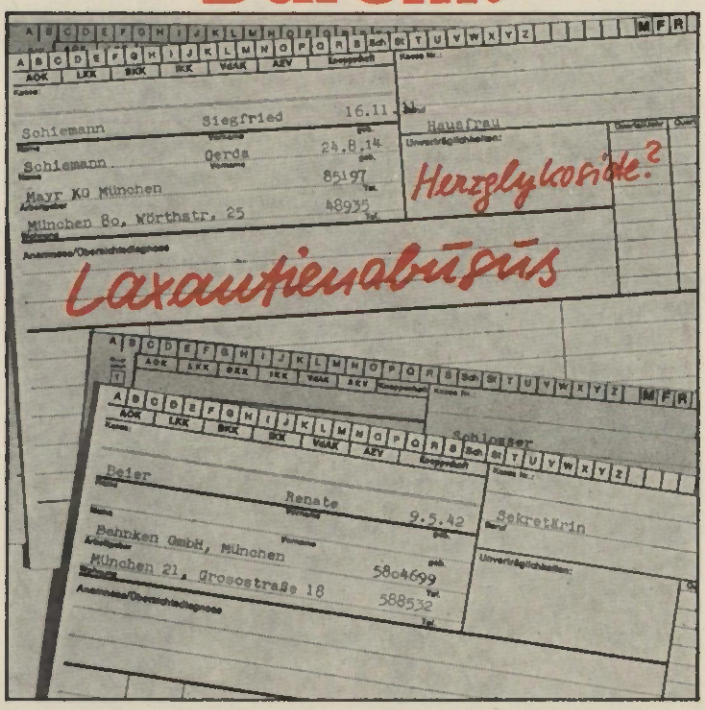
Zum Schluß noch ein paar Worte zu politischen Differenzen innerhalb der Ärztescheft. Ausgehend von den studentischen Unruhen im Jahre 1968 erfolgte in vielen Bevölkerungsschichten der Bundesrepublik eine verstärkte Politisierung vor allem der akademischen Jugend. Diese Politisierung, hat euch bei den Assistenzärzten nicht Halt gemacht. So hat die Bundesessistentenkonferenz eine Zeitlang sehr aktiv und pressewirksam und auch einflußreich gearbeitet, sie hat aber dabei in den letzten Jahren vor allem einen Kurs gesteuert, der nicht in Einklang stand und in Einklang steht mit den vorherrschenden politischen Ansichten der niedergelassenen und der Krankenhausärzteschaft. Gelegentliche gemeinsame Protestaktionen zwischen Hochschulassistenzärzten und Studenten haben den Eindruck einer radikalisierten und politisch links stehenden Assistenzärzteschaft erzeugt. Dadurch sind große Angstreaktionen in der niedergelassenen Ärzteschaft aufgekommen, die sich auch in den zurückliegenden Auseinandersetzungen in der Münchner Ärzteschaft widergespiegelt haben. Ganz allgemein ist der vorherrschende Eindruck bei den niedergelassenen Kollegen der, daß die Assistenzärzte politisch links seien und dafür eintreten würden, das Gesundheitswesen zu verstaatlichen und damit das Liquidationsrecht abzuschaffen, kurzum, alles über den Haufen zu werfen, was bislang das Weltbild des niedergelassenen Kollegen in Ordnung gehalten hatte. Daß davon nichts wahr ist, und daß es sich auch um keine generelle politische Lebenseinstellung angestellter Ärzte handelt, möchte ich noch einmal ausdrücklich betonen, obwohl es an sich Selbstverständlichkeit ist. Die Mehrheit der Klinikärzte hat nach wie vor die Absicht, sich in freier Praxis niederzulassen, und möchte dort natürlich auch Einkommens- und Lebensbedingungen vorfinden, die eine befriedigende Berufstätigkeit gewährleisten.

Daß dennoch aus den eigenen Reihen kritische Stimmen über den Berufsstand und seine gewählten Repräsentanten laut werden, ist zwar in der Standespolitik ein Novum, aber insgesamt ein Phänomen allge-

Warum

ist die Anamnese gerade bei Herzglykosid-Unverträglichkeit so wichtig?

Darum:



Weil Laxantienabusus Kaliummangel verursacht. KCl-retard Zyma erhöht die Glykosid-Toleranz durch Beseitigung des Kaliummangels. Ohne Reizung des Magen-Darm-Traktes.

Durch das Verheimlichen von Abführmittel-Mißbrauch bleibt eine Ursache für die erhöhte Kalium-Ausscheidung oft unentdeckt. Aber nicht nur Laxantienabusus, sondern auch Saluretika, Antihypertonika und andere kaliuretisch wirkende Medikamente sind dafür verantwortlich. Was dann fehlt, ist das richtige Komplementär-Salz: KCl-retard Zyma.

KCl-retard Zyma gibt sein Kaliumchlorid in 4 bis 5 Stunden ganz allmählich ab. Also keine zu hohen lokalen Konzentrationen im Magen-Darm-Trakt - also beste Verträglichkeit.

Indikationen: Saluretische Ödem- und Hochdruckbehandlung, Herzglykosid-Therapie, Corticosteroid- und ACTH-Behandlung, Laxantienabusus.
Kontraindikationen: Nierenkrankheiten mit Azotämie bzw. Oligurie, gesteigerter Katabolismus und unmittelbare postoperative Periode, Nebennierenrindeninsuffizienz, erhöhtes Serumkalium (>5,5 mval/l), Behandlung mit kaliumretinierenden Saluretika (Triamteren) und Aldosteronantagonisten (Spironolactone).
Dosierung: Im allgemeinen genügen – je nach dem individuellen Bedarf – 3 bis 6 Dragees täglich, die unzerkaut nach dem Essen eingenommen werden sollen. Bei therapeutischen Dosen keine Gefahr einer Hyperkaliämie, soweit die Nierenfunktion intakt ist, da bei übermäßiger Kaliumzufuhr die renale Kaliumausscheidung ansteigt.
Handelsformen: 40 Dragees DM 6,25, Anstaltspackung zu 200 Dragees

Zyma-Blaes AG München

KCl-retard Zyma®

mein zunehmender Kritikbereitschaft an Autoritäten und Institutionen. Mangelhafte Selbstkritik und übergroße Empfindlichkeit auf Kritik von innen und von außen kennzeichnen jedoch unsere standespolitische Situation. Eingehendes Studium des standespolitischen Teils im „Deutschen Ärzteblatt" unterstreicht diese Auffassung nachdrücklich. Ersparen Sie mir intensivere Ausführungen zu dieser Thematik!

In diesem Zusammenhang lassen Sie mich noch eine Besorgnis aussprechen, die aufkommen kann, wenn man mit Klinikärzten häufiger diskutiert. In der Frage der Zugehörigkeit zu einem gemeinsamen ärztlichen Berufsstand mit übergeordneten gemeinsamen Interessen – z. B. Beibehaltung der ärztlichen Schweigepflicht, Selbständigkeit im ärztlichen Denken und Handeln, Freiheit in allen Forschungsbereichen und insbesondere Freihaltung der Berufsausübung von politisch steuernden Einflüssen – bemerkt man ganz klar die Übereinstimmung und die Zusammengehörigkeit eines ärztlichen Berufsstandes. Wenn man aber zur Frage der Notwendigkeit von Pflichtkörperschaften eine Diskussion beginnt, stößt man in erheblichem Umfang auf Ablehnung, von breiter Zustimmung kann da keineswegs die Rede sein. Eine Umfrage unter Berliner Klinikärzten vor einem halben Jahr hat ergeben, daß über 50 % der dortigen Assistenzärzte die Ärztekammer für vollkommen überflüssig halten. Die Kammern sind, das kann man ganz offen sagen, ein bißchen mitschuldig an solchen Entwicklungen. Die Kammern haben sich bisher, das ist meine Meinung, zu sehr vor allem als Vertretung der Interessen der niedergelassenen Ärzte gesehen. Die Kreisverbände müssen sich nach meinem Dafürhalten viel mehr den Klinikärzten öffnen. Man muß versuchen, die Kollegen in Diskussionen und Informationen in die Probleme der Körperschaften einzuweihen. Man muß versuchen, ihnen die Probleme nahezubringen und sie heranführen an die ärztliche Selbstverwaltung. Wenn natürlich Kreisverbandssitzungen so aussehen, wie Kollegen aus den Kreisverbänden berichten, daß nur über die Probleme von Kassenärzten und über kassenärztliche Honorarsorgen gesprochen wird, dann ist klar, daß sie zu solchen Versammlungen nicht kommen. Man muß natürlich die Auswahl der Themen so gestalten, daß sie attraktiv sind und daß die Leute sich auch angesprochen fühlen. Daß im großen Umfang bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten ein gewisses Desinteresse vorhanden ist, weiß ich auch.

Wir müssen uns für die Zukunft im Interesse einer gemeinsamen Verfolgung eigener Belange des Berufsstandes Wege überlegen, indem wir vermehrt den Krankenhausarzt für diese wichtige Arbeit der Selbstverwaltung in der Kammer interessieren und diese interessant und attraktiv machen. Die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis ist auch ein Problem des Zusammenlebens und -arbeitens verschieden orientierter und divergierend interessierter und noch dazu unterschiedlich alter und erfahrener Ärzte. Wer die Zusammenarbeit verbessern will, muß auch daran arbeiten, vorhandene Spannungen und Konflikte abzubauen helfen. M i t e i n a n d e r r e d e n , n i c h t u n t e r e i n a n d e r v e r d ä c h t i g e n , s c h e i n t m i r d e r e r s t e u n d n o t w e n d i g e S c h r i t t z u s e i n .

Die Speicherung medizinischer Daten

Gefahren und Schutzmaßnahmen

von J. S t o c k h a u s e n

Zu den Besonderheiten des 20. Jahrhunderts zählt das unvorstellbar große Anwachsen von Fakten und Daten, zählt die Überfülle an Informationen. Ihre sachgemäße Verarbeitung ist mit einer Vielfalt von Problemen verbunden. Auf dem Gebiet der Speicherung und Auswertung von Informationen haben neu entwickelte technische Systeme die herkömmlichen Möglichkeiten des Menschen in einem Umfang erweitert, der noch vor wenigen Jahrzehnten unvorstellbar war.

Wer sich mit dem Einsatz der EDV, des Computers also, im Bereich der Medizin befaßt, ist zunächst fasziniert von der Fülle der noch gar nicht bis an ihre Grenzen überschaubaren Möglichkeiten, die sich hier sowohl für die weitere Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin wie auch für die praktische Ausübung der Heilkunde eröffnen.

Es steht heute schon fest: Der Einsatz von Computern in der Medizin schließt so große Vorzüge ein, daß wir alle Anstrengungen unternehmen müssen, diese Vorteile zu nutzen, auch wenn damit Nachteile für die ärztliche Berufsausübung verbunden sein sollten.

Wir haben aber gleichzeitig die Pflicht, die Gefahren, die mit dieser Entwicklung verknüpft sind, klar aufzuzeigen und Schutzmaßnahmen zu entwerfen, mit denen diese Gefahren kompensiert werden können.

Die erste Frage, der sich unsere Aufmerksamkeit zuwendet, betrifft die Auswahl der Daten, die gespeichert werden dürfen.

Schon heute finden wir in steigender Zahl, vor allem in Krankenhäusern, Computer, mit denen personenbezogene Daten gesammelt werden. Die Entwicklung

drängt auf immer umfassendere, integrierte Datenverbundsysteme, die schließlich den Menschen in seinem ganzen Lebensablauf, von der Geburt bis zum Tode, in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung, mit allen seinen Fähigkeiten und Schwächen, seinen Fehlern und Gebrechen, darstellen können. Dieses Speichersystem kann ein derartiges Datenbild eines Menschen jederzeit reproduzieren; es kann die Daten nicht nur sammeln und speichern, sondern sie auch, zumindest theoretisch, bis in unbegrenzte Dimensionen hinein sortieren und kombinieren.

Es besteht kein Zweifel daran, daß durch eine Vielzahl von Fakten die ärztliche Diagnostik entscheidend verbessert werden kann. Die Computersysteme sind in der Lage, die Ergebnisse der klinischen Untersuchung einschließlich der psychosomatischen Besonderheiten und der Milieufaktoren zu Symptomenmustern aller bekennten Krankheiten in Beziehung zu setzen. Für die Therapie können entscheidende Verbesserungen dadurch gewonnen werden, daß selbst die verschiedenen Reaktionsweisen der Individuen ebenso berücksichtigt werden könnten wie mögliche Nebenwirkungen von Arzneimitteln.

Wir müssen bei dem Tempo des technischen Fortschritts damit rechnen, daß uns in weniger als einem Jahrzehnt Systeme zur Verfügung stehen, mit denen derartige Aufgaben gelöst werden können. Diese Speichersysteme sind unersättlich, denn ihre Effizienz ist um so größer, je mehr Daten sie speichern können.

Der Speicherung medizinischer Daten sind aber ethische Grenzen gezogen. Personenbezogene medizinische Daten sollten nur soweit verwendet werden, daß das Recht des Individuums euf den absoluten Schutz seiner Intimsphäre gewahrt wird.

Hier wird eine ernste Frage berührt, nämlich das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Kranken. Es gründet sich wesentlich auf die Schweigepflicht des Arztes, die besteht, so lange es eine Heilkunde gibt. Die ärztlichen Berufsordnungen und die Gesetze vieler Länder, auch unseres Landes, verpflichten den Arzt, über alles, was ihm bei seiner Berufsausübung envertraut oder bekanntgeworden ist, zu schweigen. Welch hoher Rang dem Schutz der Persönlichkeit und besonders dem Schutz der Intimsphäre eines jeden Bürgers in allen Kulturnationen eingeräumt wird, géht euch daraus hervor, daß das Strafgesetzbuch den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht mit hohen Strafen belegt, und daß vielfach die Verfassungen Bestimmungen über die Unverletzlichkeit der Person enthalten, mit denen die unerlaubte Weitergabe von Tatsachen aus der Privat- und Familiensphäre Dritter verboten wird. Muß der Kranke befürchten, diese neuen technischen Systeme würden das Prinzip der Schweigepflicht durchbrechen, wird er sich dem Arzt nicht mehr in allen wichtigen Fragen offenbaren, selbst wenn er es zu seinem eigenen Nachteil unterläßt. Es sei denn, er könnte davon überzeugt sein, daß negative und für ihn nachteilige personenbezogene Daten von der Weitergabe ausgeschlossen sind.

Nun wird man einwenden können, auch heute sei der Arzt gehalten, über alle wichtigen Angaben, die er von seinem Patienten erhält, sorgfältige Aufzeichnungen anzufertigen. In der Tat gibt es über viele Menschen derartige persönliche Unterlagen. Sie befinden sich aber heute an verschiedenen Stellen, bei mehreren Ärzten, in Krankenhäusern oder bei Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie werden auch in der Regel nach Ablauf einer bestimmten Frist vernichtet. Eine auch nur annähernd lückenlose Zusammenfassung aller dieser Daten und Informationen ist mit den herkömmlichen Methoden bislang kaum möglich gewesen.

Zukünftig wird sich das ändern. Zukünftig werden diese Unterlegen von der Geburt bis zum Tode, gleichgültig, in welchem Land ein Mensch sich eufhält, in einem lebenslangen Gesundheitsketaster aufgenommen.

Alles, was in einem solchen Katester erfaßt wird, kann nicht nur für, sondern euch gegen jeden einzelnen verwandt werden. Das muß gar keine ungesetzliche Maßnahme sein, sondern es kenn sich dabei um eine durchaus legale Aufgabe handeln.

Bekanntlich beruht z. B. das Funktionieren von Versicherungen darauf, daß nur Leistungen in Anspruch genommen werden, die durch die Versicherung gedeckt sind. Der einzelne muß sich gefallen lassen, daß die Berechtigung seines Anspruches notfalls überprüft wird. Zu diesem Zweck het er seinen Arzt gegenüber der Versicherung ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden. Mit Hilfe des Computers wird in diesem Bereich ein völlig neues Kontrollsystem eingeführt werden.

Schlüssalfartiga Praxiseinrichtungan
Labortechnik, Hämodialysa

Beratung
Projaktiarung
Finanzierung
Kundendienst

EEG
Echo-EEG
EKG
EMG

Röntgen- und elaktromadizinischa Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

Nümberg – Frankfurt

85 NÜRNBERG 1

Glaißbühlstreße 7/Ecke Merienstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen. In den vergangenen zwölf Monaten gingen rund 1200 Anträge ein, wobei wir in über 90 % helfen konnten.

Ihre Bereitschaft, Praxisvertretungen zu übernehmen, hilft uns, so wesentliche Aufgaben einer freien Selbstverwaltung wahrzunehmen, wie im Krankheitsfall die Fortführung der Praxis und damit die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, oder dem niedergelassenen Kollegen die Teilnahme an der ärztlichen Fortbildung zu ermöglichen, bzw. ihm zu seinem dringend erforderlichen Urlaub zu verhelfen.

Wir appellieren deshalb an alle Nichtkassenärzte Bayerns – Praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte –, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung
Telefon (089) 47 60 87
(Apparat 78) Frau V ä t h

Ein weiteres Gefahrenmoment liegt darin, daß Irrtümer, falsche Angaben oder Fehldiagnosen ebenso in den Datenkatalog eines Menschen eingehen wie echte Fakten. Es bleibt zu fragen, wo hier überhaupt Kontrollmöglichkeiten eingeschaltet sind, und wie man ein falsches Datum jemals wieder korrigieren kann. Dazu würde in vielen Fällen nötig sein, daß der einzelne regelmäßig oder auf Wunsch Einblick in die über ihn gesammelten Fakten erhält. Wobei wiederum zu fragen bleibt, ob der einzelne in jedem Fall in der Lage ist, die Richtigkeit und den Aussagewert einer Eintragung selbst zu beurteilen.

Das Zugeständnis, dem einzelnen Staatsbürger Einsicht in die über ihn gespeicherten Daten zu gewähren, birgt aber auch andere Probleme. Wer beispielsweise an einer längeren, aber tödlichen Erkrankung leidet und aus wohlerwogenen Gründen vom Arzt über die tödliche Gefahr seines Leidens nicht unterrichtet wurde – müßte der nicht bei dieser unerwarteten Information verzweifeln?

Immer wieder wird im Zusammenhang mit der Errichtung derartig umfassender Informationssysteme die Gefahr der Manipulation des Menschen als eine neue apokalyptische Bedrohung heraufbeschworen. Es ist nicht zu verkennen, daß diese Gefahr durchaus besteht. Computer speichern und sammeln nicht nur, sie können die empfangenen Daten sortieren und kombinieren und jederzeit reproduzieren. In weiten Teilen der Welt gibt es politische Systeme, die den Schutz der individuellen Intimsphäre gegenüber der Allgemeinheit gering achten. Auch ein perfekter gesetzlicher Datenschutz kann jederzeit außer Kraft gesetzt werden. Daher kann man auch mit Rechtsvorschriften, mit Ächtung des Mißbrauchs zentral gespeicherter personenbezogener Daten die Ängste nicht beseitigen, die mit diesem System wachgerufen werden. Politische und ideologische Wertvorstellungen sind wandelbar. Wer schützt uns davor, daß Befunde, die kein öffentliches Interesse weckten, unter neuen politischen Perspektiven nicht plötzlich zu schicksalsschweren Konsequenzen und damit zum Nachteil eines Menschen führen. „Kein Mensch hat so viel Tugend, als daß man ihm alle Macht geben dürfte", sagt deshalb zu Recht CAMUS.

In der Bundesrepublik versucht man augenblicklich, die rechtlichen Voraussetzungen für den verstärkten Einsatz von Computern in der Medizin durch eine entsprechende Datenschutzgesetzgebung gegen Mißbrauch zu sichern. Man wird sorgfältig prüfen müssen, was von verfügbaren personenbezogenen Daten im Interesse des einzelnen unbedingt auf Dauer aufbewahrt werden muß. Es wird durch zwingende Vorschriften bis ins Detail festgelegt werden müssen, was an Information geändert, gelöscht und weitergegeben werden darf. Der Schutz des Individuums ist vorrangig gegenüber den datenspeichernden Stellen. Jeder einzelne muß darüber orientiert sein, welche Daten auch von ihm möglicherweise gespeichert werden. Ein ideales Verbundsystem personenbezogener medizinischer Daten müßte so gestaltet sein, daß der Mißbrauch durch einzelne wie auch unter geänderten Rechtsverhältnissen unmöglich ist, und daß die individuelle Persönlichkeitssphäre nicht beeinträchtigt wird.

Werden ausreichende Schutzvorkehrungen nicht getroffen, wird das Vertrauen zwischen Arzt und Patient schwinden, vielleicht nicht sofort, aber sicher auf die Dauer. Der Arzt wird dann nicht mehr alles erfahren, was er zur Behandlung des Patienten wissen muß. Damit würde sich die Absicht, dem Menschen mit diesem technischen Einsatz zu helfen, ins Gegenteil kehren und die Heilkunde würde einen Rückschlag erleiden. Die Medizin ist eben nur zum Teil eine exakte Naturwissenschaft. Der Arzt bleibt daher immer auf die Mitwirkung und das Vertrauen seiner Patienten angewiesen. Wo komplizierte technische Verfahren angewendet werden, wird der Patient dem Arzt nur vertrauen, wenn er überzeugt sein darf, daß ihm diese Systeme keinen Nachteil bringen. In unserem Fall bedeutet das: Wenn er sich auf einen gesetzlichen und menschenwürdigen Datenschutz verlassen kann.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. J. Stockhausen, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, 5000 Köln 41, Haedenkampstraße 1

Ihre Patientin denkt nur noch an ihr Baby...

Denken Sie an beide: an Mutter und Kind. Verschreiben Sie Ihren Patientinnen während der Schwangerschaft und Stillzeit Neocalcit®-Präparate, denn sie enthalten, was Mutter und Kind jetzt brauchen: Calcium und Vitamine.

Neocalcit® mit Vitamin D_3
und
Neocalcit®comp.
mit den Vitaminen A B_1 C D_3

Zusammensetzung
Neocalcit®
1 Tablette (1 g Pulver) enthält Calcium citric. 300 mg, Calcium phosphoric. 20 mg, Vitamin D_3 300 I. E.
Neocalcit®comp.
1 Tablette (1 g Pulver) enthält zusätzlich Vitamin-A-acetat 300 I. E., Vitamin-B_1-chloridhydrochlorid 0,3 mg, Vitamin C 10 mg.
Vitamin D_3 fördert die Calcium-Resorption im Magen-Derm-Trekt.
Indikationen
Neocalcit®und Neocalcit®comp. sind besonders engezeigt zum Knochenaufbau im Kindesalter, in der Schwangerscheft und Stillzeit, zur Rachitisprophylaxe, bei verzögerter Kallusbildung, Appetitlosigkeit, körperlicher Erschöpfung, allergischen Erkrankungen, Infektionsanfälligkeit und während der Rekonveleszenz.
Kontraindikationen
Hyperkalzämie, Hyperkalzurie
Dosierung und Anwendung
Erwachsene und Schulkinder nehmen bis zu 3mal täglich 2 Tabletten oder einen Teelöffel voll Pulver vor den Mahlzeiten ein; Kleinkinder erheiten dem Alter entsprechend 1/3 – 2/3 dieser Mengen, em besten in Brei oder Milch.
Handelsformen und Preise m. MWSt.

Neocalcit®		Neocalcit®comp.	
Packung mit 50 Tabletten	DM 2,30	Packung mit 50 Tabletten	DM 3,30
Packung mit 50 g Pulver	DM 2,30	Peckung mit 50 g Pulver	DM 3,30
Packung mit 400 Tabletten	DM 12,80	Peckung mit 400 Tabletten	DM 18,40
Packung mit 400 g Pulver	DM 12,80	Peckung mit 400 g Pulver	DM 18,40

Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH & Co
Bamberg

Der Schlaganfall und die sprachheilpädagogische Behandlung seiner Nebenwirkungen bei älteren Patienten mit schwerer Aphasie

von Helmut Ruge

„Fördern durch Fordern" wer 1971 das Motto des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Nürnberg; er kleng eus in der Mahnung: „Schon mit 30 an 70 denken!" Fünfhundert Wissenschaftler aus fünfzehn Ländern nahmen teil.

Viele Gründe führen Insbesondere bei den Industrievölkern zur Häufung von Schlaganfällen schon in jungen Jahren; en erster Stelle steht Japan, dann Schweden, USA und die Bundesrepublik Deutschland. Die Geriatrie weist auch nach, daß das Altern bei manchen Menschen zeitig beginnt. Weder Basistherapie noch Pharmakotherapie oder gar therapeutische „Schrotschüsse" können den „Lebensfilm" verzögern und eine Verjüngung im Greisenalter herbeiführen, meinen die Gerontologen der DDR.

Mit 30 Jahren lassen bereits die Gedächtnisleistungen nach. Viele Menschen halten das biologische Altern auf durch Sport, Wandern, Schwimmen, vernünftige Lebensweise, mäßiges Essen, ohne Alkohol und Nikotin. Andere suchen sich auch im Ruhestand ein Hobby, eine sinnvolle Beschäftigung. Für den Gewerbetreibenden gibt es ohnehin keinen wohlverdienten Ruhestand, und der Handwerker werkelt weiter, richtet sich im Keller einen Werkreum ein, betreut einen Kundenkreis, schafft im Hausgarten. Nur die Bequemen und die ewig Gestrigen, die geistig Trägen und emotionell Abgestumpften dösen dahin, diskutieren euf der Rentnerbank oder im Großvatersessel. Sie sind die ersten Kandidaten für den Schleganfall.

Der alternde Mensch darf nicht in die „psychische Isollerung" oder „reizarme Umgebung" geraten. Schon der römische Arzt Galen (172 n. Chr.) geb den Rat: „Tätigkeit ist das beste Naturheilmittel und für das Glück der Menschen unentbehrlich; man bleibt jung, wenn es noch gelingt, sich ein wertvolles Betätigungsfeld zu schaffen, sei es durch ein sogenanntes Steckenpferd oder durch eine Tätigkeit auf geistigem oder künstlerischem Gebiet." Die Jahre der Rentner sollen mit „Leben" gefüllt und nicht dem Leben ein paar Jehre engehängt werden, sagt RÜHLAND.

Wenn auch die moderne Medizin, die Biochemie und die Pharmazie die Lebenserwartung erheblich heraufgesetzt haben, so zerschleißt die Industriegesellschaft die Menschen. Das hektische Tempo, zuwenig und zu kurze Ruhepausen, kein erholsemer Urlaub, Bedrückungen aller Art, nicht eufhörende Ruhelosigkeit und eine geräuschempfindliche Wohnung stören des psycho-physische Gleichgewicht und verhindern die nötige Entspannung. An die Stelle der früheren Volksseuchen sind Verkehrs- und Betriebsunfälle getreten. Die Zahl der Schwersthirnbeschädigten steigt in die Hunderttausende, diejenige der Körperbehinderten steht in der Bundesrepublik an der Fünf-Millionen-Grenze.

Alte Menschen leiden unter den Nebenwirkungen einer Apoplexie oder eines Unfalls bedeutend mehr als junge. Wenn Hirnpartien beschädigt sind, können neben Halbseitenlähmungen seelisch-geistige Ausfallserscheinungen auftreten, und zwar eine Reduzierung der Denk- und Gedächtnisleistung, ein Nachlassen des psychischen Antriebs, mangelnde Konzentration, Leistungsschwäche, Sprachstörungen bis zum völligen Sprechverlust (Aphasie), Schreib-Lese-Störungen bis zur Leseunfähigkeit (Alexie), Schreibunfähigkeit (Agraphie) und Rechenunfähigkeit (Alkalkulie). In subjektiver Insuffizienz dämmern diese Schwersthirnbeschädigten dahin; sie werden durch Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit bis zur dumpfen Verzweiflung gepeinigt und allmählich wesensverändert.

Die Ratlosigkeit gegen die ständig zunehmende Zahl aphatisch geschädigter Hirnverletzter ist alarmierend. Wir müssen aber mit der Aphasie fertig werden, ob wir wollen oder nicht. In einer Zeit, wo die Chirurgie Transplantationen menschlicher Organe durchführt, wo die Elektronik Menschen auf den Mond schickt und sie wieder sicher zurückbringt, müßte die Notwendigkeit zur Aphasieforschung viel größere Beachtung finden. Nur die echte Teamarbeit zwischen Fachneurologen und Fachpädagogen kann eine wirkungsvolle Hilfe bringen; Arbeitstagungen im Alleingang sind sehr bedauerlich, ebenso die völlig unzureichenden Rehabilitationsmöglichkeiten für Frauen, die demselben Abnützungsverschleiß unterliegen wie Männer. Was die Laienpresse an neugeschaffenen Rehabilitationsmaßnahmen hinausposaunt, ist nur ein Tropfen auf einen heißen Stein; längst halten diese spärlichen Neugründungen nicht Schritt mit den Tausenden von Schwersthirngeschädigten, die die Wohlstandsgesellschaft alljährlich liefert. Die zuständigen Stellen stehen dieser Entwicklung mit Sorge gegenüber, ebenso dem katastrophelen Mangel an Fachpädegogen für Aphasietherapie.

Die neuere Hirnforschung hat die Erkenntnis der Neurologie und Logopädie bereichert. Insbesondere hat die Sprechheilpädegogik Methoden entwickelt, mit denen die seelisch-geistig Geschädigten restituiert und rehebiliert werden können, wenn sie rechtzeitig in fachpädegogische Sonderbehandlung gegeben werden. Bei jüngeren Hirnbeschädigten tritt nach dem Abklingen von Bewußtseinstrübungen in den meisten Fällen eine Spontanrestitution ein, wobei eine Sprachbereitschaft mit Sprachresten spürbar wird. Hier muß

sofort die fachpädagogische Sprachbehandlung beginnen. In den USA bemühen sich Volontärinnen, Studentinnen, künftige Sprachpathologistinnen bereits wenige Tage nach dem Krankheitsfall um die Petienten, beleben das geschädigte Mitteilungsbedürfnis, sammeln Sprachreste, verhindern ein Absinken in Lethergie und Apathie.

Ganz anders ist des Krankheitsbild bei älteren Patienten, die ohnehin dem biologischen Alternsprozeß eusgesetzt sind. Je nach der Lebensweise beginnt bei manchen Menschen die Schädigung der Gefäße relativ zeitig. Absonderungen des Blutes setzen sich en den Gefäßwänden fest, blockieren die Arterien und bilden Blutknoten, die eines Tages platzen und Blutungen zur Folge haben, so lehrt es die Innere Medizin. Tritt diese vaskuläre Schädigung im Gehirn ein, so verursacht sie den Schlaganfall.

Auswirkungen der Arteriosklerose

Die Ursachen der Arteriosklerose sind noch zu wenig bekannt. Wir kennen aber ihre Wirkung sehr gut. Zu den Hauptursechen gehören falsche Ernährung, mangelnde Körperbetätigung, zu hoher Blutdruck, eine Dauerbelastung durch nervöse Spannungen und die Erbveranlagung. Der Büromensch der Industriegesellschaft verliert das Bedürfnis zur körperlichen Betätigung. Alkohol und Nikotin erhöhen den Blutdruck; die ewige Hetze und das hektische Tempo führen zum dauernden Druck und zu Verkrampfungen, die der Organismus nicht erträgt. Liegt noch eine Erbveranlagung vor, so ist die Krankheitsbereitschaft eindeutig. Überarbeitung allein ist keineswegs bedrohlich, ebensowenig Genußmittel in mäßigen Grenzen; in kleinen Mengen sind sie sogar anregend und nützlich. Ein körperliches Übergewicht ist bei älteren Menschen schädlich. Die Vorboten eines Schlaganfalls sind Schwindel, Benommenheit, Vergeßlichkeit, Teilschwächen im Körper wie z. B. Krempf- oder Kitzelgefühl, Erröten im Gesicht, Schlafstörungen, zuweilen auch eine Wesensveränderung. Bei diesen Signalen sollte sofort ärztliche Hilfe einsetzen, ehe es zu spät ist.

Uns interessieren hier die seelisch-geistigen Ausfallserscheinungen, die bei einem Schlaganfall durch Blutungen im linken Temporallappen des Hirns auftreten. Syndrome führen zu schweren Schädigungen der dort befindlichen seelisch-geistigen Fähigkeiten, nicht selten zu deren Verlust. Die Praxis zeigt jedoch, daß eine Restituierung dieser geschädigten Fähigkeiten durchaus möglich ist. Der seelisch-geistigen Ausfallserscheinungen nach einer Apoplexie unterscheiden sich kaum von denen einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung durch Verkehrs- oder Betriebsunfälle.

Bei meiner über zwanzigjährigen Arbeit an Aphasikern in der Hirnverletztenklinik des Neurologischen Krankenhauses München habe ich die Erkenntnis gewonnen, daß selbst in den schwersten Fälien eine psychophysische Restituierung durch eine rechtzeitige fachpädagogische Behandlung möglich ist, wenn die Ver-

ESDESAN®

Neuro- und Kardiosedativum

Bei nervöser Unruhe und Erregungszuständen, vegetativ bedingten Herzbeschwerden, Angst- und Spannungszuständen, nervösen Schlafstörungen, vegetativen Dysregulationen, Hyperthyreosen.

Kontreindikationen: Keine

Hinweis: Esdesan-Dragéee beeinträchtigen bei höherer Dosierung und insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol die Fehrtüchtigkeit.

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

30 Dregéee DM 4,05
60 Dragées DM 5,55

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel) BayÄ

AGM AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE 1 BERLIN

letzten durch Früherfassung dieser Behandlung zugeführt werden. In meinen Veröffentlichungen habe ich immer wieder die Früherfassung gefordert und auf die verheerenden Folgen einer Vernachlässigung und Verschleppung hingewiesen. Eine berufliche Rehabilitation aphasisch betroffener Schwersthirnbeschädigter kann nur erfolgreich und dauerhaft sein, wenn genügend Voraussetzungen dafür bestehen, d. h. ausreichende Möglichkeiten zu ihrer seelisch-geistigen Restituierung durch vorgebildete Fachkräfte in neuzeitlich eingerichteten Behandlungszentren. Es kann nicht verantwortet werden, einen Aphasiker hilflos der Spontanrestitution zu überlassen oder ihm eine Restituierung durch Laienkräfte zuzumuten.

Die Gefahren der geistigen Untätigkeit

Bis zum Abklingen der akuten Erscheinungen des Krankheitsbildes vergehen wertvolle Wochen mit geistiger Untätigkeit, die zu einer Verödung und Abstumpfung führt. Wenn die Bewußtseinstrübungen endlich abgeklungen sind, stellt der Aphasiker mit Entsetzen fest, daß er nicht mehr sprechen kann oder Gesprochenes nicht mehr versteht. In den schweren Fällen einer optischen oder akustischen Agnosie kann er Geräusche und selbst einfachste Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfs nicht erkennen oder wiedererkennen; für ihn ist alles ausgelöscht, er kann nicht einmal seinen Namen sprechen, schreiben oder lesen (Alexie/Agraphie).

Wegen der häufigen Halbseitenlähmungen und der dadurch bedingten Untätigkeit treten noch andere Folgeerscheinungen hinzu, z. B. Beugekontrakturen auch in den gesunden Gliedmaßen, was zu einer Verwöhnung durch die Angehörigen bis zum Lehnstuhldasein führt.

Diese schweren Störungen der psycho-physischen Neutralität führen zur Wesensveränderung der Persönlichkeit. In den allerschwersten Fällen tritt ein Intelligenzrückgang ein, wie man mit Hawik- und Token-test nachweisen kann. Dieser bedenklichen Entwicklung muß durch eine sprachtherapeutische Früherfassung unbedingt Einhalt geboten werden, damit der Sozialkontakt nicht völlig verlorengeht. Wenn Schwersprachgeschädigte zu spät einer Sprachbehandlung zugeführt werden, verblassen Sprachbereitschaft, Wortvorstellungen, Wortklangerinnerungen, der motorische Sprechantrieb und das syntaktische Sprachgefühl. Die Betroffenen gewöhnen sich eine dysgrammatische Sprechweise an, inkohärente Störungen häufen Perseverationen, es schleichen sich klono-tonische Randstockungen ein, und der Sprachgeschädigte plagt sich unentwegt mit der Syntax ab, bis völlige Inkohärenz eintritt und er sich am Ende gegen jede Behandlung sperrt. Man muß den Kontakt mit den Angehörigen unterhalten, damit die häusliche Mithilfe sinnvoll geschieht und den Sprachgeschädigten nicht strapaziert und überfordert.

Der „Language Master"

Die Didaktik der Sprachsonderpädagogik und die bisherigen Lehr- und Lernmittel reichen für eine erfolgreiche Aphasietherapie nicht aus. Diese Erkenntnis und der große Mangel an pädagogisch vorgebildeten Fachkräften haben mich zur Entwicklung einer audiovisuellen Sprachlehrmethode veranlaßt. In meiner über zwanzigjährigen Arbeit habe ich erfahren, daß nur die Übungstherapie zu dauerhaften Erfolgen führt und daß man einen Aphasiker durch eine Sprechreiztherapie übungsfähig machen und emotionell ansprechen muß. Meine kombinierte Sprachheilmethode wendet sich zu gleicher Zeit an die noch intakten Perzeptionswege des Schwersprachgeschädigten, es kräftigt seinen Antrieb und sein wiedererwachtes Mitteilungsbedürfnis. Der Sprachübungsfilm entfacht Sprechreize und gibt die verlorengegangenen Begriffsvorstellungen wieder. Der von mir in der Bundesrepublik bekanntgemachte „Language Master", ein ausgezeichnetes, volltransistorisiertes Sprachübungsgerät, erweckt bei dem Kranken Wortklangerinnerungen; meine zu diesem Gerät verfaßten Tonkarten (bebildert, beschriftet und besprochen) geben ihm die abhandengekommene Sprachbereitschaft wieder und kräftigen sein syntaktisches Sprachgefühl, sie beleben die Kommunikationsbahnen. Generell gesagt, handelt es sich bei diesem Gerät um eine Spezialentwicklung eines Tonbandgerätes. Auf den Karten werden die Begriffe nicht nur als Buchstaben und Bild gezeigt, sondern können gleichzeitig über Kopfhörer als gesprochenes Wort empfangen werden. Ebenfalls kann der Patient selbst versuchen, das Wort zu artikulieren, und dieses wird dann auch auf dem Tonträger aufgezeichnet. Durch nochmaliges Abspielen der Karte kann der Patient also selbst kontrollieren, ob seine Aussprache richtig ist oder noch der Ergänzung bedarf. Für die amerikanische Version dieses Gerätes gibt es Hunderte von verschiedenen Karten, während der Verfasser dieses Manuskriptes ähnlich kombinierte Bild- und Tonkarten für den deutschen Sprachraum entwickelt.

An dem leicht handlichen und auch für halbseitig Gelähmte handhabbaren „Language Master", dem für die Angehörigen auch einfacher Bildungsgrade eine leichtfaßliche Gebrauchsanleitung beigefügt ist, kann durch fleißiges Üben mit den Sprachmustern der Sprachwiederaufbau beginnen. Diese Tonkarten sind ein Übungskurs zum Wiederaufbau und zur Festigung der Umgangs- und Verkehrssprache für den täglichen Gebrauch. Das Sprachübungsprogramm kräftigt das zumeist mitgeschädigte Gedächtnis und belebt gleichzeitig die abhandengekommene Allgemeinbildung.

Mit diesem Sprachprogramm habe ich den ersten Versuch einer programmierten Sprachheilbehandlung in die Sonderpädagogik eingeführt und auf dem Kölner Kongreß 1966 der neurologischen und pädagogischen Diskussion übergeben. Seitdem haben Hochschulen,

Wer, bitte, hat schon gerne Schnupfen?

Eine verstopfte Nase, ein verwünschtes Kribbeln, ungebärdiges Tropfen und ein dumpfes Druckgefühl in Nasenwurzel und Stirn schikanieren 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 Schneuzer, 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 antioedematös, 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
Chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen, Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden. Akute und chronische Gehörgangsentzündungen.

Kontraindikationen
Varizellen, spezifische Hautprozesse, 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-hydrochlorid 0,12mg,
Neomycinsulfat 0,10 mg,
Dexamethason-21-isonicotinat 0,02 mg

Originalpackung mit 9 g DM 10.45 ft. AT
Klinikpackung

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Institute, Kliniken, Krankenhäuser, Sprachembulanzen, Sonderschulen und Sprechheilschulen meine Lehrmittel angeschafft. Die Kostenträger für sprachgelähmte Patienten (Berufsgenossenschaften, Sozialhilfeverwaltungen bei den Bezirksregierungen, Versicherungsanstalten u. a. m.) setzten dieses nützliche Sprachübungsgerät mit den Tonkarten bei den Betroffenen zu häuslichen Übungen nach deren stationärer Behandlung mit gutem Erfolg ein.

Die Sprachlehrmethode mit dem „Language Master" kann ohne weiteres vom medizinischen Hilfspersonal und Leienkräften praktiziert werden; sie ist ein Ersatz für den noch fehlenden Fachpädagogen. Die ersten behandelten Aphasiker haben den „Language Master" und meine Tonkarten bereits zum anderweitigen Einsatz an ihre Kostenträger zurückgegeben, nachdem sie ihre Sprache wiedererlangt haben. Die Hirnverletztenklinik des Neurologischen Krankenhauses München ist die erste Fachklinik, die diesen Weg einer dem heutigen Stand der Forschung angepaßten Restitution Schwersprachgeschädigter beschritten hat. Freilich beansprucht die Regenerierung der betroffenen Hirnpartien und die Restituierung der seelisch-geistigen Fähigkeiten bei älteren Patienten eine längere Zeit. In ihrer neuesten Publikation „Die psychosozialen Faktoren und die Genesung bei geriatrischen Patienten mit schwerer Aphasie" veranschlagt Martha TAYLOR-SARNO die Behandlungsdauer für Patienten zwischen 65 und 80 Jahren auf 19 Monate. Während junge Aphasiker weitgehend restituiert werden, wenn sie durch Früherfassung rechtzeitig in fachpädagogische Behandlung kommen, wird dieser große Erfolg bei alten Patienten nicht erreicht; man muß sich mit Teilerfolgen zufriedengeben und mit einer längeren Behandlungsdauer rechnen. Martha Taylor verwies auf VIGNOLO, wonach schon viel verpaßt ist, wenn die logopädische Behandlung erst nach zwei Monaten beginnt. Nach LENNEBERG bestehen keine Erfolgsaussichten, wenn die Behandlung nach fünf Monaten einsetzt. Das Einbeziehen des Aphasikers in den altgewohnten Alltag spielt eine wichtige Rolle. Nichts hält seine Restituierung nachteiliger auf als zu langes Bettliegen oder das Sitzen im Rollstuhl.

Ich besuchte die Special Education for Speech Defective am Newark State College in Union/New Jersey, wohnte der Behandlung bei und besichtigte die Lehr- und Lernmittel für Schwerstsprach- und Hörgeschädigte. Den ganzen Tag über werden Aphasiker mit Ihnen beschäftigt, fast zuviel; aber Martha Taylor will dadurch ein Abgleiten des Kranken in Apathie, Lethargie und Wesensveränderung verhindern. Eine Wesensveränderung bei Hirngeschädigten ist mehr als nur eine „Verhaltensstörung" labiler Menschen, sie ist ein tiefer Eingriff in den Persönlichkeitswert, der verhindert werden kann.

Bei den logopädischen Untersuchungen in den USA werden viele Tests angewandt und bei der Restituierung eine Reihe moderner Methoden praktiziert, die nach den Bildungs- und Berufsunterschieden der Patienten variieren. Es werden sowohl programmierte als auch nichtprogrammierte Methoden angewandt, um die älteren Patienten möglichst individuell zu behandeln. Eine Restituierung ist bis zu 50% möglich, wenn die Behandlung auf fünf Jahre ausgedehnt wird und die entsprechenden Medikemente durch den Facharzt verabfolgt werden. Der erfreulich hohe Prozentsetz wird erreicht, wenn in diesem Zeitraum eine Umerziehung der älteren Patienten gelingt.

Freilich ist eine Behandlungsdauer von fünf Jahren stationär keum möglich und nur begüterten Patienten zugänglich; Fachpädagogen für Aphasietherapie zur Privatbehandlung fehlen. Einen hochwertigen Ersatz ohne fremde Hilfe bieten jedoch die täglichen Sprachübungen em „Language Master". Sie verhindern ein Abgleiten in Stumpfsinn und Verzagtheit, sie fördern den psychischen Antrieb und dynamische Auftriebskräfte, die ohne diese Eigenhilfe verkümmern. Außerdem werden bei der amnestischen Aphasie, von der insbesondere ältere Patienten betroffen sind, die Vergeßlichkeit reduziert, die Schwerbesinnlichkeit verringert, die Erinnerung belebt, das Gedächtnis und die Merkfähigkeit gekräftigt. Die Sprachmuster meines Übungsprogramms sollen dem Patienten den Wiedererwerb des Alltagssprachbedarfs erleichtern. An den Therapeuten und den Angehörigen wird es liegen, ihn an die sinnvolle Anwendung der erlernten Sprachmuster allmählich zu erziehen.

Vielseitige Sprechübungen

Bei unserer Umerziehung der älteren Patienten, die viel Umsicht und Geduld beansprucht, begrenzen wir die Restituierung zunächst auf den Alltegssprachbedarf. Schon der Behandlungsraum spiegelt den Alltag der Patienten wider. An schmalen Wandbrettern sehen

RECORSAN®

RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor; nervös., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2 g, -Valerian. 1,7 g, Tinct. Conval. 0,8 g, -Castor. 0,6 g, Camph. 1,0 g, Menthol. 0,5 g, Nicotin. 0,155 g. · OP 30 g DM 4,50

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

und betasten sie Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfs, deren Namen daneben gedruckt sind. Es schließen Übungen mit den Bild-Wort-Karten vom Lese-Lotto an. Die Patienten ordnen die gedruckten Worttäfelchen zu den adäquaten Bildtäfelchen. Durch „Vom-Munde-Ablesen" wird vor- und nachgesprochen. Es folgt das Reihensprechen, das Zählen an Rechenkugeln, das Nachsprechen bekannter Sprichworte. So wird versucht, dem Aphasiker schnellstens ein sprachliches Rüstzeug zu vermitteln, mit dem er seinen Alltag bewältigt.

Nach diesen zehn Minuten sprachlicher Vorübungen setzt die systematische Sprachbehandlung mit der Sprechreiztherapie ein, erst einzeln, dann in kleinen Gruppen. Es wird lautiert, vokalisiert, phonetische Lautbildung geübt, beginnend mit den Lippenlauten. Planmäßig wird in den Artikulationszonen artikuliert, auf Refrains bekannter Volkslieder moduliert.

Diese rhythmisch-dynamischen Übungen kräftigen die zumeist zu geringe Innervation der Artikulationsmuskulatur, regulieren die zu flache Sprechatmung und fördern die Angleichung der Artikulation an die Artikulationsbasis, was besonders bei der Dysarthrie nötig ist.

Die Behandlung einer motorischen Aphasie ist relativ einfach. Weit schwieriger ist diejenige einer sensorisch-amnestischen Aphasie oder einer akustischen Agnosie, die bei älteren Patienten häufig auftritt. Die von ihnen gesprochenen Worte sind inhaltlos; die Begriffsvorstellung ist bei der Apoplexie abhanden gekommen, vor allem die Verben. Sie müssen wiedererworben werden. Hierfür ist der Sprachübungsfilm unerläßlich.

Etymologisch beansprucht die Erarbeitung des Verbums eine weit größere Geistesarbeit als diejenige das Substantiv statisch. Vom Verbum geht eine ord- Form ist rhythmisch-dynamisch, fließend, lebendig; das Substantiv statisch. Vom Verbum geht eine ordnende Kraft aus, es bestimmt die Stellung der Satzteile, es ist der Motor der Sprache. Diese ordnende Kraft muß zum Sprachwiederaufbau sinnvoll und anschaulich eingesetzt werden. Kein anderes Lehrmittel ist dafür besser geeignet als der Sprachübungs-Stummfilm. Er wird in möglichst jeder Behandlungsstunde zehn Minuten lang eingesetzt. Es muß nicht immer der ganze Kurzfilm gezeigt werden, ein Ausschnitt genügt. In der anschließenden Tafelarbeit wird er ausgewertet durch die Erarbeitung von zwei oder drei neuen Verben, die im „Sinnwandel des Zeitworts" sprachlich variiert werden. Es folgt die Nutzanwendung am Lesekasten oder — wenn schon möglich — im Lesebuch (z. B. „Die fröhliche Lesestunde", Bayerischer Schulbuch-Verlag, München). Zum Schluß werden die neu erarbeiteten Sätze vom Tafelbild abgeschrieben. Den Abschluß einer Behandlung von 30 bis 40 Minuten Dauer bildet das Singen bekannter Volkslieder.

UNRUHE

NERVO·OPT®

DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:
Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. glucanic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

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

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

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

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

HANDELSFORM UND PREIS:
OP zu 50 Dragées DM 3,60 m. MWSt.

Verschreibungspflichtig

DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Schreiben und Lesen lernen

Bei einer Aphasie besteht zumeist eine Hemiplegie der rechten Körperhälfte, durch die die Schreibfähigkeit der rechten Hand aufgehoben ist. Deshalb muß das Schreiben auf die linke Hend verlagert werden, was auch bei älteren Patienten durchaus erfolgreich praktiziert wird. Geeignete Vorlagen dafür sind in den Schreibwarengeschäften zu haben (z. B. Brause-Übungshefte). Manche Linkshänder schreiben von Anbeginn genau so flott links wie Rechtshänder rechts. Durch fleißiges Üben wird also die Agraphie bald überwunden.

Ebenso wird die Leseunfähigkeit (Alexie) sogleich mit behandelt. Es geschieht am erfolgreichsten durch die Sprechübungen am „Language Master". Durch tägliche Übungen am Gerät prägen sich die Sprachmuster des Sprachübungsprogramms dem wiedererwechenden Gedächtnis ein, bringen Wortvorstellungen in Erinnerung und kräftigen die geschädigte Merkfähigkeit für Buchstaben, Lautverbindungen, Worte und Sätze. Das Leselotto von KUHLEMANN, Göppingen, das Bunte Bilder-ABC vom Brockhaus-Verlag, Wiesbaden, und der Lesekasten von der Lehrmittelenstalt Köster, München-Harlaching, leisten wertvolle Hilfe.

Sobald durch diesen Vorkurs ein kleiner Wortschatz erarbeitet ist, wird der „Lenguage Master" mit den Tonkarten und Sprechmustern aus meinem Sprachübungsprogramm planvoll angesetzt. Das Gerät wird dem Patienten auf sein Zimmer gestellt, er übt nachmittags eine Stunde lang allein. Ab und zu übt eine Praktikantin mit ihm nach den methodischen Anweisungen.

Inzwischen wird von der Klinik der „Language Master" mit meinem Sprachübungsprogramm und den (in Sprecheinheiten nach Ruge aufgegliederten) Anschauungswandbildern „Bahnhof", „Post", „Hausbau", „Feuerwehr" der Lehrmittelanstalt Köster, 8000 München 90, Harthauser Straße 117, beim zuständigen Kostenträger laut § 39 des BSHG als Eingliederungshilfe beantragt, so daß der Patient nach der stationären Entlassung sogleich zu Hause tägliche Sprachübungen am „Language Master" betreiben kann. Wir haben uns in Hausbesuchen bei Münchner Patienten persönlich überzeugen können, wie gewissenhaft und erfolgreich diese Patienten daheim üben. In den meisten Fällen erscheinen die Patienten nach einem Jahr zur Wiederholungskur, wir lehnen keinen „aussichtslosen" Fall ab.

Entscheidend für alle Therapie ist das heilpädagogische Behandlungsprinzip der Umerziehung des alternden Patienten, der durch Einsemkeit, Alterserscheinungen, den Verlassenheitskomplex und andere „Bitterkeiten" zu Altersstarrsinn, Alterstrotz, Rechthaberei und Nörgelei neigt. Durch Beschäftigungstherapie, Spiel, Gesang, leichte Arbeit und Vorleseabende mit anregenden Gesprächen muß sein verhärtetes Gemüt aufgelockert, zum Mitschwingen und zur Rückführung in die Gemeinschaft gebracht werden, wobei ein gesunder Humor der Therapie einen heilerzieherischen Glanz verleiht.

Nach LEHR und SCHMITZ-SCHERZER zeigten z. B. ältere Bahnbeamte beim Fehrplanlesen bessere Leistungen als jüngere. Man neigt zu der Auffassung, daß Ältere langsamer, jedoch genauer arbeiten, Jüngere schneller, aber mit mehr Fehlern. Bei Älteren ist die Ursache von Unfällen eine verzögerte Wahrnehmung der gefahrbringenden Situation, bei Jüngeren mangelnde Vorsicht oder „Risikofreudigkeit". Die Pensionierung muß kein Störfaktor sein. Was vielfach bei Älteren als Abnahme der intellektuellen und psychomotorischen Leistungsfähigkeit angesehen wird, ist in Wirklichkeit eine qualitative Umstrukturierung ihrer Arbeitsweise.

Den Angehörigen wird durch ihr schwerkrankes Familienoberhaupt oder dessen Ehefrau eine schwere Bürde auferlegt, die sie sinnvoll verkraften müssen. Der alternde Aphasiker sollte nicht im Großvatersessel isoliert oder gar im Rollstuhl verhätschelt und gepäppelt werden, sondern als vollwertiges Mitglied in der Gemeinschaft weiterleben und geistig angeregt werden. Dazu gehören die täglichen Sprachübungen am „Language Master". Eisenhower und Churchill haben im hohen Alter ihre Aphasie überwunden, warum sollten es unsere Arbeitsveteranen nicht auch? Ihre Verdrießlichkeit, Grießgrämigkeit und Weinerlichkeit muß abgebaut und der Frohsinn gefördert werden. Man ermutigt immer wieder den Kranken und kritisiert keine Fehlleistung. Eine gute Familienatmosphäre wirkt wohltuend; auf keinen Fell darf die Familie einen gedrückten Einfluß ausüben. Man sollte mit dem Kranken besonders engen Kontakt halten und ihn auch mit Gesellschaftsspielen unterhalten, z. B. Dame, Mühle oder Halma u. ä. Schlechte Nachrichten sind fernzuhalten. Der Kranke soll sein Leben unter anderen Verhältnissen weiterführen. Durch die Früherfassung werden Komplikationen abgefangen und der Anpassungsprozeß schneller vollzogen. Natürlich dürfen nicht sämtliche Anverwandte an dem Kranken herumexperimentieren und mehr verderben als nützen. Eine echte Mithilfe kann nur unter der Anleitung des erfahrenen Therapeuten und durch das tägliche Üben am „Language Master" erfolgen. Die Lebenserwartung wird durch den Schlaganfall bei rechtzeitiger psycho-physischer Behandlung kaum beeinträchtigt, er ist eine Krankheit wie jede andere, sagt das Forscherehepaar SARNO-TAYLOR.

Man sollte vermeiden, von „aussichtslosen" Fällen zu sprechen oder sie gar abzulehnen. Das Maß der Bemühungen um sie bestimmt einzig und allein das Berufsethos.

Literatur beim Verfasser.

Anschr. d. Verf.: Helmut R u g e , Fachpädagoge für Aphasietherapie, Realschul- und Sonderschul-Rektor a. D., 8000 München 21, Rushalmer Straße 11

Analgesie in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese, bei Schmerzen im Verlauf fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β-benzilsäureaethylester)-ammoniumbromid	4-Acetylemino-phenol	Amoberbital	Codein-phosphat	Cottein
Tabletten	20 mg	400 mg	30 mg	10 mg	50 mg
Suppositorien f. Erwachsene	20 mg	400 mg	30 mg	20 mg	50 mg
Suppositorien f. Kinder	10 mg	200 mg	30 mg	5 mg	2,5 mg

Kontreindikationen:

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

Besondere Hinweise:

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

Dosierung und Anwendungsweise siehe Packungsprospekt

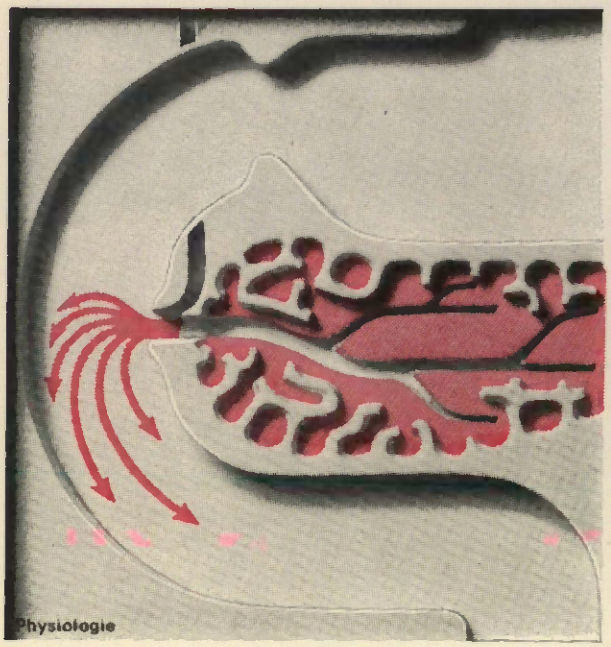
Packungen	lt. A. T.
Tabletten:	
10 Stück	DM 2,35
20 Stück	DM 3,80
Suppositorien für Erwachsene:	
5 Stück	DM 2,95
10 Stück	DM 5,10
Suppositorien für Kinder:	
5 Stück	DM 2,40
10 Stück	DM 4,20
Suppositorien für Säuglinge:	
5 Stück	DM 1,95
Klinikpackungen	

Boehringer Ingelheim

1a/73

fermento duodenal

wirkt in Minuten statt in Stunden



am Wirkort der Fermente

FERMENTO DUODENAL erfüllt drei wichtige Forderungen in der Ferment-Therapie

1. Die Spezial-Kapsel schützt die hochwertigen Fermente während der Magen-Passage

2. Die Spezial-Kapsel setzt die Fermente am Wirkort minutenschnell frei

3. Die Spezial-Kapsel sichert eine hohe Ferment-Aktivität im Fett-Resorptionsbereich

Die Verdauungs-Leistung setzt also rasch und kraftvoll ein

fermento duodenal mit kraftvoller Digestiver Potenz

Digestive Potenz

Zusammensetzung: 1 Kapsel FERMENTO DUODENAL enthält:
400 mg Pankreas-Fermente (Lipase, Amylase, Proteasen) 40 mg Dimethylpolysiloxan (aktiviert)
Dosierung: Während oder nach den Hauptmahlzeiten 1 Kapsel unzerkaut, eventuell mit etwas Flüssigkeit, einnehmen
Handelsform: Packung zu 50 Kapseln · **Preis:** DM 14.70 · **Kostan pro Tagesdosis:** DM 0.59
Indikation: Ungenügende Verdauungsleistungen, besonders bei Pankreas-Ferment-Mangel (pathologisch und altersbedingt) · **Kontraindikationen:** keine

Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim/Rheinland

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

50. Fortbildungstagung vom 31. Mai bis 3. Juni 1973

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: **„Aktuelle Neurologie"**

Privatdozent Dr. G. NEUHÄUSER, Erlangen:

„Störungen der motorischen Entwicklung bei frühkindlichen Hirnschädigungen und ihre Behandlung"

Motorische Reaktionen gehören zu den elementaren Lebensäußerungen bereits während der Fötalzeit. Hierbei lassen sich bereits beim acht bis zehn Wochen alten Keimling auf Reizung der Gesichtshaut reflektorische Rumpfstreckungen nachweisen. Während des ersten Lebensjahres werden dann reflektorische, komplexe Bewegungsfolgen zunehmend differenziert, primitive Reaktionen verschwinden. Die motorische Entwicklung erfolgt dabei zunächst regelrecht stürmisch und ist als wesentliche Voraussetzung für die Entfaltung kognitiver und intellektueller Fähigkeiten anzusehen. Die motorische Entwicklung erfolgt nicht in Stufen, sondern in vielfach sich überschneidenden Ebenen, somit sind die tabellarisch angegebenen „Meilensteine" der statomotorischen und geistigen Entwicklung nur bedingt verwertbar.

Durch den Nachweis von Bewegungs- und Sprachstörungen kann auf das Vorliegen einer sogenannten frühkindlichen Hirnschädigung geschlossen werden (klinisches Syndrom, für das Ursachen aus der Vorgeschichte bekannt sind und bei dem bestimmte Verhaltensauffälligkeiten, neurologische und psychologische Befunde beschrieben werden).

Mit der Diagnose „Spätentwickler" sollte man vorsichtig sein, denn die Retardierung der statomotorischen Entwicklung ist nicht selten erstes Anzeichen einer beginnenden Bewegungsstörung, einer geistigen Behinderung, einer Beeinträchtigung von Sinnesorganen oder von degenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Nach dem Verhalten des Muskeltonus und durch Beurteilung der auftretenden Bewegungsabläufe sind verschiedene Formen zerebraler Bewegungsstörungen zu unterscheiden: spastische und hypotone, choreoathetotische, ataktische oder dystone Formen. Häufig finden sich hierbei Mischformen. Ursache der Bewegungsstörungen sind Läsionen im Bereich der motorischen Zentren und Bahnen, wobei eine Lokaldiagnose aufgrund neurologischer Befunde bei Kindern sehr schwierig zu stellen ist. Nicht selten sind Bewegungsstörungen mit anderen Behinderungen kombiniert: zerebrale Anfälle, Intelligenzminderung, Seh- und Hörstörungen, Sprachschwierigkeiten, Perzeptionsstörungen. Da für den Erwerb der Sprache eine intakte Afferenz Bedingung ist, muß bei jedem sprachgestörten Kind eine Hörprüfung durchgeführt werden!

Die Behandlung motorischer Störungen ist Hauptaufgabe der Physiotherapie: über Vermittlung von sensomotorischen Erfahrungen werden Bewegungen verändert oder neu „gebahnt" (Behandlungsmethoden nach BOBATH, KABAT und VOJTA). Entscheidend für die krankengymnastische Behandlung ist zweifellos, daß sie konsequent und regelmäßig nach einem genau festgelegten Plan durchgeführt wird.

Bei der beschäftigungstherapeutischen Betreuung von Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen wird besonderer Wert gelegt auf das Üben der Handfertigkeit, den Erwerb manueller Fähigkeit. Die Behandlung muß dem Kinde Freude bereiten und darf nicht als Training empfunden werden (Vermittlung von Erfolgserlebnissen!). Schulung der Perzeption durch Formbretter, Lottospiele, Puzzles bildet einen wichtigen Bestandteil der Therapie des hirngeschädigten Kindes. Ziel ist es, eine möglichst weitgehende Selbständigkeit für die täglichen Notwendigkeiten zu erreichen und den Schulbesuch vorzubereiten.

Hand in Hand mit Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie vollzieht sich die logopädische Behandlung bei Sprachstörungen verschiedener Ausprägung. Medikamente können dem bewegungsgestörten Kind nur wenig Hilfe bringen, die Rolle der Psychopharmaka beschränkt sich auf „Hilfsdienste": Anregen, wo Antrieb fehlt, oder dämpfen, wo Übererregbarkeit mit vermehrter Unruhe die Förderungsbemühungen stört.

Professor Dr. H. HEYCK, Berlin:

„Migräne, Differentialdiagnose und moderne Behandlung im Anfall und im Intervall"

Sechs Prozent der Erwachsenen bis zum 50. Lebensjahr und ca. drei Prozent aller Kinder im Schulalter leiden an Migräne. Sie ist ein ausgesprochenes Erbleiden mit anscheinend autosomal-dominantem, vermutlich multifaktoriellem Erbgang. Das Leiden beruht auf einer permanenten zentralzephalen Übererregbarkeit. Die Schmerzen entstehen aufgrund der Veränderungen an den Gefäßen, und zwar vorwiegend extrakraniell, sehr wahrscheinlich auch im Gebiet der Meningen. Im wesentlichen spielen sich die Vorgänge im Bereich der Carotis externa ab, gelegentlich aber auch an den Nierengefäßen (Polyurie!). Im ausgeprägten Anfall beobachtet man Gesichtsblässe, eingefallene Gesichtszüge, matte Kornea, oft vermehrte Pulsationen der

®Adelphan-Esidrix

bei allen Formen und nahezu allen Stadien primärer und sekundärer Hypertonie

®Elfanex

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige Koronarsklerose.

Dosierung

Behandlungsbeginn im allgemeinen mit 2–3mal täglich 1 Tablette. Zur Dauerbehandlung genügen gewöhnlich 1–2mal täglich 1 Tablette.

Zu beachten

Während der Behandlung mit ADELPHAN-ESIDRIX kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.
Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.
Lassen Zweiterkrankungen oder Zweitmedikationen eine vermehrte Kaliumausscheidung vermuten, wird die Verwendung von ELFANEX empfohlen.
Bei stärkeren Kaliummangelzuständen ist eine medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise

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

Elfanex

Zusammensetzung

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige Koronarsklerose.

Dosierung

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

Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.
Bei Patienten mit latentem 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

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

4732

Arteriae temporales. Es besteht offensichtlich während des gesamten Anfalles eine kapilläre Blutleere einerseits und andererseits eine vermehrte Durchströmung der größeren Gefäßäste (hämodynamische Kurzschlüsse infolge Eröffnung arterio-venöser Shunts!). Diese Dysregulation der Gefäße wird wahrscheinlich direkt neural gesteuert, der Beweis hierfür konnte jedoch noch nicht erbracht werden. Zum anderen kommen pathogenetisch biochemische Milieuänderungen in Betracht (Serotonin, andere Amine sowie Polypeptide?).

Der Stellenwert der psychischen Faktoren wird oft falsch eingesetzt. Nur in einzelnen Fällen haben Emotionen wie Angst, Erwartungsspannung, freudige Erregung ein psychopathologisches Gewicht.

Ziel der Migränebehandlung muß es sein, das Auftreten von Anfällen zu verhindern oder ihre Häufigkeit zu reduzieren. Mittel der Wahl in der Anfallsbehandlung sind ergotaminhaltige Präparate. Das älteste Präparat ist hierbei die einfache Kombination von Ergotamintartrat mit Coffein (Cafergot®). Nebenwirkungsärmer sind Cafergot-PB® und Avamigran®. Noch geringere Nebenwirkungen weist das Präparat Migrexa® auf (insbesondere kaum Müdigkeit!). Bei allen ergotaminhaltigen Präparaten sind jedoch die vorgeschriebenen Dosierungsbegrenzungen und Kontraindikationen streng zu beachten. Wegen Kumulierung der Ergotaminwirkung dürfen sie auf keinen Fall zur Dauerbehandlung herangezogen werden.

Zur Kurbehandlung (Prophylaxe oder Langzeittherapie) bewähren sich noch immer die hydrierten Mutterkornalkaloide (Dihydergot®, Hydergin®). Hierbei bewährt sich die Gabe von Dihydergot bei Hypotonikern und die von Hydergin bei Normo- und Hypertonikern. Die Kurbehandlung sollte einen Zeitraum von drei Monaten nicht unterschreiten. Bei langjährig invertierten Migränen, menstruellen, klimakterischen und postklimakterischen Migränen bringt häufig die Behandlung mit Methysergid (Deseril retard®) den gewünschten Erfolg (jedoch vorsichtig einschleichende Behandlung!). Zu beachten sind zudem die zahlreichen Nebenerscheinungen und Kontraindikationen. Nach spätestens sechs Monaten muß eine Behandlungsunterbrechung (langsames Ausschleichen!) von mindestens sechs Wochen eingeschaltet werden (Gefahr der retroperitonealen Fibrose!).

Das nicht hypnogene Barbiturat Axeen® ist völlig nebenwirkungsfrei und eignet sich daher besonders zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Abzulehnen ist die kontinuierliche Verabreichung von Ergo-Lonarid (Gefahr der sogenannten Phenazetinniere und Hepatopathie durch die Phenazetinabbaustufe Paracetamol). Hormone haben in der Behandlung der Migräne bisher keinen gesicherten Platz gefunden. Die oft verordneten Ovulationshemmer sind mehrheitlich einflußlos, zuweilen lösen sie sogar die Migräne erst aus oder verschlimmern sie eindeutig.

Professor Dr. K. KOHLMEYER, Gießen:

„Schlaganfälle, Systematik, Diagnostik und Therapie"

In der Todesursachenstatistik der BRD nehmen zerebrovaskuläre Erkrankungen nach Herzinfarkten und bösartigen Tumoren die dritte Stelle ein. Mit 85% dominieren Krankheitsbilder im Versorgungsgebiet der beiden Karotiden, die vertebro-basilären Zirkulationsstörungen finden sich in 15% der Fälle.

Unter den lokalen Zirkulationsstörungen in den Großhirnhemisphären beherrschen die ischämisch bedingten Schlaganfälle mit 80% das klinische Bild, die intrazerebralen Massen- und anderen intrakraniellen Blutungen treten mit 20% weit zurück.

Verschlüsse, im Halsteil der Arteria carotis interna, im Mediastamm und in den Mediaästen weisen mit je etwa 30% eine gleichgroße Häufigkeit auf. Bei Halsteilverschlüssen der Arteria carotis interna überwiegt in der Symptomatik eine motorische Aphasie, eine Dysgraphie, hingegen kommen Hemiparesen und -plegien und Hemianopsien relativ selten vor. Bei Mediastammverschlüssen überwiegen die totalen Aphasien, Apraxien im Mund- und Gesichtsbereich, Hemiplegien und -paresen und Hemianopsien. Bei vorderen Mediaastverschlüssen besteht immer eine motorische Aphasie, eine Dysgraphie, eine Apraxie im Gesichts- und Mundbereich und fast immer eine sehr ausgeprägte motorische Halbseitenstörung. Parieto-angulare Astverschlüsse führen immer zu einer amnestischen Aphasie, zu schweren Paraphasien, zu Apraxien jeder Art, zu Hemianopsien, jedoch selten zu motorischen Halbseitenstörungen. Der Ausfall der temporalen Mediaastgefäße zieht immer wieder eine vorwiegend sensorische Aphasie, eine ausgeprägte Apraxie und eine homonyme Hemianopsie nach sich.

Die Massenblutung geht mit akut bzw. perakut einsetzender Hemiplegie und sofort sich anschließender Bewußtseinsstörung einher. Die Diagnostik lokaler Blutungen, z. B. in der inneren Kapsel (parietal oder temporal gelegen), wird immer schwieriger sein. Man kann sich hier zur Faustregel machen, daß, wenn eines der oben genannten typischen Gefäßverschlußsyndrome durch ein nicht dazugehörendes Symptom ergänzt wird, man an eine abgekapselte, lokale Blutung denken sollte.

Bei der konservativen Behandlung ist zunächst die Allgemeinsituation zu beachten (Herz und Blutdruck!). Da der gesteigerte intrakranielle Druck mit seinen Auswirkungen auf den Hirnstamm und das Mittelhirn eine vitale Gefährdung ausmacht, ist die antiödematöse Behandlung bei Hirnarterienverschlüssen im akuten Stadium erstes Gebot, und zwar um so vordringlicher und intensiver je mehr sich das Bild dem des Masseninfarktes annähert (rasche Infusion von Sorbit und Mannit, Verabfolgung von Lasix, Aldactone und Dexamethason). Kann eine Blutung mit Sicherheit ausgeschlossen werden, sollte hierauf eine Infusionsbehandlung mit niedermolekularen Dextranen folgen (Steigerung der Hirndurchblutung global und im Ischämiefokus). Die grundsätzliche Ablehnung einer zerebralen Vasodilatantientherapie ist nicht mehr gerechtfertigt.

Professor Dr. P. A. FISCHER, Frankfurt:

„Perkinsonismus, Möglichkeiten und Grenzen der modernen medikamentösen und physikalischen Behandlung in Klinik und Praxis"

Moderne Kenntnisse über zerebrale Stoffwechselvorgänge haben in den letzten Jahren neue therapeutische Wege eröffnet (in der BRD schätzungsweise 150000 behandlungsbedürftige Parkinsonkranke!). Das voll ausgebildete Syndrom ist gekennzeichnet durch das gleichzeitige Vorkommen der Kardinalsymptome Akinese, Rigor, Tremor und Bradyphrenie. Schwierigkeiten in der Krankheitserkennung machen jedoch beginnende Parkinsonsyndrome und die monosympto-

ferro - B_{12} - EHRL

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15γ Vitamin B^{12}
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees
DM 3,90
O.P. zu 50 Dragees
DM 6,40

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

EHRL & CO., Arzneimittel KG,
8 München 66

matischen akinetischen Formen (hierbei häufige Fehldiagnosen: „WS-Syndrom und Rheumatismus"). Dem Parkinsonsyndrom liegt ein wohl definierter biochemischer Defekt zugrunde (Störung der Katecholaminsynthese durch Mangel bzw. Insuffizienz der Tyrosinhydroxylase, die die Umwandlung von Tyrosin in Dopa bewirkt), wobei es im Bereich der Stammganglien zu einer erheblichen Verarmung an Dopamin (Neurotransmitter) und auch zu einer solchen von Noradrenalin und Serotonin kommt. Hierdurch kommt es zur Störung des funktionellen Gleichgewichtes zwischen Dopamin und Azetylcholin.

Erst durch die Möglichkeit einer peroralen Verabreichung von L-Dopa konnte eine suffiziente Substitutionsdauerbehandlung durchgeführt werden. Bei dieser Behandlung muß man mit sehr niedriger Dosierung beginnen, z. B. 125 mg zu Beginn, mit täglicher Steigerung um diese Menge bis zum Auftreten positiver Effekte bzw. von Nebenwirkungen. Hierbei ist es möglich, während der ersten vier Wochen die Dosierung weitgehend konstant zu halten (3 bis 4 g/die). Später wird die Dosisstreuung durch Individualunterschiede in den Nebenwirkungen größer. Besonders eindrucksvoll ist die Besserung der Akinese, die den früheren Behandlungsverfahren nicht zugänglich war. Aber euch der Tremor und die Bradyphrenie zeigen eine deutliche Besserung. Hierbei geht die Besserung der oft vorhandenen depressiven Stimmungslage nicht parallel mit der der neurologischen Krankheitserscheinungen.

70% der Krankheitsfälle in einem unausgewählten Krankengut sprechen auf eine alleinige L-Dopa-Behandlung an, hiervon ist das Ausmaß der Symptombesserung zu differenzieren, das bei 50% liegt. Stereotaktisch voroperierte Patienten weisen ein geringeres Ansprechen euf L-Dopa auf.

Die Nebenwirkungen haben ihren Grund in einer übermäßigen Anreicherung von Dopamin in extrazebralen Organen oder im Gehirn selbst. Hierbei zeigen die gastrointestinalen und kardiovaskulären Nebenwirkungen eine enge Beziehung zur Dosishöhe. Die Überladung des Gehirns mit Dopamin führt zu verschiedenartigen Hyperkinesen mit einem Häufigkeitsgipfel zur Zeit der höchsten Dosierung und einem weiteren bei bereits erfolgter Dosisreduzierung (Zeitfaktor!). Hierbei lassen sich z. B. die sehr schmerzhaften Verkrampfungen der Beinmuskulatur durch eine Dosisreduktion beseitigen.

Die Ersteinstellung eines Patienten mit L-Dopa sollte grundsätzlich in Spezialabteilungen oder durch den Facharzt erfolgen. Die Indikationsstellung ist jedes Parkinsonsyndrom. Die Schwere der Parkinsonsymptome ist nicht maßgeblich für die Indikationsstellung. Die Behandlung mit L-Dopa ist lediglich kontraindiziert bei Patienten mit Desorientiertheit euf dem Boden einer Arterioskierose, da es hier sehr häufig zum Auftreten von schweren exogenen Psychosen kommt.

Neo-Tetravitol®
Breitgefächerte Vitamintherapie
Vitamine für 30 Tage in 1 Tube

Breitgefächerte Indikation:
Erhöhter Viteminbedarf, z. B. während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Wachetum, durch einseitige Ernährung, Infektionen oder Antibiotikatherapie.

Rationelle Vitamintherapie:
Vitemine für 1 Teg in 1 Teelöffel = DM 0,26

Niedrige Behandlungskosten:
Vitemine für 30 Tege in 1 Tube = DM 7,85

Kontraindiketionen und Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt

Zusammeneetzung: In 5 ml (1 Teelöffel): 2000 I.E. Vitemin A, 1,0 mg Vitemin-B_1-chloridhydrochlorid, 1,0 mg Vitemin-B_2-5'phosphet-Natrium, 0,8 mg Vitamin-B_6-hydrochlorid, 8,0 mg Nicotinsäureamid, 50 mg Vitemin C, 400 I.E. Vitemin D_3, 2,5 mg Vitamin-E-ecetet.

Handelsform: Multiviteminkonzentret in Geleeform Tube zu 150 ml

EIN NICHOLAS ARZNEIMITTEL 2/73

Professor Dr. F. ERBSLÖH, Gießen:

„Die körperliche Untersuchung des bewußtlosen Patienten"

Bewußtseinsstörungen beeinträchtigen die Aktionsfähigkeit des Menschen, Bewußtlosigkeit hebt sie auf, der bewußtlose Patient ist hilflos und dadurch von außen, von seiner Umwelt her, gefährdet (Hinstürzen, Strangulation und andere Formen der Erstickung). Gefährlicher für diese Patienten sind die sogenannten vegetativ-vitalen Gefährdungen durch Komplikationen von seiten der Atmung, des Kreislaufes (Schock, Kollaps), von Stoffwechselkrisen. Die größte Gefährdung geht jedoch von der zur Bewußtlosigkeit führenden Krankheit selber aus.

Die Beseitigung einer Gefährdung von außen her ist vorwiegend eine Sache der Ersten Hilfe. Die Erstuntersuchung am Krankenbett muß gesamtkörperlich sein unter Einschluß aller einfach durchführbaren internistischen und neurologischen Untersuchungsmethoden.

Bewußtlosigkeit ist ein Symptom des Hirnstammes. Hierbei sind die plötzlich eintretenden, paroxysmalen Bewußtseinsstörungen (z. B. Ohnmachten und ähnliche kardiovaskuläre Störungen, bei großen zerebralen Krampfanfällen) von den sich langsam entwickelnden (sogenanntes stilles Koma) zu unterscheiden (hierbei verschiedene Phasen der Bewußtseinsstörung: Somnolenz, Präkoma, komplettes Koma, tiefes Koma mit vegetativen Ausfällen, dissoziierter Hirntod). Wichtig für die Syndromdiagnose des Komas sind dann noch die neurologischen und vegetativen Begleitsymptome. Die EEG-Veränderungen gehen in gewissen Grenzen parallel mit den verschiedenen Komatypen.

In der Diagnostik der Bewußtseinstörungen muß zunächst die Frage geklärt werden: primär zebral oder sekundär zerebral? Beim stillen Koma ohne neurologische Begleitsymptomatik (außer den Minussymptomen!) ist vorwiegend an metabolische Komata zu denken: das diabetische, hepatische, Sauerstoffmangelkoma, an Narkosestörungen, z. B. bei Schlafmittelvergiftungen (hierbei reversibles — ! — Null-Linien-EEG möglich). Hiervon zu unterscheiden ist das Koma mit Herdsymptomatologie mit weiterer Entwicklungsmöglichkeit zur Enthirnungsstarre (Pupillenerweiterung, Trismus, Streckentzügelungen, doppelseitiger Babinski) und eventuell zum dissoziierten Hirntod.

Professor Dr. H.-J. FREUD, Freiburg:

„Dringliche neurologische Speziaidiagnostik und Therapie"

Ziel der dringlichen Diagnostik akuter zerebraler Prozesse, die zu Bewußtlosigkeit führen können, ist die rasche Differenzierung zwischen Tumoren einschließlich der Hirnabszesse, sub- bzw. epiduralen Hämatomen, Gefäßverschlüssen, Durchblutungsstörungen sowie subarachnoidealen und intrazerebralen Blutungen, diffusen entzündlichen Prozessen, toxischen und metabolischen Enzephalopathien und epileptischen Anfällen.

Erste diagnostische Maßnahme bei Verdacht auf einen entzündlichen Prozeß oder eine Subarachnoidealblutung ist die Liquorentnahme (Pleozytose bzw. blutiger Liquor!). Hohe Eiweißwerte bei relativ geringer Zellvermehrung sowie erniedrigter Liquorzucker und Chloride sprechen für eine tuberkulöse Meningitis. Tumorverdacht wird durch den stark positiven Ausfall der qualitativen Eiweißreaktion bestätigt (Cave jedoch zunächst Liquorpunktion bei erhöhtem Hirndruck). Der QUECKENSTEDTsche Versuch (Kompression beider Jugularvenen und Liquordruckmessung) ist bei Verdacht auf spinale Raumforderung unerläßlich (Kontrolle der Lage der Kanüle zur Vermeidung einer Fehldiagnose!).

Das EEG gibt Aufschluß über die Tiefe einer Bewußtseinsstörung, wobei die Verlangsamung des EEG-Grundrhythmus mit ihrem Ausmaß korreliert; Ausnahme: schwere Durchblutungsstörungen im Hirnstammbereich, hierbei findet sich bei eindeutigem Koma ein normaler Grundrhythmus. Iso-elektrische Einblendungen signalisieren ein Koma mit Zusammenbruch der vegetativen Regulation, die Mischung eines langsamen Delta-Rhythmus mit steilen Wellen oder schnelleren Frequenzen läßt — z. B. bei Schlafmittelintoxikationen — wichtige prognostische Schlüsse zu.

Die Seitenmarkierung und Ortlokalisation einer zerebralen Schädigung ist eine weitere diagnostische Information des EEGs (Herdbefund!). Im weiteren können Krampfpotentiale von gehäuften Dämmerattacken, Dämmerzuständen bis hin zum petit mal status oder grand mal status reichend erfaßt werden. In diesem Zusammenhang sei auf die komplexen Zusammenhänge zwischen epileptischen Anfällen und Schädeltraumen hingewiesen. Der Nachweis von Krampfpotentialen im EEG von Hirnverletzten kann zwar erster Hinweis auf eine traumatische Epilepsie sein und damit die rechtzeitige antikonvulsive Medikation einleiten. Er kann aber ebenfalls auf einen Anfall als Ursache hinweisen und eine gezielte Exploration mit Therapie veranlassen.

Bei der Durchführung der Echoenzephalographie muß man sich darüber im klaren sein, daß seine diagnostische Aussagekraft vorwiegend auf die Beurteilung der Mittellinie beschränkt ist. Relevante M-Echoverschiebungen weisen auf eine supratentorielle Raumforderung hin (Tumoren, Abszesse, subdurale Hämatome, Massenblutungen). Bei Verdacht auf kleinere frontal oder okzipital gelegene Tumoren ist es sinnvoll, neben der üblichen temporalen Beschallungsebene noch eine weitere mehr frontal oder okzipitoparietal gelegene anzulegen.

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

Zusammensetzung

	Amino-phenazon	Diallyl-barbitur-säure	Trasen-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, pausenloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; gegebenenfalls sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt.
Spasmo-Cibalgin compositum ist nicht für Kinder bestimmt. Für die Pädiatrie wurden ®Cibalen und ®Cibalen S entwickelt.

Handelsformen und Preise
Dragées 20 Stück – DM 6,55
Zäpfchen 5 Stück – DM 4,80; 10 Stück – DM 8,85
Ansteltspackungen

3733

CIBA Pharmazeutika · Büro München ☎ 0811/34 55 23 · 8 München 40 · Frenz-Joseph-Str. 14

Eine wesentliche Bereicherung der Ultraschalldiagnostik stellt die Einführung der Doppler-Verfahren dar. Hierbei sind rasche und sichere diagnostische Aussagen bei hochgradigen Stenosen und Verschlüssen der Arteria carotis interna möglich geworden (Ideale Screening-Methode bei fünf bis zehn Minuten Durchführdauer!).

Die klinische Diagnostik ist in der letzten Zeit durch die Einführung des sogenannten elektronischen Sektor Scans bereichert worden, einer Weiterentwicklung des Ultraschallverfahrens, bei dem zweidimensionale Schnittbilder erzeugt werden. Hierbei kann das entsprechende Schnittbild sogar fortlaufend auf dem Bildschirm beobachtet werden

Nach wie vor bleibt der Neuroradiologie der Großteil des direkten Nachweises von pathologischen Prozessen vorbehalten (angiographische Darstellung von Tumoren, sub- und epiduralen Hämatomen, Arterienstenosen und -verschlüssen und von Gefäßmißbildungen).

Als weitere diagnostische Verfahren seien genannt: die Pneumenzephalographie (Nachweis von Tumoren der Mittellinie, von parietalen Tumoren und solchen der hinteren Schädelgrube), die Szintigraphie (Metastasennachweis!), der Isotopennachweis von Liquorfisteln und das erst kürzlich eingeführte computergesteuerte röntgentomographische Verfahren mit dem sogenannten EMJ-Scanner, das Tumoren, Zysten und Hämatome zur Darstellung bringt und genau lokalisiert.

Bei Tumoren, Blutungen, Durchblutungsstörungen und Hirntraumen besteht fast immer ein Hirnödem, dessen Bekämpfung sofort eingeleitet werden kann und muß. Hierfür stellt heute die kombinierte Dexamethason-Aldactone Medikation die Therapie der Wahl dar. Es sollte deshalb sofort bei der ersten Konfrontation mit dem bewußtlosen Patienten eine Injektion von 8 bis 12 mg Dexamethason und 200 mg Aldactone erfolgen.

Referent des zweiten Tages: Dr. H. Friebel, Nürnberg

(Schluß folgt)

Neuwahl des Vorstandes der GMDS

Zum neuen Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Stetistik (GMDS) wurde Professor Dr. med. H.-J. Lange für die Dauer von zwei Jahren gewählt.

Zum Schriftführer dieser Gesellschaft wurde Dr. R. Thurmeyr ebenfalls für zwei Jahre gewählt.

Anschrift der Gesellschaft ab Januar 1974: 8000 München 81, Arabellastraße 4/I, Telefon (089) 91 60 11

100 Jahre Ärztlicher Kreisverband Aschaffenburg-Untermain

Der knapp 400 Mitglieder zählende Ärztliche Kreisverband Aschaffenburg-Untermain – er umfaßt die Stadt Aschaffenburg und die Landkreise Aschaffenburg und Miltenberg – feierte am 20. Juni 1973 sein einhundertjähriges Bestehen. In einer festlichen Veranstaltung im wiederaufgebauten Aschaffenburger Schloß, zu der viele Vertreter des politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und ärztlichen Lebens erschienen waren, wurde dieses Ereignis gewürdigt.

Festliche Musik eines Jugendsymphonieorchesters umrahmte die Reden des 1. Vorsitzenden, Dr. Fritz KELLER, der aus gegebenem Anlaß zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragen dezidiert Stellung nahm, der Behörden- und Kassenvertreter und des Präsidenten der Landesärztekammer, Professor Dr. SEWERING.

Die Festensprache über „Die Region Aschaffenburg-Untermain im Spiegel der Medizingeschichte" hielt der Aschaffenburger Kinderkliniker, Professor Dr. Franz SCHMID. Sie wird im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht werden.

Mit einem festlichen Ball in den Räumen des Martinushauses wurde der Tag abgeschlossen.

Passiorin Dragees
1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. sicc.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. spir. sicc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passiorin liq.

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

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:
1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Dragees 3 mal täglich
Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen
Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

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

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5.80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23.60

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

Aus aller Welt

Studienreise im Rahmen der Neuffer-Stiftung nach und durch Israel

von Josef Spanneberg

Die rapide Zunahme der Bevölkerung des jetzigen Staates Israel, der 1948 proklamiert wurde, brachte verständlicherweise auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens beträchtliche Probleme mit sich. Auf dem Boden des heutigen Israel lebten 1912 ca. 80 000 Menschen, für deren Gesundheit 32 Ärzte sorgten. Beim Ausbruch des Zweiten Weltkrieges war die Bevölkerung auf eine halbe Million angewachsen, die Anzahl der Ärzte auf 2000. 1948, also bei der Ausrufung des jetzigen Staates Israel, lebten dort 600 000 Menschen und 2500 Ärzte. Heute, 25 Jahre nach der Neugründung des Staates, ist die Bevölkerungszahl auf drei Millionen angestiegen, die Anzahl der Ärzte auf ca. 6500, das bedeutet: Ungefähr ein Arzt für 450 Einwohner. Die Mehrzahl der Ärzte sind eingewandert, die Einwanderung hält weiter an. Doch auch in den drei Medizinischen Fakultäten des Landes, nämlich in der Hadassa-Universität Jerusalem, gegründet 1949, in der Medizinischen Fakultät der Universität Tel Aviv, gegründet 1964, und in der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule Haifa, gegründet 1969, wird eine beträchtliche Anzahl junger Ärzte ausgebildet und graduiert. Verständlicherweise geht das Bestreben der für das Gesundheitswesen des Landes Verantwortlichen dahin, führende Positionen im Gesundheitswesen mit solchen Ärzten zu besetzen, die ihr Examen in Israel machten und graduiert wurden oder ihr Studium im Ausland begannen, es aber dann in den landeseigenen Universitäten vervollständigten.

Gegenwärtig scheint das israelische Gesundheitswesen sich in einer Krise zu befinden. Es wird an einem neuen System gearbeitet; wie es aussehen wird, läßt sich noch nicht mit Sicherheit behaupten. Eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens auf sozialistischer Basis erscheint naheliegend. Maßgebend für diese Vermutung ist neben eigenen Beobachtungen die Tatsache, daß 80 % der Bevölkerung in der Gewerkschaftskrankenkasse Histatrud versichert sind. Neben dieser Großkasse existieren noch vier bis fünf kleinere Krankenkassen, deren Mitglieder sich vor-

wiegend aus bürgerlichen Kreisen rekrutieren, sowie drei bis vier ganz kleine Kassen, die insgesamt jedoch im Versicherungswesen nicht ausschlaggebend sind. 15 % der Bevölkerung haben zur Zeit keine Krankenversicherung.

Die Kupat Holim (Gewerkschaft) hat natürlich aufgrund des ganz beträchtlichen Übergewichtes an Versicherten einen nicht geringen Einfluß auf das Gesundheitswesen im allgemeinen und auf die Besetzung nicht nur der Verwaltungsposten in Krankenhäusern, sondern auch auf die Besetzung der ärztlichen Stellen in jenen Krankenhäusern, welche der Histatrud, also der Gewerkschaftskrenkenkasse, selbst gehören. Zur Zeit existieren in Israel 49 Krankenhäuser, die sich prozentual auf folgende Träger verteilen:

38,9 % staatliche Krankenhäuser
27,6 % Gewerkschaftskrankenhäuser
11,5 % kommunale Krankenhäuser
7,1 % öffentliche Träger
5,8 % Hadassa-Klinik
5,2 % Missionskrankenhäuser
3,9 % Privatkrankenhäuser
(Hadassa ist eine Organisation jüdischer Frauen der ganzen Welt)

Von den 14 Krankenhäusern der Kupat Holim sind vor allem die großen Häuser Polikliniken, welche nur tagsüber besetzt sind. Die 49 Krankenhäuser verfügen gegenwärtig über ce. 11 000 stationäre Betten. Verständlicherweise haben jene Kollegen, die in gewerkschaftseigenen Krankenhäusern bzw. Polikliniken beschäftigt sind, uns gegenüber versucht, das in diesen Häusern praktizierte System als das für die israelische Bevölkerung günstigste darzustellen. Sowohl von dem ärztlichen Leiter des neuen Kaplan-Hospitals in Rehovot, Dr. GORDON, als auch von den Kollegen der Poliklinik Hadera und der Poliklinik Haifa, mit denen wir sehr ausführliche Unterhaltungen und Diskussionen führen konnten, wurden folgende zum Teil übereinstimmende Angaben gemacht:

Wartezeit im Ambuletorium der Polikliniken drei bis vier Stunden.

Wartezeit zur Durchführung einer nicht akut notwendigen Operation, z. B. einer Hernie oder Struma, vier Monate.

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bei stationärem Aufenthalt 8,5 Tage (Landesdurchschnitt).
Gesamtzahl aller stationären Betten in Israel zur Zeit ca. 11 000.

Lebenserwartung für Männer 70,4 Jahre, für Frauen 73,6 Jahre.

Kindersterblichkeit 0,22 auf 1000 Geburten.

Dauer des stationären Aufenthaltes bei einer normalen Entbindung vier Tage.

Über eine Interruptio entscheidet eine Kommission, bestehend aus drei Ärzten und einem Sozialarbeiter, ausschlaggebend sind der Reihe nach folgende Dringlichkeitsstufen:

1. Gesundheit der Mutter
2. Gesundheit des Kindes
3. Soziale Gründe

In der Häufigkeit der Todesursachen rangieren an erster Stelle Unfälle, besonders Verkehrsunfälle, an zweiter Stelle Herzinfarkt und erst en dritter Stelle das Karzinom und andere maligne Tumoren.

Das angestrebte Ziel junger Ärzte – so wurde uns gesagt – sei ein gesichertes festes Arbeitsverhältnis. In diesem Zusammenhang darf erwähnt werden, daß ein junger Arzt in den Gewerkschaftskrankenhäusern nach einem Probejahr neun weitere Jahre bleiben kann. Wird er nach diesen neun Jahren zum Oberarzt oder Chefarzt befördert, so ist selbstverständlich seine weitere Tätigkeit gesichert. Ist das jedoch nicht der Fall, dann muß er entweder an eine kleinere Poliklinik gehen oder sich privat niederlassen.

Auf 1000 Einwohner treffen gegenwärtig in Israel ca. 3,5 stationäre Krankenhausbetten, vergleichsweise dazu in der Bundesrepublik 7,2 und in Schweden 8,5. Die Kosten für einen stationären Krankenhaustag betragen gegenwärtig ca. 120 Israelische Pfund (1 IP = DM 0,68). In den Krankenhäusern mit stationärem Betrieb ist im Durchschnitt ein Arzt für zehn Patienten vorhanden. Über das Land verteilt sind zehn große zentrale Polikliniken, in welchen ambulant behandelt wird, was behandelt werden kann. So sind z. B. in der Poliklinik Hadera ständig zwei Chirurgen, zwei Augenärzte, zwei Gynäkologen, ein Laborfacharzt, drei HNO-Ärzte tätig.

Konsiliarisch tätig sind ein Internist, er ist Chefarzt im Staatlichen Krenkenhaus, ferner ein Rektoskopist, ein Dermatologe, ein Arbeitsmediziner, ein Röntgenologe. Im Labor der Zentralen Poliklinik werden nicht nur alle gängigen Untersuchungen jener Patienten durchgeführt, welche die Poliklinik selbst aufsuchen, sondern auch das Untersuchungsmaterial, welches von den kleineren Polikliniken eingeschickt wird. Zum Einzugsgebiet einer zentralen Poliklinik gehören durchschnittlich 250 000 Einwohner.

Das neue Kaplan-Hospital, erbaut nach den neuesten Erkenntnissen, mit echt ellen Ansprüchen genügenden Operationssälen im Keller, ist mit Sicherheit das zur Zeit modernste Krankenhaus Israels. Der neue Teil umfaßt 310 stationäre Betten. Die Anordnung der einzelnen Abteilungen ist sehr praktisch. Die Funktionsräume sind außerordentlich großzügig angelegt. Der Großteil dieses Krankenhauses wird in Kürze in Betrieb genommen. In dem alten Krankenhaus werden gegenwärtig 30 % der eingewiesenen Patienten stationär aufgenommen, 70 % werden ambulant behandelt. Die Entstehungskosten des neuen Hauses betragen rund 100 000 israelische Pfund pro Bett. Dieses Krankenhaus ist klassenlos gebaut. Jede Abteilung besteht aus zehn Zimmern mit je drei Betten und einem Zimmer mit einem Bett.

Jede der großen zentralen Polikliniken, die Bezirks-Polikliniken und auch die kleineren Polikliniken sowie

Keine Kompromisse
beim infektbronchitischen Syndrom
einschließlich aller Bronchopneumonien

Tetra-Abiadin®

Warum Tetracyclin in Tetra-Abiadin®?

Auch die gramnegativen Erreger werden erfaßt.
Als Breitbandantibiotikum trägt es dem Erregerwechsel bei der infektiösen Bronchitis Rechnung.
Es erfaßt auch die Friedländer- und Influenzabakterien sowie den Pyozyaneus.
Die häufigsten »Problemerreger« bei der Bronchitis sind für Tetracyclin in Tetra-Abiadin kein Problem.

Wann Tetra-Abiadin®?

Bei allen Formen infizierter Bronchitiden, insbesondere bei allen chronischen Formen,
zur Rezidivprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden,
bei bakteriellen Bronchopneumonien und Bronchiektasen.

Zusammensetzung:
1 Kapsel Tetra-Abiadin enthält:
200,0 mg Tetracyclin-Hydrochlorid
4,0 mg Bromhexin
2,5 mg Orciprenalin
3,75 mg Doxyleminsuccinat

Besondere Hinweise:
Tetra-Abiadin kann bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol oder von Beruhigungsmitteln deren Wirkung verstärken. Dadurch ist eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit möglich. Während der Schwangerschaft, bei Kindern vor dem 8. Lebensjahr und bei schweren Leber- oder Nierenfunktionsstörungen sollte Tetra-Abiadin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Kontreindikationen:
Thyreotoxikose,
Idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose,
Hochfrequente absolute Arrhythmie,
paroxysmale Tachykardie,
Glaukom,
Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Packungen:	lt. A.T.
18 Kapseln	DM 21,85
30 Kapseln	DM 32,70
Klinikpackungen	

Boehringer Ingelheim

1/73

vor allem die Polikliniken in den Kibbuzim enthalten eine eigene Apotheke, deren Umfang und Größe sich jeweils nach der Anzahl der zu versorgenden Patienten richtet. Die benötigten Medikamente werden den ambulant behandelten Patienten gleich mitgegeben. Behandlung und Arznei für die Versicherten ist selbstverständlich kostenlos.

Auch ein ebenfalls gewerkschaftseigenes Krankenhaus in Gedera wurde besichtigt. Dieses Haus enthält zwei Abteilungen, eine Abteilung für unheilbare Kranke, die zweite wird als Rehabilitationsabteilung bezeichnet. 10 % der hier untergebrachten Patienten werden durchschnittlich wiederhergestellt. 40 bis 50 % der Insassen sterben in diesem Haus.

In der ebenfalls besichtigten Poliklinik in Haifa sind 70 Fachärzte tätig. Außer dieser Großpoliklinik sind in Haifa weitere 50 sogenannte Polikliniken tätig, d. h. also Praxen, in denen zwischen einem und acht Ärzte tätig sind. In diesen kleineren und kleinsten Polikliniken schreiben sich die Patienten für einen speziellen Arzt ein. Die Anzahl der eingeschriebenen Patienten pro Arzt beträgt angeblich 1200 bis 1400.

Als Nachteil des gegenwärtigen Gesundheitssystems wird bezeichnet, daß 15 % der Bevölkerung nicht versichert, die Arzthonorare zu gering und die Wartezeiten in den Polikliniken zu lang sind, ferner die übermäßige Frequenz einiger Kliniken, die Fehlverteilung der Ärzte und die dadurch bedingte unausgeglichene Betreuung der Bevölkerung. Das Einkommen der angestellten Ärzte wird etwas unterschiedlich zwischen 900 und 1800 israelische Pfund pro Monat angegeben. Das Einkommen der freiprektizierenden Ärzte und medizinischen Koryphäen ist selbstverständlich wesentlich höher.

Streikrecht besteht euch für Ärzte.

Sehr interessant war der Besuch im Kibbuz Givat Chaym. Es hendelt sich hier um einen landwirtschaftlichen Kibbuz, in dem jedoch euch ein kleiner Industriebetrieb, nämlich eine Konservenvererbeitung, eingegliedert ist. In diesem Kibbuz – Größe 1100 ha – leben zur Zeit rund 800 Menschen, 500 davon arbeiten, interessanterweise beschäftigen sich auch noch solche Insassen, die weit über 60 und 70 Jahre alt sind, wenn auch natürlich in wesentlich geringerem Umfang und nur mit leichteren Arbeiten. Von diesen 800 Menschen sind 165 Kinder über drei Jahre und 70 Kinder unter drei Jahren. Die in diesem Kibbuz geborenen Kinder – so ist es natürlich euch in allen anderen Kibuzzim – leben nach Ablauf der Mutterschutzfrist, die neun Wochen dauert, nicht mehr bei den Eltern, sondern in einem eigenen Kinderhaus. Jedes Kinderhaus hat acht Betten, und zwar vier pro Zimmer. Bei den kleinen Kindern ist Tag und Nacht eine Betreuerin anwesend. In den Nachmittagsstunden zwischen 16.00 und 19.00 Uhr können die Eltern ihre Kinder zu sich holen, ebenso am Sabbat. Die Kinderverpflegung wird natürlich eigens für die Kinder zubereitet. Die Erwachsenen essen in einem Gemeinschaftsspeiseraum. Die Verpflegung ist reichlich.

Interessant ist die Regelung der Arbeitszeit. Sie beträgt für Erwachsene bis 40 Jahre acht Stunden pro Tag; zwischen 40 und 50 Jahren sieben Stunden pro Tag; zwischen 50 und 60 Jahren sechs Stunden pro Tag.

Über die Arbeitszeit der älteren Menschen gibt es keine generelle Regelung, die Arbeit der älteren Kibbuzinsassen ist freiwillig.

Sehr beeindruckend in diesem Kibbuz war das sogenannte Kulturhaus, ein großer moderner Saal für kulturelle Veranstaltungen, Konzert, Theater und Vorträge. Die Sitzplätze sind amphitheatralisch angeordnet, die Akustik soll – so wurde uns gesagt – hervorragend sein, was eufgrund der Holzkonstruktion bzw. der Holzverkleidung der Wände durchaus glaubhaft ist. In diesem Saal ist Platz für 800 Personen.

Die in diesem Kibbuz existierende Poliklinik könnte man em besten mit einem Sanitätsrevier vergleichen. Die ärztliche Betreuung der Insassen obliegt einem Kollegen, der außer den 800 Insassen dieses Kibbuz noch 220 Bewohner eines nahe liegenden Dorfes mit zu betreuen hat. Unterstützt in seiner Arbeit wird der Arzt von drei Schwestern. Es sind ferner mehrere Räume zur stationären Aufnahme von Kibbuzinsassen vorhanden. Ein Zahnarzt kommt einmal pro Woche, ein Kinderarzt alle vier bis sechs Wochen. In einer kleinen Apotheke sind die notwendigen Arzneimittel,

Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

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

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

KLEIN

welche an den Erkrankten sofort ausgegeben werden, vorhanden.

Anläßlich einer eingehenden Diskussion über die Arbeitsverhältnisse wurde uns hier auch mitgeteilt, daß bei Überstunden bis 14 Stunden pro Woche 27,5 % an Steuern einbehalten werden, bei Überstunden über 14 Stunden 41 %.

Bei einem Besuch in einem Militärausbildungslager wurden uns hauptsächlich die Ausbildungsmethoden und -räume gezeigt, wobei auch ein sehr interessantes, elektronisches Kreislaufmodell der Firma für Elektrische Lehrmittel, Neubiberg, vorgeführt wurde. Die Wehrpflicht beträgt zur Zeit für Männer drei Jahre, für Frauen zwei Jahre. Medizinstudenten werden erst nach dem Examen eingezogen, erhalten ein halbes Jahr Grundausbildung und fungieren dann als Truppenärzte.

Abweichend von der Genfer Konvention tragen auch die Sanitäter der israelischen Armee Waffen.

In der zweiten Woche unseres Aufenthaltes in Israel besuchten wir zuerst das israelische Parlamentsgebäude Knesseth mit den berühmten Gobelins von Marc CHAGALL. Die Architektur dieses Gebäudes ist besonders interessant. In dieser Woche fand auch der Weltkongreß der jüdischen Ärzte statt, in dessen Verlauf die Delegation der Bundesrepublik vom Staatspräsidenten Israels, SHAZAR, sowie von den Bürgermeistern bzw. ihren Stellvertretern der Städte Jerusalem, Tel Aviv und Haifa empfangen wurde. Auch in der deutschen Botschaft fand ein Empfang statt, bei dem über die bisherigen und in Zukunft erwarteten Leistungen der Bundesrepublik gegenüber Israel sehr offen Auskunft gegeben wurde. Neben verschiedenen, rein fachlich bezogenen Referaten und neben der Ehrung besonders verdienter und wissenschaftlich erfolgreicher israelischer Ärzte erregte beim Kongreß der Vortrag des Professors Andre de VRIES einiges Aufsehen. Er gab zuerst einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der israelischen Medizin, ging dann auf das gegenwärtige Gesundheitswesen über, wobei besonders die Leistungen der Kupat Holim, also der Gewerkschaft, hervorgehoben wurden, und machte im weiteren Verlauf seines Referates Angaben darüber, welche weiteren Krankenhäuser gebaut werden müssen. Er ging auch auf die Tätigkeit und Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals, besonders der Schwestern, ein und gab einen Ausblick über die medizinische Situation Israels in der Zukunft. Dieser Ausblick wurde wohl am treffendsten von einer isralischen Zeitung mit der Überschrift charakterisiert: „Das Ende des Familienarztes."

Sehr eindrucksvoll ist die Leistung eines alten 81jährigen Kollegen, nämlich des Dr. ISKOWITSCH in Haifa, der mit geringen Mitteln — eine Ärztekammer in unserem Sinne gibt es nicht — in Haifa ein Ärztehaus errichtete und in der Umgebung von Haifa ein Altersheim für Ärzte im Ruhestand. Im Altersheim sind zur Zeit 72 Zimmer belegt. Die Kollegen, welche dort wohnen, können — falls sie es wünschen — ihre eigenen Möbel mitbringen. Die Verpflegung ist gemeinsam. Das Haus macht einen ausgezeichneten Eindruck. Diesem Heim ist auch eine Krankenstation angegliedert für bettlägrige Kollegen, die nicht unbedingt stationäre Krankenhausbehandlung benötigen. Dr. ISKOWITSCH, der nach wie vor die Verwaltung und Leitung dieses Heimes innehat, bat uns dringend um Literatur für die Insassen des Heimes, und zwar sollte es nach Möglichkeit keine Fachliteratur, sondern rein belletristische Literatur sein. Sollte es möglich sein, dieser Bitte nachzukommen, so könnte man den dortigen alten Kollegen wohl eine große Freude bereiten.

Diese kurze Zusammenfassung aller Eindrücke, die wir auf medizinischem Gebiet gewonnen haben, erhebt zwar keinen Anspruch auf Vollständigkeit, dürfte jedoch genügen, in großen Zügen einen Überblick über den gegenwärtigen Zustand des israelischen Gesundheitswesens zu vermitteln.

Die historische Vergangenheit des jetzigen Gebietes Israel in einer kurzen Zusammenfassung schildern zu wollen, wäre vermessen. Dieser Bericht wäre jedoch unvollständig, ohne die Aufzählung einiger der wesentlichsten historischen Stätten, die wir zu besuchen Gelegenheit hatten.

In Jerusalem zeigt die Altstadt rein orientalischen Charakter. Die alten Tempelmauern wurden vor ca. 4000 Jahren errichtet, an einer erst vor kurzem freigelegten Stelle liegt die Basis dieser alten Mauer, 28 m unter der jetzigen Erdoberfläche.

Die Omar-Moschee, ein weltberühmtes Bauwerk, vermittelt unwahrscheinliche orientalische Pracht. Sie wird interessanterweise nicht von israelischer, sondern von jordanischer Polizei bewacht.

An biblischen Stätten sind zu erwähnen die Grabeskirche, die Via dolorosa, deren jetzt gezeigter Verlauf allerdings wohl kaum authentisch sein dürfte und besonders das Gartengrab, welches von holländischen Protestanten gepflegt wird und einen nachhaltigen Eindruck hinterläßt.

In Bethlehem zeigt die Geburtskirche, welche von orthodoxen Katholiken gepflegt wird, ebenfalls viel Pracht, vielleicht etwas zu viel. Erwähnenswert noch das Grab der Rachel.

Die teilweise ausgegrabene alte Stadt Cäsarea mit einem ca. 6 km langen Doppelaquädukt, einem teilweise freigelegten Stadtgraben und mit einem Amphitheater läßt erkennen, welch mannigfaltiges Geschehen sich in diesem Gebiet abspielte.

Noch interessanter ist vielleicht die Stadt Akon. Es sind praktisch drei Städte übereinander, die jetzige Türkenstadt, darunter eine Kreuzritterstadt und — ebenfalls erst vor wenigen Jahren entdeckt — unter dieser Kreuzritterstadt eine komplette Römerstadt.

Einen tiefen Eindruck hinterließ ein Besuch des Berges Massada am Toten Meer, auf dem sich ja die große

geschichtliche Tragödie jener Juden vollzog, die sich auf diesen isoliert stehenden Berg vor den Römern zurückgezogen hatten, um nicht in römische Gefangenschaft zu geraten. Die Belagerung dauerte mehrere Jahre, einen Tag vor der Erstürmung wählten alle dort oben eingeschlossenen Juden den Freitod. Es trägt sicherlich sehr stark zum Nationalbewußtsein der Israelis bei, daß gerade auf diesem Berg die neu eingezogenen Rekruten, nachdem sie das Plateau nächtlicherweise mit Fackeln erstiegen haben, den Fahneneid leisten. Die Ausgrabungen der beiden Residenzen des Herodes auf diesem Bergmassiv geben einen Einblick in römische Wohnkultur vor ca. 2000 Jahren.

Sehr eindrucksvoll sind auch noch die Ausgrabungen am See Genezareth sowie der wundervolle Blick, den man von einer Anhöhe nordwestlich von Kapernaun über den ganzen See Genezareth, die östlich gelegenen Golanhöhen und das umliegende Gebiet hat.

Eine der zahlreichen Überraschungen dieser Reise war die wohl von keinem von uns erwartete nicht nur höfliche und korrekte, sondern überall, wohin wir auch kamen, ausgesprochen herzliche Aufnahme. Die Organisation der Reise vermittelte, im Vergleich zur Kürze der uns zur Verfügung stehenden Zeit, ein Maximum an Eindrücken. — Juli 1973

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Josef Spanneberg, Allgemeinarzt, 8255 Schwindegg Nr. 26½

Amtliches

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe und des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem OLG Nürnberg mit stv. nichtrichterlichen Beisitzern

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat nachstehend aufgeführte Stellvertreter von nichtrichterlichen Beisitzern des Landesberufsgerichtes und des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg, deren Amtszeit abgelaufen ist, auf die Dauer von fünf Jahren neu ernannt.

Die Ernennung der Stellvertreter erfolgte auf Vorschlag des 26. Bayerischen Ärztetages 1973 in Coburg.

Dr. Helga Curschmann, Internistin, 8000 München 25, Listseeweg 7,
zur 4. Stellvertreterin des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichtes Dr. Adolf Roth;

Dr. Wilhelm Hillenbrand, Radiologe, 8900 Augsburg, Grottenau 2,
zum 2. Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichtes Dr. Willi Müller;

Dr. Peter Holzer, Assistenzarzt, 8000 München 40, Elisabethstraße 13,
zum 4. Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichtes Dr. Heribert Einhauser;

Dr. Herbert Vieth, Lungenarzt, 8580 Bayreuth, Herderstraße 35,

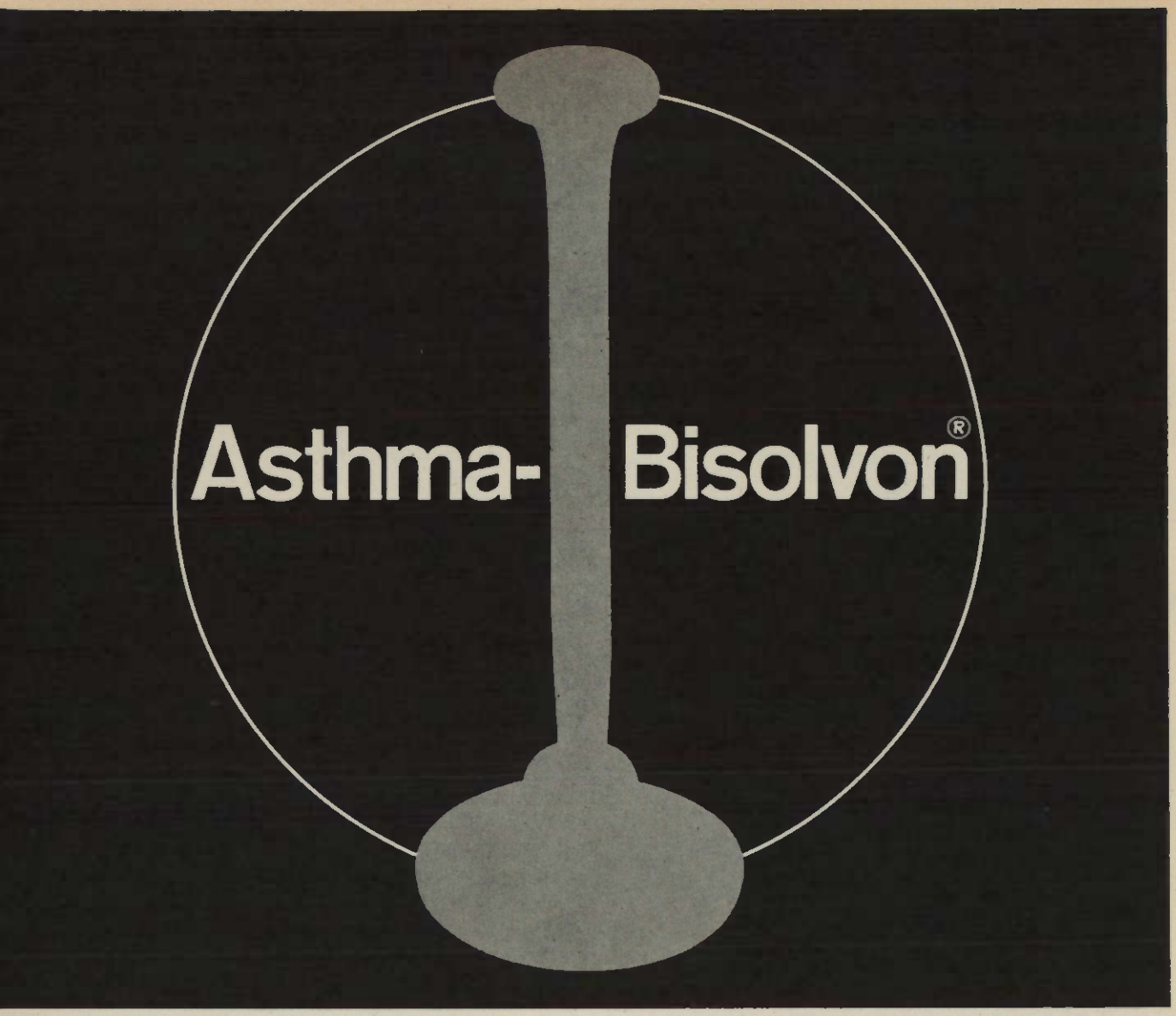
zum 4. Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg Dr. Rudolf Steininger.

Brief aus Bonn

Die Bundesregierung hat eine neue Runde im Tauziehen um die Steuerreform eingeläutet. Die im Juni 1971 gesetzten „Eckwerte", die zum erstenmal im Herbst 1971 korrigiert wurden, sind nun das zweite Mal geändert worden. Es ist kaum anzunehmen, daß die dritten „Eckwerte" unverändert Gesetz werden. Steuergesetze bedürfen der Zustimmung des Bundesrates, und hier hat eben die Opposition eine knappe Mehrheit. Sie wird sich wohl kaum zum Notar der Regierung degradieren lassen. Dennoch ist nicht zu verkennen, daß Regierung und Koalitionsfraktionen am längeren Hebel sitzen. Auch nach den neuen Steuerbeschlüssen ist es also nicht leichter geworden, vorauszusagen, was letztlich aus der Steuerreform wird. Nur eines wird man sicher unterstellen können: die Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen werden spätestens zum 1. Januar 1975 einen Steuerabschlag erhalten.

Die CDU/CSU verlangt schon Steuersenkungen zum 1. Januar 1974; sie wird sich damit aber nicht durchsetzen können. Die Opposition besteht darauf, daß die inflationär bedingten Steuererhöhungen rasch ausgeglichen werden. Überraschend marschiert die Union diesmal Arm in Arm mit dem DGB. Dem Einwand, daß mit einer Steuersenkung zum Jahreswechsel zusätzliche Kaufkraft geschaffen und damit die Stabilitätspolitik unterlaufen werde, begegnet die Opposition mit dem Hinweis, daß gerade eine solche Steuerentlastung stabilitätsgerecht sei. Sie gebe nämlich den Tarifpartnern die Möglichkeit, die bevorstehenden Tarifabschlüsse maßvoller und damit konjunkturgerechter zu gestalten. Diese Ansicht ist freilich im voraus kaum zu beweisen. So bleibt der Eindruck, daß diesmal die Koalition für das Zurückstellen der Steuersenkung die besseren Argumente hat so sehr man dies als Steuerzahler auch bedauern mag.

Die Bundesregierung versucht nun, zwei Ziele miteinander zu verbinden. Die inflationär bedingten „heimlichen" Steuererhöhungen sollen gemildert werden. Um aber durch eine auf 1975 vorgezogene Steuersenkung die für 1976 geplante Steuerreform nicht zu gefährden, hat die Bundesregierung beschlossen, wesentliche Teile dieser Steuerreform um ein Jahr vorzuziehen. Das Ergebnis vermag nicht zu befriedigen. Der inflationären Entwicklung würde sachgerecht wohl nur durch eine allgemeine Tarifanpassung Rechnung getragen. Diesen Weg hat die Bundesregierung nicht



Der Therapieerfolg ist hörbar

Das Problem Ihres Patienten:
verengte Luftwege, Ansammlung von zähglasigem Sekret, Husten, Auswurf, Atemnot.
Die Diagnose ist klar: Asthmoide Bronchitis.

Die Therapie erfolgt:
Bronchialtoilette durch Verflüssigung des eingedickten Sekrets, Bronchialerweiterung zur Besserung der Lungendurchlüftung, Erleichterung der Atemarbeit.

Dauermedikation
ist bei chronisch-asthmatischen Fällen unumgänglich.

Ihr Präparat: Asthma-Bisolvon®

Zusammensetzung

N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-emino-3,5-dibrom-benzyl)amin-hydrochlorid	4 mg
Ephedrin-HCl	15 mg
Theophyllin	150 mg

Indikationen
Asthmoide Bronchitiden und Emphysembronchitiden; leichtere Fälle von Asthme bronchiale.

Kontraindikationen
Glaukom, schwerere Formen der Hypertonie, Miktions- und nephrogene Ausscheidungsstörungen, tachykarde Herzrhythmusstörungen, Thyreotoxikose, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.

Dosierung
im allgemeinen 3x1 Dragée pro Tag. Die gute Verträglichkeit von Asthme-Bisolvon erlaubt die konsequente Dauerbehandlung chronisch-asthmatischer Erkrankungen.

Handelsformen
Originalpackungen mit
20 Dragées DM 4,85 lt. AT
75 Dragées DM 15,85 lt. AT
Klinikpackungen

Thomae

beschritten, um für die Bezieher kleiner Einkommen mehr tun zu können.

Das Bündel der Maßnahmen sieht nun vor, daß der Grundfreibetrag auf DM 3000,–/6000,– (Ledige/Verheiratete) angehoben und die proportionale Eingangsstufe des Tarifs auf Einkommen bis zu DM 16 000,–/32 000,– (bisher DM 8000,–/16 000,–) ausgedehnt wird. Der proportionale Steuersatz muß dann allerdings von 19 auf 22 % erhöht werden. Diese Neugestaltung des Tarifs führt zu einer Entlastung bis zu Einkommen von etwa DM 40 000,–/80 000,–. Da der Progressionstarif ab DM 16 000,–/32 000,– nicht geändert werden soll, so schnellt der Steuersatz beim Übergang von der proportionalen zur progressiven Zone von 22 % auf 30,8 % hoch. Ein solcher Bruch im Steuertarif ist nicht zu rechtfertigen, zumal davon sogar steuerpflichtige mit unterdurchschnittlichen Einkommen betroffen werden können. Hier zeigt sich, wie problematisch die neue Tarifgestaltung ist. Mit einer Reform hat das wenig zu tun. Als Reform scheint eben nur noch zu gelten, was dem „kleinen Mann" nützt.

Der Spitzensteuersatz soll von heute 54,6 % (einschließlich Ergänzungsabgabe) auf 56 % steigen; dieser wird bei Einkommen von DM 130 000,–/260 000,– erreicht. Bei hohen Einkommen wirkt sich außerdem nachteilig aus, daß die Vermögenssteuer nicht mehr als Sonderausgabe abgezogen werden kann. Die Senkung des Vermögensteuersatzes von 1 auf 0,7 % gleicht dies bei höheren Einkommen nicht aus.

Besonders einschneidend ist die Neugestaltung der Sonderausgaben. Zwar werden die längst überholten Höchstbeträge fühlbar aufgestockt. Ein verheirateter Selbständiger mit einem Kind soll künftig gesetzliche und freiwillige Vorsorgeaufwendungen sowie Bausparleistungen bis DM 20 000,– geltend machen können. Selbst gutverdienende Arbeitnehmer und Selbständige werden diesen Rahmen für die Sonderausgaben kaum ausschöpfen können. Den neuen Höchstbeträgen kommt damit, zumindest bei Verheirateten, wohl nur eine optische Bedeutung zu; aber immerhin.

Für die Höhe der Besteuerung wird künftig aber mitausschlaggebend sein, daß das Abzugsverfahren bei den Sonderausgaben grundlegend umgestellt werden soll. Sonderausgaben mindern heute das Einkommen, bevor es dem Steuertarif unterworfen wird. Steuerpflichtige, die Sonderausgaben geltend machen, kommen also in eine niedrigere Progressionsstufe. Künftig soll nur noch ein Betrag in Höhe von 22 % der anerkannten Sonderausgaben von der Steuerschuld abgezogen werden. Dies bedeutet, daß Sonderausgaben künftig nur noch bei den Beziehern kleinerer Einkommen, die proportional belastet werden (bis DM 16 000,–/32 000,–), ganz steuerfrei sind. Wer progressiv belastet wird, hat dazu auch noch die anerkannten Sonderausgaben zu versteuern. Das gilt selbst für Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung. Die Belastung der Sonderausgaben ergibt sich im Einzelfall aus der Differenz zwischen dem proportionalen Satz von 22 % und dem tatsächlich zu zahlenden progressiven Steuersatz. Die Neuregelung führt im Ergebnis dazu, daß sich die Progression für die Bezieher mittlerer und höherer Einkommen erheblich verschärft. Dies macht zugleich deutlich, daß mit dieser Steuerreform nichts Dauerhaftes gegen die inflationsbedingten Steuererhöhungen getan wird, im Gegenteil.

Bei den Freien Demokraten hat man ohne Zweifel ein ungutes Gefühl über diese Entwicklung. Die FDP hat ihr Ziel, die Steuerreform geschlossen über die Hürden des Gesetzgebers zu bringen, nicht erreicht. Das war vorauszusehen. Gefährdet ist nun vor allem die Körperschaftssteuerreform, durch die die Doppelbelastung der Dividendeneinkommen beseitigt werden sollte. Für dieses Steuerbonbon haben die Freien Demokraten bei den Eckwert-Beschlüssen so manche bittere Pille bei der Einkommensteuer geschluckt. Abgesehen von einer bescheidenen Steuerentlastung, deren Wirkung bei anhaltender inflationärer Entwicklung bald verpuffen wird, werden den Beziehern mittlerer und hoher Einkommen nur noch die Teile der Steuerreform serviert, die sofort oder auf längere Sicht Mehrbelastungen versprechen. bonn-mot

Dismenol®

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

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

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

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Äskulap und Pegasus

Weihnachten 1945 im Berchtesgadener Land

von Wilhelm Schürer

Im Jahre des Unheils 1945 war der Abend des 24. Dezember ohne besondere Feierlichkeiten herangerückt. Die Einwohner dieses verschwiegenen Landwinkels schickten sich an, Weihnachten nach der Väter Sitte zu begehen. Die verschiedenen Trupps von zwanzig bis fünfundzwanzig Mann Weihnachtsschützen stellten sich in oberbayerischer Tracht vor Mitternacht an den altgewohnten Orten der Landschaft auf und feuerten ihre Weihnachtsbüchsen gemeinsam oder einzeln hintereinander in die Stille der Weihnacht ab, wie es seit Jahrhunderten ihre Vorfahren getan hatten. Von Schwarzpulverdampf umwittert, antwortete eine Schar von Weihnachtsschützen mit heftigem Abschußfeuer der anderen, so daß ein Höllenlärm in der Winternacht begann, denn Salut und Antwort forderten einander heraus.

In den amerikanischen Truppenquartieren waren die Hauptfeierlichkeiten des christlichen Festes und der Bescherung bereits vorbei; man hatte sich durstig den Drinks ergeben. Plötzlich vernahmen die amerikanischen Soldaten von nah und fern den höllischen Spektakel einer regelrechten Schießerei. War das nicht der kriegerische Laut von Beschuß, klang das nicht wie ein drohender Angriff, wie eine Kanonade, wie ein offensives Feuer, schoß man da nicht aus allen Rohren? Den Deutschen war alles zuzutrauen. Und in diesem Falle war Mißtrauen besonders berechtigt, befand man sich doch im früheren Wohnbezirk des „Führers". Bestand aber nicht bereits seit acht Monaten Waffenstillstand? War die Bewohnerschaft nicht befriedet? Versprengte Reste unentwegter SS-Truppen hatten sich gewiß im Reduit der unzugänglichen Berge verborgen gehalten und brachen jetzt wilder denn je aus den Verstecken hervor mit Waffen und Kriegslärm. Den Deutschen war der Militarismus nicht auszutreiben trotz eingeleiteter Erziehungsbestrebungen mit Maßnahmen zur Befreiung von Nazismus und Militarismus.

Zunehmend lauter schossen die Weihnachtsschützen draußen in der Christnacht. Ihre Böllerschüsse erschütterten das vom Zuprosten umdämmerte Gehirn der verantwortlichen Offiziere. „Damned", sagte der amerikanische Captain. Man hatte doch einen Waffenstillstand nach totaler Kapitulation geschlossen! „Idiots or Idealists? That's the question!" Die erste Reaktion der sieggewohnten amerikanischen Soldaten war aber keineswegs Schrecken und Angst – über den Kriegslärm der Weihnachtsschützen erschrickt nur der Gast dieses Landes, den die Böllerschüsse

bisuc®

Magentabletten

bismutum succus-
Magentherapie in moderner Konzeption

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

1 Tablette enthält:

Bismut. eluminic.	200 mg
Succus Liquiritiae	300 mg
Magnes. carbonic.	400 mg
Natr. bicarbonic.	200 mg
Cortex Frangulae	25 mg
Fructus Foeniculi	10 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

bisuc®
Magen-tabletten
Schmerzstillendes Heilmittel; schnelle, nachhaltige Wirkung bei Gastritis, Sodbrennen, Ulcus ventriculi und duodeni.

Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · Aachen

aus dem Bett heben –, die erste Reaktion war eine Gedankenverbindung beim Dröhnen der Büchsen: Werwolf! Die Wachmannschaft gab Alarm. Die Sirenen heulten: höchste Gefahrenstufe, der Feind wieder im Anrücken und Anrollen! SS-Truppen im Vormarsch auf das amerikanische Generalquartier in der ehemaligen Reichskanzlei.

Die verblüfften Einwohner in der Nachbarschaft wurden sofort als Geiseln eingebracht. Man riß sie vom brennenden Weihnachtsbaum weg aus den Häusern und zerrte verstörte Kinder mit Puppen oder Teddybären im Arm mitsamt Müttern und Vätern in das Generalquartier. Sie sollten erschossen werden, war die Androhung, wenn sie nicht augenblicklich aussagten, warum draußen das Geschieße im Gange sei, wer die feuernden Soldaten seien und was sie im Schilde führten. Einstimmig lautete die Antwort: Das sind unsere Weihnachtsschützen, die schießen die bösen Geister aus unserem Tal!

Also doch! Eine ganz gefährliche Truppe! Vertreibung von bösen Geistern mit dem Schießgewehr. Zur Sicherheit wurden noch mehr Geiseln eingebracht, Kinder aus den Betten und aus dem Schlaf gerissen. Inzwischen sandte man Spähtrupps aus, zu erkunden, wo der Feind Aufstellung genommen hatte. Keine Zeit wurde verloren und die Mannschaften unter die Waffen gerufen. Sie sollten sich zum Angriff auf den Werwolf des Berchtesgadener Landes gefechtsbereit halten. Gewehr bei Fuß! Die Panzerabwehrkanonen fuhren vor.

Weiter tönten, von vielfachem Echo verstärkt, die Detonationen der Schwarzpulverbüchsen der Weihnachtsschützen, Mitglieder eines eingetragenen Vereins. Nachdem Ort und Stellung der Weihnachtsschützen ausgekundschaftet worden waren – mit Robben in Eis und Schnee und Sprung von Busch zu Busch, von Strauch zu Strauch –, wurde dem Hauptmann folgendes gemeldet: Ohne Deckung stehen zwanzig bis dreißig Mann in Tracht mit Schnürhose und Gamsbarthut an verschiedenen Orten der Landschaft im Schnee in Reih und Glied und heben oder senken unförmige Handwaffen und feuern sie in die Winterluft hinein unter Erzeugung eines beträchtlichen Lärmes und starker Lichterscheinung. Man telefonierte dem Bürgermeister. Leider war er nicht zu erreichen. Man rief nach dem Landrat. Welche Truppen liefern hier eine Schlacht? Die Beschießung muß sogleich eingestellt werden! Brechung des Waffenstillstandsabkommens! Insubordination! Geiselerschießung! Lächelnd erklärte der Landrat: das sind unsere Weihnachtsschützen, die feuern jede Weihnacht und Sylvesternacht ihre Büchsen ab, um die bösen Geister aus dem Lande zu vertreiben.

Demnach doch ein Angriff?

Schützen sind aber nicht Soldaten. Es handelt sich auch nicht um eine Organisation der Wehrmacht oder der SS, sondern um einen Verein friedlicher Bürger.

Schießen die Schützen nach etwas Sichtbarem oder Unsichtbarem, etwa gar auf amerikanische Soldaten? Beileibe nein! Die Weihnachtsschützen schießen nach Geistern!

Wie? Eine friedliche Handlung ohne Tote und Blessierte? Typisch deutsch! Weihnachtsschützen zielen auf niemanden. Ihr Büchsenknall gilt den Winter- und Eisdämonen.

Aber warum schießen die Schützen dann überhaupt? Aus Lebensfreude! Ein Volksbrauch!

Ja, natürlich ein Volksbrauch! Volksbrauch der Deutschen zu schießen, das Schießen. Germaneske Folklore, kriegerische Folklore. Schießen als Volksbrauch. Ein merkwürdiges Volk, das Lebensfreude empfindet, wenn die Büchsen in der Weihnacht donnern. Gebirgstruppen mit Gamsbart! Weihnachtsschützen!

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Wilhelm Schürer, 8240 Berchtesgaden, Am Etzerschlößl 6

Kongresse

Koronarerkrankung, Fortbildung in praktischer Kardiologie

am 14./15. Dezember 1973 in Erlangen

Am 14./15. Dezember 1973 findet im neuen Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik Erlangen-Nürnberg eine Fortbildungsveranstaltung zu dem Thema „Koronarerkrankung, Fortbildung in praktischer Kardiologie" statt.

Leitung:
Professor Dr. K. Bachmann, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Auskunft: Dr. med. H. Fleischer, Medizinische Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 39 11

11. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 11. bis 14. März 1974 in Erlangen

Vom 11. bis 14. März 1974 findet in Erlangen der 11. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie statt.

Auskunft: Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Tavor®

stärkt das „Ich" durch

spezifische Angstbefreiung

Maximale Streßabschirmung und Streßdämpfung

Harmonisierung autonomer Regulationen

Normalisierung emotional bedingter Dysfunktionen

TAVOR ist ein in seiner Wirkungsintensität durch die Dosierung hervorragend abstufbares Anxiolytikum.

Zusammensetzung:
Tavor 1,0 = 1 mg Lorazepam pro Tablette
Tavor 2,5 = 2,5 mg Lorazepam pro Tablette
Lorazepam ist 7-Chlor-5-(o-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Indikationen:
Angstneurosen; Angst als komplizierender Faktor bei organischen Krankheiten; emotional bedingte Störungen, z.B. Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen und weitere neurovegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangsneurosen und Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

Dosierung:
Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

– in der allg. und internistischen Praxis:
2 bis 3 mal 1 Tablette ***Tavor 1,0*** pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette ***Tavor 1,0*** vor dem Schlafengehen.

– in der Chirurgie und Anaesthesiologie:
Preoperativ 2 Tabletten ***Tavor 1,0*** etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

– in der Psychiatrie:
Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichteren dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1–3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg) 2 bis 3 Tabletten ***Tavor 2,5*** pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosenanpassung.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausschleichend beendet werden.

Kontraindikationen:
Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:
In höherem Alter, bei Zerebralsklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewandt werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Frauen in der Gravidität sollen dieses Präparat daher nur bei strenger Indikationsstellung einnehmen. Bei der Anwendung von Tavor muß, besonders zu Beginn der Behandlung oder bei hoher Dosierung, an eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie an eine Gefährdung im Straßenverkehr oder bei der Bedienung kompliziertar Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitigar Gabe weiterer Psychopharmaka und von Schlafmitteln auftreten kann.
Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist.

Nebenwirkungen:
Tavor ist sehr gut verträglich. Zu Beginn der Therapie oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Dies betrifft auch störende myotonolytische Effekte wie Bewegungsinkoordination und Doppelbilder, ferner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – amnestische Erscheinungen beobachtet.

Tavor 1,0	OP 20, 50, AP 250 Tabletten DM 7,50, 17,85, 65,60 lt. AT.
Tavor 2,5	OP 20, 50, AP 250 Tabletten DM 14,–, 33,35, 122,60 lt AT.

WYETH-PHARMA
MÜNSTER

7. Fortbildungstage in Praktischer Medizin

am 15./16. Februar 1974 in Erlangen

Am 15./16. Februar 1974 finden an der Medizinischen Universitätsklinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12, unter der Leitung von Herrn Professor Dr. L. Demling und Herrn Professor Dr. K. Bachmann die 7. Fortbildungstage in Praktischer Medizin statt.

Auskunft: Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Kongresse der Bundesärztekammer 1974

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß
vom 10. bis 23. März 1974 in Davos
Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Programmierung in der praktischen Medizin

XIX. Internationaler Fortbildungskongreß
vom 11. bis 23. März 1974 in Badgastein
Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Programmierung in der praktischen Medizin

VI. Internationaler Oster-Seminarkongreß
vom 8. bis 20. April 1974 in Meran
Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

XII. Internationaler Seminarkongreß
vom 27. Mai bis 8. Juni 1974 in Montecatini
Thema: Der Krebskranke in der ärztlichen Praxis

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß
vom 31. Mai bis 15. Juni 1974 in Grado
Thema: Der Krebskranke in der ärztlichen Praxis

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß
vom 26. August bis 7. September 1974 in Meran
Thema: Der alte Mensch in der ärztlichen Sprechstunde

VIII. Internationaler Herbst-Seminarkongreß
vom 1. bis 14. September 1974 in Grado
Thema: Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis

Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220

7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V.

am 15./16. März 1974 in Erlangen

Am 15./16. März 1974 findet in Erlangen der 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. statt.

Hauptthemen:
Wertigkeit und Aussage verschiedener morphologischer Untersuchungsmethoden (Endoskopie, Histologie, Zytologie) — Vorbereitung zu endoskopischen Eingriffen (Prämedikation, Vorsorgeuntersuchungen usw.) — Medienvergleich (audiovisuelles Training, Fernsehen, Bildplatte) — Neue Instrumente und neue Methoden

Vortragsanmeldungen werden bis zum **31. Dezember 1973** erbeten an den Schriftführer, Professor Dr. med. R. Ottenjann, Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51.

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie

am 7./8. Juni 1974 in Nürnberg

Am 7./8. Juni 1974 findet der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Nürnberg statt.

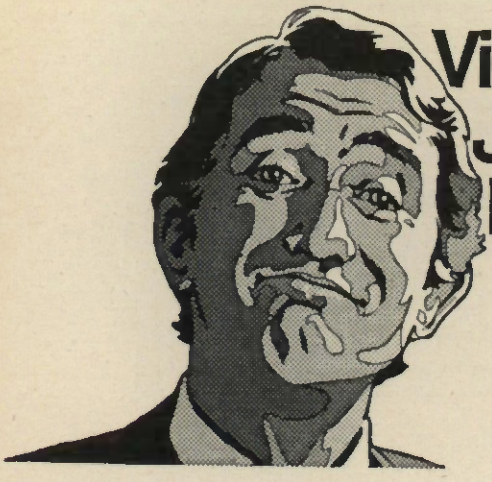
Themen:
1. Anpassung an das Alter

Anpassung an die veränderte körperliche, psychische und soziale Situation — Spezielle Anpassungsprobleme wie Wohnung, Pensionierung, Ernährung, körperliche Aktivität, Straßenverkehr — Anpassungshilfen durch Pädagogen, Theologen, Arzt und Psychiater

2. Geriatrie in der Praxis

mit Schwerpunkten Herz und Kreislauf, Respirationstrakt, Diabetes, Bewegungsapparat, urologische Erkrankungen — Round-Table-Gespräch mit dem Thema „Therapieprobleme im Alter"

Vortragsanmeldungen zu den genannten Themen mit einer halb- bis einseitigen Zusammenfassung werden bis zum **15. Januar 1974** erbeten an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.



Viele Sparer verschenken Jahr für Jahr Prämien.

Und Sie?

Sparprämien sind auch für Sie da. Ebenso das 624-Mark-Gesetz. Wir beraten Sie, wenn Sie sich nicht auskennen.

Sparkasse

Mitteilungen

Film:

„Prosteteerkrankungen"

Autor dieses Streifens ist der Münchener Fecharzt für Urologie und Chirurgie Dr. Stefan MOLNÁR, der bereits mehrere wissenschaftliche Filme aus dem Bereich der Uroiogie gedreht hat. Zum umfangreichen Filmrepertoire der Byk Guiden Phermazeutika gehört euch sein ietzter Film „Diagnostik und Therapie der Harnstauungsniere".

Die ärztliche Fortbildung auf dem Gebiet der Urogenitelerkrankungen scheint derzeit besonders wichtig, de etwa 15 % der männlichen Patienten eines Prektischen Arztes über Beschwerden in diesem Bereich klagen. Leidet der jüngere Mann oft an Entzündungen und Schwellungen der Prostata, Erkrankungen, die sich negativ auf Arbeitskraft, Psyche, Sexualleben und Seibstbewußtsein euswirken, so erkrenkt der êltere Mann an einem Prostetaadenom, einer nicht bösartigen Wucherung der Vorsteherdrüse, oder en Prostatakarzinom. Es ist statistisch nachgewiesen, daß 80 bis 90 % aller Männer über 50 ein Prostataadenom haben, eber nur bei 30 % der Männer wird das Leiden manifest.

Die Karzinomerkrenkungshäufigkeit der Männer über 50 ist relativ hoch und steigt mit zunehmendem Alter deutlich en. Die Prostatakerzinom-Sterblichkeit steht en dritter Stelle nech dem Lungenkerzinom und dem Darmkarzinom des Mannes.

Die Urseche des Prostetakerzinoms ist derzeit noch unbekennt. Ein hormoneller Zusemmenhang mit dem Wachstum des Tumors läßt sich eindeutig beweisen. Durch eine Behandlung mit weiblichem Hormon kann man beim Prostatakarzinom heute therepeutische Erfolge erzielen. Bei frühzeitig diagnostiziertem Prostatakarzinom kann man durch Entfernung der erkrenkten Drüse eine Heilung erreichen. Leider wird das Prostetakerzinom in 85 % der Fälle nur im Stadium der inoperebiiität erkannt, da seine Entwicklung im eligemeinen beschwerdefrei verläuft.

Es ist daher empfehlenswert, bei Männern über 45 Jahren die Prostata routinemäßig zu untersuchen. in 65 %

Wie züchtet man Bakterien in den Bronchien?

Nichts ist einfacher:

Man vernachlässige beim produktiven Husten die Sekretolyse und Expektoration, und gebe statt dessen Tag und Nacht Codein.

Dann werden – ganz von selbst – „die anfallenden Polypeptide aus dem Bronchialsystem ... zum Nährboden für weiteres Bakterienwachstum" (Herzog, Schweiz. med. Wschr. 95, 571, 1965).

Besser also:

Man verzichte auf weiteres Bakterienwachstum in den Bronchien, indem man am **Tag expektorieren** läßt und für die **Nacht ruhigstellt.**

Longtussin® duplex

tut dies gezielt in **einer** Packung mit **einer** Verschreibung.

In der (gelben) Tagkapsel

enthält Longtussin:	**und wirkt:**
Guajakolglycerinäther 90 mg	schleimlösend expektorierend bronchialspasmenlösend
Etamiphyllin-HCl 75 mg	atmungserleichternd kreislaufstützend

In der (blauen) Nachtkapsel

enthält Longtussin:	**und wirkt:**
Codeinum sicc. 35 mg	hustenstillend
Chlorphenoxamin-HCl 20 mg	schleimhautabschwellend sedierend

Longtussin® duplex

Indikation: produktiver Husten jeder Genese
Kontreindiketion: Atemdepressionen, Chronische Obstipation
OP mit 20 Kapsein: DM 11.10 · Tegesdosispreis: DM 1.58

Taeschner & Co.
8831 Kipfenberg

der Fälle kenn die Diagnose schon durch den Testbefund einwandfrei gestellt werden. Ergibt sich bei einer solchen Untersuchung der Verdacht euf eine Erkrankung, so kann mit Hilfe einer zytologischen Untersuchung eine genaue Diagnose gestellt werden.

Die Bemühungen der Ärzteschaft bei der Früherkennung lebensbedrohender Krankheiten wirksem zu unterstützen, ist die Aufgabe des Filmes. Er sollte gleichzeitig Veranlassung sein, besonders die männliche Bevölkerung zu vermehrter Inanspruchnehme der kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen eufzufordern.

Wünsche nech Vorführungen sind für Bayern zu richten an: Byk Gulden Pharmazeutike – Büro München, 8000 München 60, Kronwinklerstreße 24, Telefon (089) 8 71 10 31 - 8 71 10 32

Deutscher Psoriesis Bund gegründet

In der Bundesrepublik leben mehr ais 1,2 Millionen Menschen, die an Psoriasis erkrankt sind. Die Häufigkeit der Erkrenkung und die bisher trotz aller ärztiichen Bemühungen unbefriedigenden therapeutischen Möglichkeiten haben Mediziner und erkrankte Laien deshalb bewogen, den Verein Deutscher Psoriasis Bund e.V. (2000 Hamburg 13, Johnsallee 67, Telefon (040) 4104774) zu gründen.

Ziel und Zweck dieser Vereinigung ist: die Sammlung von Informationen, speziell eus der Wissenschaft und der ärztlichen Praxis, über die Erkenntnisse euf dem Gebiet der Erforschung und Behandiung der Schuppenfiechte (Psoriasis); die Vermittlung der gesammelten Informationen an die Psoriasiskrenken und die Wissenschaft; die Semmlung finanzieller Mittel zur Förderung von Forschung und Unterstützung therepeutischer Institutionen bzw. Beretungsdienste; persönlicher Einsatz für sonstige Belange der Psoriasiskranken.

Der Deutsche Psoriesis Bund will Zeitschriften für Mediziner und Leien hereusgeben, einen Auskunftsdienst einrichten, die Interessen der Psoriesiskrenken bei Krankenkessen, Ärzten, Bund, Ländern und Gemeinden usw. wahrnehmen und Kontakt zu eusländischen Psorietiker-Verbänden halten.

Der Mitgliedsbeitreg beträgt DM 2,– pro Monet.

Buchbesprechungen

Prof. Dr. A. und W. LEIBBRAND: **„Formen des Eros"** – Kultur- und Geistesgeschichte der Liebe. Bend I und II. 1416 S., DM 198,–. Verleg Karl Alber, Freiburg.

In diesem voluminösen Werk der beiden renommierten Münchener Medizinhistoriker wird die Sexualwissenschaft als Disziplin vorgestelit, euf die die Kriterien der Geisteswissenschaft engewendet werden müssen. Der Satz „Die Frege einer Erosbeziehung der Geschiechter ist abhängig von der jeweiligen anthropologischen Auffassung des Menschen" (Bd. II, S. 69) charakterisiert die Einsteilung der Autoren, die Beziehung zwischen Mann und Frau zwar eis elementar, eber der unmittelbaren historischen Situation unterworfen zu betrechten – die Liebe und ihre Vitalität in Wechselbeziehung zu Religion, Politik und Literetur des Abendlands.

Ungemein kenntnisreich und mit eusgeprägtem historischen Bewußtsein werden die „Formen des Eros" frei von Moralismen nicht etwe nur els technische Veriationen einer besonderen menschlichen Kommunikationsform geboten, sondern eis Ausdruck und Spiegel großer geistesgeschichtlicher Entwicklungsperioden: die Geburt des Eros aus dem entiken Mythos, der Agape eus den Forderungen des Christentums und das Entstehen eines funktionalistischen Sexualverständnisses aus neuzeitlicher Medizin und Psychologie. So betrachtet wird verständlich, warum die Autoren, wenn wir ihnen vom klassisch-helienistischen Mythos über die Jehrhunderte der christlich-ebendländischen Liebesformen bis zur Entstehung des Perversionsbegriffs und dessen Relativierung in der Gegenwarf folgen, den Mythos insgeheim als „Erlösung" eus der verwirrenden Vielfalt der Geschiechterbeziehungen propegieren. Meg vielen die Psychenalyse – so die eigenwillige Terminologie der Leibbrands – oder die Verhaltensforschung eis forfschrittlicher Ersatz für den Mythos stehen, die Autoren hingegen lehnen entschieden ein hinreichendes Verständnis des Phänomens Liebe durch solche wissenschaftiiche Denk- und Erfahrungsketegorien eb. Es wird eiso nicht psychologisiert, sondern beschrieben: z. B. die einzigerfige Gieichrangigkeit von Mann und Freu bei den Etruskern, die verheerende Wirkung der ellen Eros verschüttenden Leibfeindlichkeit der frühen Christen, die Äußerungen von Jesus und Paulus zum Zöiibet, die seltsamen Kestrationsbedürfnisse des Kirchenvaters Origenes, das Wiederaufleben des antik-panischen Erosbewußtseins der mittelelterlichen Hexen, die Bedeutung der Tristanlegende, Luthers und Celvins gegensätzliche Ansicht von der Rolle der Frau im Gemeindeleben, die „Sexualaufklärung" der Pietisten und schließlich auch die Liebe als poiitisches Instrument im 18. und 19. Jehrhundert. Aus all diesen mit frappierender Materialfüile bereicherten Darsteilungen läßt sich erfassen, wie sehr das Abendlend en dem bis heute immanenten Gegensatz von Eros und Agape krankt, wie er nicht zuletzt euch die Werke von Strindberg bis Genet formt. Eingestreute Marginalien, wie z. B. das Leben Heinrichs III. von Frankreich und Meria Stuarts oder die erotische Entstehungsgeschichte des Maibaums, machen das Buch über sein Hauptanliegen hinaus nur noch interessanter.

Allerdings wird en die Aufmerksemkeit des Lesers, abgesehen vom Anspruch eines voraussetzungsvollen Verständnisses, manch hohe Anforderung wegen des eigenwilligen und teils inhomogenen Stils gestellt. Exekte wissenschaftiiche Ausführungen wechseln mit einer für den Leser oft nur schwer nachvollziehbaren Flut von Assoziationen. Aus ihnen wird em Ende des Werks dann eber verständlich, warum die Leibbrends keine Antworf geben können euf folgende Fregen: Woher in einer piurelistisch-technisierfen Massengesellschaft die idee eines neuen Mythos der Liebe nehmen? Wo den Freiheitsraum finden, diesen Mythos (wäre er gefunden) zu verwirklichen? Denn unser derzeitiges vorwiegend funktionalistisches Sexuelverständnis, das zweifellos eber im wechselnden Prozeß der Geschlechterbeziehungen notwendig ist, ist je Spiegelbild einer noch bruchstückhaften Anthropologie.

Leider vermißt man zur möglichen Klärung dieser Fregen eine Auseinandersetzung der Autoren mit neuer enthropoiogischer Literetur (etwa mit E. Fromm, Levi-Streu8, Skinner u. e., die elle zum Theme Eros etwes zu segen hätten), sondern sie suchen

der sanfte Zwang

dehydro
sanol tri
unterbricht
die verhängnisvolle
Progredienz
in Richtung
ulcus cruris
an der für eine
medikamentöse
Therapie
am wirkungsvollsten
zugänglichen
Stelle:

mangelhafte Gewebsdrainage

im Stadium des Ödems

Stauungsdermatose

ulcus cruris

dehydro sanol tri

das erste kaliumneutrale Venodiureticum

Zur Therapie der Venösen Insuffizienz mit dehydro sanol tri

Kann die Behandlung mit Kompressionsverbänden durch dehydro sanol tri verbessert, ergänzt oder ersetzt werden?

Zentrale Maßnahme in der Therapie der chronisch-venösen Insuffizienz und Ihrer Folgezustände ist nach übereinstimmender Auffassung die Bekämpfung des Ödems mittels Kompressionsverband. Soll dieser seiner Aufgabe als starres Widerlager für die Muskel-Venen-Pumpe voll gerecht werden, so muß sorgfältig auf straffes Wickeln und festen Sitz geachtet werden. Das Binden-Material sollte möglichst unelastisch sein. Der Patient muß auf die Notwendigkeit reichlicher Bewegung hingewiesen werden.

Nur bei aktiver Betätigung kann die Muskel-Venen-Pumpe die gestörten physiologischen Rücklaufmechanismen unterstützen und damit der Kompressionsverband seine Aufgabe erfüllen.

Je stärker nun aber die Entstauung, desto schneller verliert der straff gewickelte Verband seine Wirksamkeit und wird zu locker. In gleichem Maße verringert sich damit auch wieder die Unterstützung der physiologischen Rücklaufmechanismen durch die Muskel-Venen-Pumpe. Die entstauende Wirkung hört auf. Diesem bekannten Mechanismus versuchte man bisher durch Neu-Anlegen der Verbände in kurz aufeinanderfolgenden Zeitabständen zu begegnen. Sieht man einmal von der erheblichen zeitlichen Belastung ab, die dadurch in der täglichen Praxis entsteht, so kann in den Fällen, wo das Anlegen des Verbandes nach entsprechender Belehrung dem Patienten überlassen wird, u.U. der Erfolg der gesamten Therapie in Frage gestellt werden. In Unkenntnis des pathophysiologischen Geschehens können nämlich selbst gutwillige Patienten ein mehrmaliges Nachwickeln als überflüssig ansehen und damit die Therapie gefährden. Was für Möglichkeiten gibt es nun, diesen Schwierigkeiten in der Praxis aus dem Wege zu gehen?

Aus den umfangreichen Erfahrungen, die über den Einsatz von dehydro sanol tri inzwischen vorliegen, kann man folgende Empfehlung formulieren:

Straffe und unnachgiebige Kompressionsverbände (z.B. Zinkleimverbände) können erheblich länger getragen werden, wenn

1. eine 1–3 wöchige Entstauungs-Therapie mit dehydro sanol tri der Kompressionstherapie vorausgeht und

2. während der Kompressionstherapie dehydro sanol tri begleitend angewandt wird.

Die Beeinflussung selbst alter, verschwielter, indurabler Ödeme bei chronisch-venöser Insuffizienz durch dehydro sanol tri wurde u.a. von SCHNEIDER/FISCHER in einer Untersuchung bestätigt, die in Kürze publiziert wird.

Daß in vielen Fällen durch die Therapie mit entstauenden und kapillaraktiven Substanzen, wie sie in dehydro sanol tri vorliegen, Patienten auf das Wickeln verzichten konnten, wurde schon 1965 durch KLEPZIG nachgewiesen, der nach einer Untersuchung an 66 Patienten feststellen konnte:

„Nur fünf Patienten konnten unter dieser Behandlung nicht auf das Tragen von Gummistrümpfen oder das Wickeln der Beine verzichten. 26 Patienten erbaten ausdrücklich ambulante Weiterbehandlung mit dem hier eingesetzten Präparat."

(H. KLEPZIG, F. REICHERT, Med. Welt 1965, **4**, 215–218)

dehydro sanol tri

das erste kaliumneutrale Venodiureticum

Indikationen: Schmerzhafte Stauungsbeschwerden und varikös bedingte Ödeme

Zusammensetzung: 20 mg Triamteren · 10 mg 3–(α–Methylbenzyl)– 6–chlor–7–sulfamoyl–3,4–dihydro–1,2,4–benzothiadiazin–1, 1–dioxid (Diu 60) 50 mg Hesperidin-Komplex, 80%ig (Citrus Flavonoide) · 2 mg Aneurinnitrat.

Kontraindikationen: schwere Leber- und Niereninsuffizienz, therapieresistente Hypo- und Hyperkaliämie, Sulfonamidüberempfindlichkeit.

Besonderer Hinweis: Bei Langzeitbehandlung werden Harnzuckerkontrollen empfohlen. Bei Diabetikern ist eine Verschlechterung der Glukosetoleranz möglich. Bei Patienten mit harnsaurer Diathese werden Harnsäure-Kontrollen empfohlen, da Thiazide gelegentlich den Harnsäurespiegel im Blut erhöhen können. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft wird strenge Indikationsstellung empfohlen, obwohl bisher keine Anzeichen für eine teratogene Wirkung bekannt sind.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, **täglich morgens 1 Dragée** nach dem Frühstück einnehmen. Wenn eine stärkere Wirkung erwünscht ist, kann die Dosis auf 2 Dragées morgens erhöht werden. Erhaltungsdosis: Jeden 2. oder 3. Tag 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen.

Handelsform: Packung mit 20 Dragées DM 14,5

Sanol-Arzneimittel · Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rheinland

ihre Auffassung der Liebe als „platonische Idee" ausschließlich in den Zeugnissen der Schriftsteller und Philosophen des 19. und 20. Jahrhunderts. Freilich tun sie dies bewußt und begründet. Kann sich jedoch eine Geschichte des Eros „als Teil einer fächerübergreifenden kulturell-geistigen Anthropologie", wie es im Umschlag heißt, für die Darstellung des 20. Jahrhunderts auf bloße Belletristik beschränken? Gerade diese Einseitigkeit könnte zum Einwand jener Politiker, Pädagogen, Sexualwissenschaftler usw. werden, an die sich die Autoren besonders wenden möchten.

Wie die Antwort auch ausfallen mag, nicht hoch genug geschätzt werden kann das insgesamt universelle Konzept dieses Werks, das nicht nur Vollendung eines im Rahmen der Medizingeschichte einzigartigen und unorthodoxen Lebenswerks darstellt, sondern auch Konsequenz einer zeitlebens unkonventionellen Auffassung vom Wesen der Frau und des Eros.

Dr. Wiltrud Kernstock, München

Kostas PAPAIOANNOU **„Griechische Kunst"** — Große Epochen der Weltkunst: „Ars Antiqua". 648 S., 161 Farbtafeln, 819 Schwarzweißabb., 179 Illustrationen. Leinen, DM 250,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

„Ars Antiqua", eine internationale Kunst- und Kulturdokumentation, wird um eine weitere Vergegenwärtigung einer großen Epoche der Weltkunst bereichert. Der vorliegende Band vereint gleichsam drei Standardwerke in einer umfassenden Beschreibung und Darstellung der Kunst und Kultur des antiken Hellas; eine Bildrepräsentation von Meisterwerken der griechischen Kunst in 161 Farbaufnahmen, eine hervorragende Bilddokumentation der Kunstwerke des antiken Griechenlands in 819 Schwarzweißabbildungen sowie eine vollständige fotografische Reproduktion der Parthenonfriese. Außerdem bietet das 648 Seiten umfassende Werk eine beeindruckende Dokumentation der archäologischen Fundorte (83 wissenschaftlich exakte Beschreibungen mit 179 erklärenden Illustrationen). Für Kunsthistoriker und -liebhaber ist dieses Werk als kundiger „Reiseführer" geeignet, um Kunst und Kultur des antiken Hellas auszuschöpfen.

Prof. P. KIELHOLZ / Dr. D. LADEWIG: **„Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen"**. 120 S., 4 Zeichn., 5 Tab., kart., DM 16,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

In klarer, übersichtlicher Form findet man die Information, die man benötigt, um in einer Diskussion über gegenwärtige Suchtprobleme bestehen zu können. Zunächst werden die Begriffe: Sucht, Süchtigkeit, Drogenmißbrauch und Drogenebhängigkeit gegeneinander ebgegrenzt und ein Überblick gegeben über die heutige Verbreitung von Rauschmitteln. Dann werden die Motive, Ursachen und auslösenden Faktoren der Drogenabhängigkeit besprochen und die verschiedenen Abhängigkeitstypen z. B. Morphin, Cannabis usw.) einzeln dargestellt.

Am Schluß werden Behendlungsmöglichkeiten und Formen der Prophylaxe aufgezeigt. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis läßt weiterführendes Schrifttum leicht finden.

Das Buch von Kielholz und Ladewig bietet für elle, die sich mit Drogenproblemen befassen, einen ausgezeichneten Überblick.

B. Schmidt, Augsburg

„Die Länder der Welt". Eine illustrierta Länderkunde. Lexikonoktav, 504 S., 120 Farbtafeln und zahlreiche Abb. und Tab. Leinen DM 48,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Alle Länder der Erde werden übersichtlich vorgestellt; dies geschieht in der Reihenfolge, die durch die geographische Nachbarschaft gegeben ist. Ihr „Steckbrief" erscheint lückenlos und erstreckt sich euf folgende charakteristische Details: Landesnatur und Klima, Vegetation und Bevölkerung, Religion, Verfassung und Verwaltung, Wirtschaft, Verkehr und Geschichte.

Alle Informationen spiegeln den neuesten Stand. So kann man sich rasch über alles grundlegend Wichtige informieren. Dabei spielen die zahlreichen tabellarischen Übersichten eina ausschleggebende Rolle. Jeder Länderartikel wird mit einer Übersicht eingeleitet, die auf einen Blick über viele Einzelheiten informiert. In wenigen Zeilen wird danach exakt die geopolitische Lege beschrieben. Der Band gibt auch Auskunft über die Beschaffenheit der geographischen Großlandschaften und Kontinente, in welche die einzelnen Staaten eingebettet sind. So sind „Die Lënder der Welt" auch in geogrephischer Hinsicht der nützliche Kommenter zu jedem Atlas und zu jedem Globus. 120 Ferbtafeln und eine reiche einfarbige Bilddokumentation im Text vermitteln den lebendigen Hintergrund zur Text- und Zahleninformation; rund ein Viertel dieses lexikonartigen Kompendiums besteht aus Abbildungen.

„Poppe" — Hotel- und Städteadreßbuch für Deutschland, Andorra, Belgien, Dänemark, Deutsche Demokratische Republik, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Irland, Jugoslawien, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechoslowekei und Ungarn. Preis DM 43,—. Verlag Poppe & Neumann, Konstanz.

Der „Poppe", 78. Jahrgang, bringt auf 1500 Seiten eine Vielfalt en wichtigen Informetionen für Reisen jeglicher Art. Das Werk ist untarteilt in einen Inlands- und Auslandsteil und umfaßt ganz Westeuropa und zum Teil Osteuropa. Neben den internen Angaben über Hotels und Städte bringt der „Poppe" euch wichtige Informationen für den Reisenden per Bahn, Auto oder Flugzeug sowie über Konsulate, Reisebüros, über Heilbäder, Luft- und Erholungskurorte, Wintersportplätze, Seebäder usw.

Die alphabetische Anordnung der Orte, Auskunft über Verbindungen und Verkehrsverhältnisse, Hoteltelegrafenschlüssel, landschaftliche Hinweise und Einzelheiten über örtliche Sehenswürdigkeiten machen dieses Werk zu einem übersichtlichen und vielseitig verwendbaren Nachschlagewerk.

P. NIJS / Dr. LEUVEN: **„Psychodynamische Aspekte der oralen Antikonzeption"**. 119 S., kart., DM 24,—. Ferdinand Enke Verleg, Stuttgart.

Die Antibabypille erweckt in jedermann gefühlsmäßige Reaktionen, die die Einstellung, die man ihr gegenüber einnimmt, mitbeeinflussen. Welche Erwartungen, Hoffnungen und Ängste mit der oralen Antikonzeption verbunden sein können, und ob diese Methode der Geburtenkontrolle für jemanden akzeptabel ist

oder nicht, zeigt das Buch von Nijs deutlich. An zahlreichen Fallbesprechungen wird verdeutlicht, wie unbewußte Faktoren die Akzeptabilität der oralen Antikonzeption mitbestimmen und manchmal Erfolg oder Mißerfolg vorhersehen lassen.

Die psychische Belastung, die die orale Antikonzeption mit sich bringt, kann bei Gesunden vorübergehend zu Schwierigkeiten führen, bei denjenigen jedoch, die mit ungelösten Identitätskonflikten leben, als Neurosendetektor wirken.

Der Arzt solle daher in einem persönlichen Gespräch mit der Patientin auf die Problematik der Antibabypille eingehen. Da sich in diesem Gespräch indirekt die Einstellung des Beratenden zur oralen Antikonzeption äußere und beeinflussend wirke, müsse sich der Beratende über die Bedeutung seiner Rolle klar sein.

Das Buch von Nijs mit einem Literaturverzeichnis von über 800 Titeln ist eine gute Hilfe und sehr zu empfehlen.

B. Schmidt, Augsburg

Therapeutika

Dibromol®-Tinktur Sprey

Zusammensetzung:

100 g Lösung enthalten: Natrium-3,5-dibrom-4-hydroxybenzolsulfonat (Dibromol®) 1,00 g, 3,3'-Dibrom-5,5'-dichlor-2,2'-dihydroxy diphenylmethan (Bromchlorophen) 0,10 g, 1,2-Propylenglykol 1,00 g, Isopropanol 55,00 g

Indikationen:

Bakterizides und fungizides, jodfreies Desinfektionsmittel zur chirurgischen und hygienischen Hände-, Haut- und Wunddesinfektion, zur Vorbereitung des Operationsfeldes, zur Versorgung frischer oder eitriger Wunden, bei Schnitt-, Riß-, Quetsch- und Schürfverletzungen, bei Verbrennungen sowie bei Insektenstichen.

Dosierung:

Dibromol-Tinktur Spray unverdünnt auf Haut und Wunden aufsprühen. Hygienische Händedesinfektion: 3 ml - 1 Minute, Chirurgische Händedesinfektion: 2 x 5 ml - 5 Minuten

Handelsform und Preis:

Originalpackung mit 400 ml Wirkstofflösung DM 9,90

Dibromol-Tinktur Sprey ist gefärbt und farblos lieferbar.

Außerdem weiterhin Dibromol-Tinktur Lösung sowie zur Desinfektion von Einstichstellen vor Injektionen, Infusionen, Blutentnehmen und Punktionen sowie zur Versorgung kleinerer Wunden: Dibromol-Tinktur-Tupfer.

Hersteller:

H. Trommsdorff, Arzneimittelfabrik, 5100 Aachen

Meycor®

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 5 mg Isosorbiddinitrat

Indikationen:

Anfallskupierung und Therapie der Angina pectoris und gezielte Anfallsprophylaxe bei Koronarinsuffizienz.

Die Tablette kann entweder sublingual oder oral verabreicht werden. Nach sublingualer Gabe tritt die Wirkung prompt ein und hält bis zu 3 Stunden an; die Wirkungsdauer nach oraler Einnahme liegt bei 4–6 Stunden.

Kontraindikationen:

Schwere Hypotonie, Glaukom

Dosierung und Anwendung:

Zur Anfallskupierung sofort bei Auftreten der ersten Symptome ein bis zwei Tabletten im Munde zergehen lassen. Zur Anfallsprophylaxe mehrmals täglich ein bis zwei Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preis:

Maycor OP mit 40 Tabletten DM 7,40.

Meycor® retard

Zusammensetzung:

1 Kapsel (Diffucap® Methode) enthält 20 mg Isosorbiddinitrat

Indikationen:

Behandlung der Koronarinsuffizienz, Dauer-Prophylaxe der Angina pectoris, Nachbehandlung des Herzinfarktes mit Ausnahme der akuten Phase.

Die Freigabe der Wirksubstanz erfolgt gleichmäßig verzögert über einen Zeitraum von etwa 10 Stunden. Bei vorhersehbaren Streßsituationen kann die Behandlung mit Maycor® retard durch die zusätzliche Gabe von Maycor®-Tabletten ergänzt werden.

Kontraindikationen:

Schwere Hypotonie, Glaukom

Dosierung und Anwendung:

Alle 10 bis 12 Stunden eine Kapsel, am besten vor oder zum Frühstück und vor oder zum Abendessen unzerkaut schlucken.

Handelsformen und Preise:

Maycor retard OP mit 20 Kapseln DM 6,90, OP mit 60 Kapseln DM 19,15

Hersteller:

Parke, Davis & Company, 8000 München 2

Mistebronco

Mucolyticum zur lokalen Anwendung
Rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

600 mg 2-Mercapto-aethen-sulfonsäure, Natrium-Salz in einer 3 ml Ampulle, generic name: Mesna.

Indikationen:

Akute und chronische broncho-pulmonale Erkrankungen, Emphysem, Bronchiektasen, Atelektasen als Folge von Schleimansammlung, Mucoviscidose, postoperative pulmonale Komplikationen, Trecheotomien, endotracheale Intubationen.

Kontraindikationen:

Asthma ohne Hypersekretion, Status asthmaticus; extreme Schwäche, die ein Abhusten oder eine Expektoration unmöglich macht, es sei denn, man kann sofort eine Bronchosaspiration durchführen (Möglichkeit einer sehr schnellen Verflüssigung der Sekrete und einer Ansammlung der Sekrete in den Lungen!).

Nebenwirkungen:

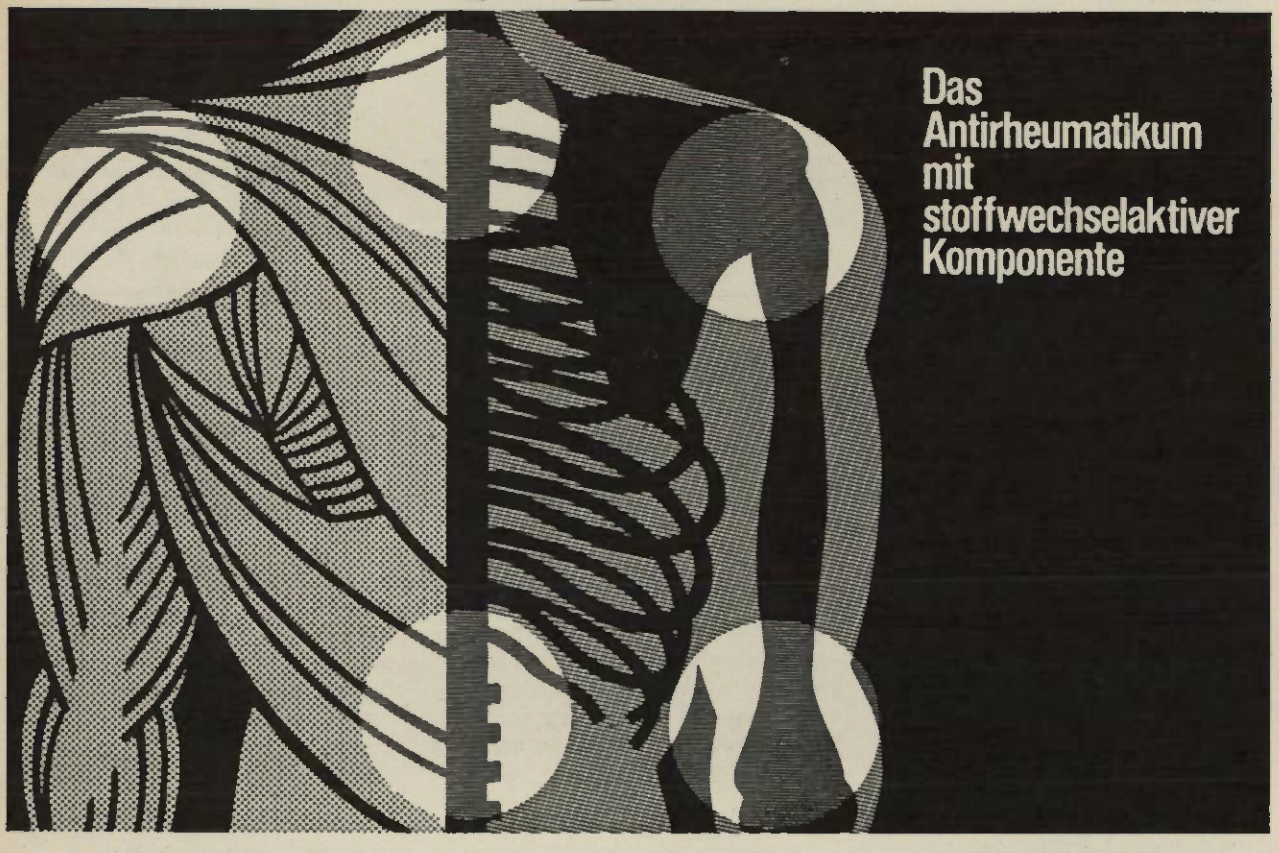
Reizhusten; bei Asthmatikern können Bronchospasmen auftreten, die ein Absetzen der Behandlung erforderlich machen; in seltenen Fällen beobachtet man Übelkeit und eine Gelbfärbung der Zähne; bei Vernebelung eines 20%igen Konzentrats gelegentlich leichtes Brennen im retrosternalen Bereich (in diesen Fällen kann die Konzentration auf 10% herabgesetzt werden).

Beachtungshinweis:

Die Ampullen sind nicht zur Injektion bestimmt. Mistabronco sollte in Apparaten aus Plastik oder Glas verwendet werden.

Ampulle erst unmittelbar vor Gebrauch öffnen, Reste der Wirksub-

Dipyron®



dämpft Schmerz und Entzündung
verbessert Durchblutung und Stoffwechsel

Zusammensetzung
1 Dragée enthält:
125 mg Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon (Aminophenazon)
125 mg Phenyldimethylpyrazolon
150 mg 7- [2-Hydroxy-3-(N-2-hydroxyäthyl-N-methylamino) propyl]-1,3-dimethylxanthin-pyridin-3-carboxylat (Xantinol-nicotinat)

Indikationen
Lumbago; Spondylosis und Arthrosis deformans; zur unterstützenden Therapie bei Rheumatischen Gelenk- und Muskelerkrankungen; Neuralgien und Neuritiden; Schulter-Arm-Syndrom; Thrombophlebitis.

Dosierung
Im allgemeinen 3x1-2 Dragées täglich unzerkaut zu oder nach den Mahlzeiten.

Kontraindikationen
Dekompensierte Herzinsuffizienz; frischer Myokardinfarkt; akute Blutungen; akute intermittierende Porphyrie.

Zur Beachtung: Bei entsprechend disponierten Patienten, besonders Frauen im Klimakterium, sollten gelegentliche Blutbildkontrollen durchgeführt werden (mögliches Auftreten einer Granulozytopenie).

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

Wülfing · Arzneimittel · Neuss

stanz nicht aufbewahren, da die Haltbarkeit bei geöffneter Ampulle nur kurzfristig ist.

Applikation:

Mit Hilfe eines Aerosolgerätes inhalieren oder lokal instillieren.

Dosierung:

1 oder 2 Ampullen Mistebronco 3 bis 4 mal am Tag, je nach Schwere der Erkrankung unverdünnt (20%ig) oder mit der gleichen Menge Aqua bidest. verdünnt (10 %ig)

Handelsform und Preis:

Peckung mit 6 Amp. zu 3 ml/20 % DM 21,–

Hersteller:

UCB Chemie GmbH, 5159 Sindorf

Novalgin®-Sirup

Novalgin® steht jetzt in einer weiteren Handelsform zur Verfügung: als Sirup. Die neue Zubereitungsform bewährt sich bei Schluckbeschwerden und insbesondere in der Kinderpraxis.

Zusammensetzung:

1 ml enthält 50 mg phenyl-dimethylpyrazolon-methylamino-methansulfonsaures Natrium (Noramidopyriniumethansulfonat-Natrium).

Indikationen:

Schmerzen verschiedener Art, wie Kopfschmerzen, krampfartige Schmerzen im Verdauungs- und Urogenitaltrakt, besonders auch Menstruationsbeschwerden, Wundschmerz, Neuralgien, Ischialgie, leichte Fälle von Lumbago. Akute und chronische Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, grippale Infekte und fieberhafte Erkrankungen.

Dosierung:

Erwachsene nehmen 2 – 4 Dosierlöffel Sirup 1 – 4mal täglich, Kinder ab 5 Jahre erhalten 1 – 1½ Dosierlöffel Sirup 1 – 4mal täglich, Säuglinge ab 4 Monate und Kinder bis zu 5 Jahren je nach Lebensalter ¼ – ½ Dosierlöffel Sirup 1 – 4mal täglich.

Inhalt des dem Sirup beigefügten Dosierlöffels: Bei Füllung bis zum Rand: 5 ml = 250 mg Novalgin. Bei Füllung bis zur Markierungslinie: 2,5 ml = 125 mg Novalgin.

Eigenschaften:

Novalgin wirkt schmerzlindernd, krampflösend und fiebersenkend und hat antirheumatische Eigenschaften.

Zur Beachtung:

Novalgin ist ein Pyrazolon-Abkömmling und sollte daher nicht angewendet werden bei Granulozytopenie und akuter intermittierender Porphyrie sowie bei Pyrazolon-Allergie.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten drei Monaten, ist die Indikation streng zu stellen. Säuglinge unter 4 Monaten sollen noch nicht mit Novalgin behendelt werden.

Zuckerkranke sollten Tabletten oder Tropfen anstelle des zuckerhaltigen Sirups einnehmen. Novalgin kann gelegentlich zu Überempfindlichkeitserscheinungen führen, die sich in Form von Hautveränderungen, in einer Verminderung der Leukozytenzahl im Blut und in sehr seltenen Fällen als Agranulozytose äußern können. Das Präparat ist dann abzusetzen.

Eine gelegentlich zu beobachtende Rotfärbung des Harns ist harmlos; sie beruht auf der Ausscheidung eines Stoffwechselproduktes von Novalgin (Rubazonsäure).

Handelsformen und Preise:

Flasche mit 100 ml DM 6,20. Weiterhin sind wie bisher im Handel: Oblong-Tabletten zu 500 mg, 50 %ige Tropflösung, 50 %ige Injektionslösungen, Zäpfchen zu 1,0 g für Erwachsene, Zäpfchen zu 0,3 g für Kinder, Substanz.

Hersteller:

Farbwerke Hoechst AG, 6000 Frankfurt 80

Octadon N

Analgetikum, Antipyretikum, Antineuralgikum, Antirheumatikum mit raschem Wirkungseintritt, hoher Wirkungsintensität, langer Wirkungsdauer

Zusammensetzung:

Eine Tablette enthält: N-Acetylsalicylamid 0,02 g, p-Hydroxy-acetanilid 0,20 g, Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,20 g, Coffein 0,05 g

Indikationen:

Schmerzhafte Zustände verschiedenster Ursache, wie Kopfschmerzen, Migräne, Zahn-, Hals- und Ohrenschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Nervenschmerzen, Ischias, Hexenschuß, rheumatische Beschwerden, Rückenschmerzen, Schmerzen bei Gelenkerkrankungen, Wundschmerzen und Schmerzen bei Knochenbrüchen, vor und nach zahnärztlichen Behandlungen sowie kleineren operetiven Eingriffen

Kontraindikationen:

Schwere Nierenfunktionsstörungen, genetisch bedingter Mangel an Glukose - 6 - Phosphat - Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie)

Wirkungsweise:

Octadon N unterscheidet sich von dem bereits im Handel befindlichen Octadon durch eine Zusammenziehung der Pyrazolone und durch Austausch von Lactylphenetidin/Phenacetin gegen p-Hydroxy-acetanilid.

Wie in Dopelblindversuchen gezeigt werden konnte, sind die beiden Präparate in ihrer analgetischen Wirkung gleichwertig.

Dosierung:

Erwachsene: 1 bis 2 Tabletten, bei Bedarf täglich einnehmen; bei schweren Schmerzzuständen oder bei beginnenden Erkältungskrankheiten 2- bis 3mal täglich 2 Tabletten.

Kinder: Entsprechend dem Alter jeweils ½ bis 1 Tablette.

Es empfiehlt sich, Octadon N mit etwas Flüssigkeit (Wasser, Tee oder Saft) einzunehmen.

Handelsformen und Preise:

OP mit 10 Tabletten DM 1,55
OP mit 20 Tabletten DM 2,60
OP mit 50 Tabletten DM 5,20

Vertrieb:

Deutsche Chefaro Pharma GmbH, 4628 Lünen

Hersteller:

Thiemann Arzneimittel, 4628 Lünen

Urosin®

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: 100 mg 1 H-Pyrazolo (3,4-d) pyrimidin-4-ol = Allopurinol

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

Während der Schwangerschaft und Stillzeit darf Urosin nicht eingenommen werden.

Eigenschaften:

Allopurinol hemmt das Enzym Xanthinoxydase, senkt durch kompeti-

tive Hemmung der Harnsäurebildung den Harnsäurespiegel und normelisiert die positive Harnsäurebilanz. Harnsäureeblegerungen bilden sich zurück, die Harnsäurenephropathie wird verhindert bzw. gebessert.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Im Beginn der Behandlung können als Zeichen individueller Überempfindlichkeit vereinzelt Symptome wie Pruritus, Heuteruptionen mit Juckreiz und Gelenkbeschwerden auftreten. Dann sollte men Urosin absetzen. Dagegen kann beim Auftreten von Übelkeit, Erbrechen, Dierrhoe, Leibschmerzen und dergleichen die Medikation nach Reduzierung der Dosis häufig fortgesetzt werden.
Bei manifester Gicht sind im Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtetacken möglich. Sie lassen sich verhüten durch kleine Dosen Colchicin, täglich oder jeden 2. Tag 0,5 mg über einige Wochen.

Dosierung:

Mittlere Anfangsdosis: 3–4 x 1 Teblette pro Tag. In schweren Fällen bis zu 4 x 2 Tabletten pro Teg. Erheltungsdosis nach Abbeu der Hernsäuredepots: 2–3 x 1 Teblette pro Tag. Die Tabletten sollen mit reichlich Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden.

Handelsformen und Preise:

OP mit 50 Tabletten DM 37,20
AP mit 250 Tabletten

Hersteller:

Boehringer Mannheim GmbH, 6900 Mannheim

Thrombo-enelbin®-gel

Zusammensetzung:

100 g Gel enthalten: Heperin-Natrium 30 000 I.E., Salicylsäuremonoglycolester 1,0 g, Eucalyptusöl 0,06 g, Levendelöl 0,09 g

Indikationen:

Veriköser Symptomenkomplex. Oberflächliche Thrombosen und Thrombophlebitiden, Postthrombotisches Syndrom, Nechbehandlung von Krempfederverödungen, Unfalltreumen wie Blutergüsse, Versteuchungen, Preilungen, Quetschungen, Zerrungen, Nachbehandlung von Narben (nach Operetionen, Verletzungen, Verbrennungen).

Hinweis:

Thrombo-enelbin-gel darf nicht euf Schleimhäute oder offene Wunden gebracht werden.

Anwendung und Dosierung:

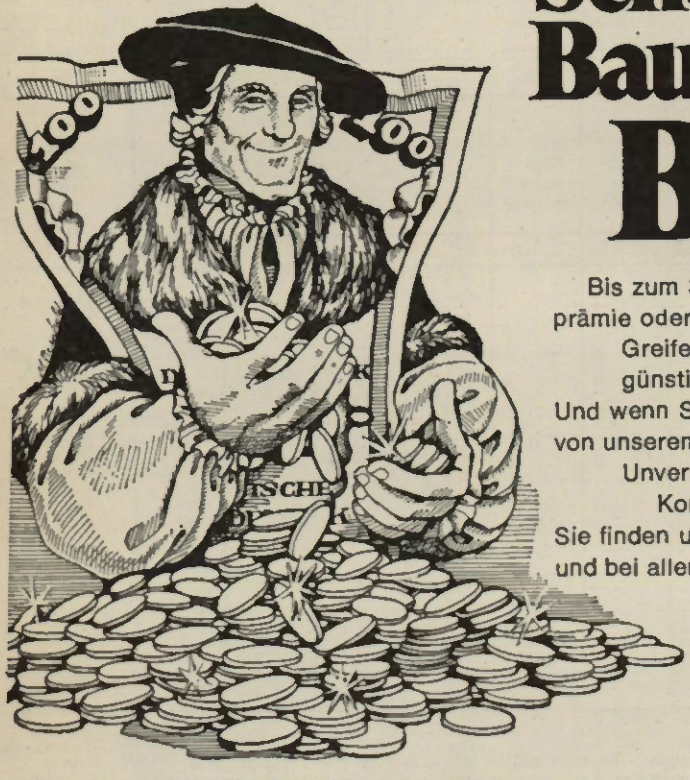
Thrombo-enelbin-gel wird, falls vom Arzt nicht enders verordnet, in dünner Schicht ein- bis mehrmels täglich in die Haut über dem erkrenkten Gebiet sanft eingerieben. Bei Thrombosen und Thrombophlebitiden Thrombo-enelbin-gel nicht einreiben, sondern nur unter Vermeidung jeglichen Drucks euftragen.

Handelsformen und Preise:

OP. 40 g; DM 9,70, 1/1 OP. 100 g; DM 21,65, AP. 500 g (5 x 100 g)

Hersteller:

Cassella-Riedel Pharma GmbH, 6000 Frankfurt/M. 61



Scheffeln Sie Ihre Bauspar-Prämie. Bis 31.12.

Bis zum 31. 12. können Sie für 1973 noch die volle Jahresprämie oder bedeutende Steuervorteile bekommen.
Greifen Sie jetzt zu. Denn Bausparen ist eine der günstigsten Geldanlagen, die es heute gibt.
Und wenn Sie dann bauen oder kaufen, profitieren Sie von unserem zinsgünstigen Baudarlehen zu 5%.
Unveränderlich zinsfest.
Kommen Sie zu uns. Bis 31. 12.
Sie finden uns überall. In unseren vielen Beratungsstellen und bei allen Sparkassen.

Landes Bausparkasse

Bausparkasse der Sparkassen · 8 München 2, Karolinenplatz 1, Telefon 21721

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1973*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Auf gleichem niedrigen Stand wie im August blieb auch im September die Meldehäufigkeit von Scharlacherkrankungen. Sie betrug 22 Fälle auf 100000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung ging insgesamt etwas zurück, und zwar insbesondere die der nicht Meningokokkenbedingten, meist durch Viren erregten Formen.

Wie bereits im August stieg auch im September die Meldeziffer der an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) Erkrankten, und zwar von 52 im August auf 61 im September, jeweils auf 100000 Einwohner. Im gleichen Zeitraum nahm die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 34 auf 37 Fälle je 100000 der Bevölkerung zu.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. September 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung		Übertragbare Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	BT
Oberbayern	–	1	56	–	–	–	5	–	18	–	–	–	7	–	4	–	30	–	207	1	7	–	–	–
Niederbayern	–	–	2	–	–	–	2	–	1	–	–	–	1	–	–	–	1	–	28	–	1	–	–	–
Oberpfalz	–	–	11	–	–	–	4	–	9	–	–	–	–	–	–	–	2	–	51	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	33	–	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	4	–	55	–	–	–	–	–
Mittelfranken	–	–	32	–	–	–	6	–	5	–	–	–	1	–	–	–	2	–	58	1	–	–	–	–
Unterfranken	–	–	26	–	–	–	1	–	1	–	–	–	4	–	3	–	1	–	72	1	–	–	–	–
Schwaben	–	–	26	–	–	–	5	–	2	–	–	–	–	–	2	–	2	–	33	–	2	–	–	–
Bayern	–	1	186	–	–	–	23	–	42	–	–	–	13	–	9	–	42	–	504	3	10	–	–	–
München	–	1	22	–	–	–	–	–	7	–	–	–	7	–	4	–	18	–	89	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	15	–	–	–	1	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	5	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: übrige Formen		Brucellose (übrige Formen)		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf										Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	BT	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	86	–	1	–	2	–	1	–	2	–	–	–	–	–										11
Niederbayern	54	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	3	2										–
Oberpfalz	31	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–										1
Oberfranken	27	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										2
Mittelfranken	38	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										7
Unterfranken	29	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–
Schwaben	41	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–										22
Bayern	306	1	1	–	2	–	1	–	2	–	3	–	3	2										43
München	41	–	1	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–										11
Nürnberg	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–
Augsburg	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–
Würzburg	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–
Fürth	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
[1]) „E" = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
[2]) „ST" = Sterbefälle.
[3]) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Urica-quant®

Enzymatischer Farbtest zur Diagnose der Hyperurikämie und zur Therapiekontrolle.

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

Einfach:
Keine Enteiweißung, nur wenige Pipettierungen, gut geignet auch für Serienbestimmung und Mikroliter-Technik.

Zuverlässig:
Ausgezeichnete Übereinstimmung mit der Uricase-Methode, gesicherte Normalwerte durch Untersuchung eines großen Kollektivs.

Sicher:
Qualitätskontrolle mit Precilip®, dem Kontrollserum auch für die Harnsäurebestimmung mit Urica-quant.

Hersteller:
Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

Kongreßkalender

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

Januer 1974

7. – 25. 1. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs (Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

7. – 11. 1. in Neuherberg:
Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Kurssekreteriet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstr. 1.

8. – 11. 1. in Badgastein:
11. Symposion über Radioaktive Isotope in Klinik und Forschung. Auskunft: Professor Dr. R. H ö f e r, Nuklearmedizinische Abteilung, 2. Medizinische Universitätsklinik, A-1090 Wien, Garnisongasse 13.

12. – 26. 1. in Madonne di Campiglio:
XLV. Fortbildungsfahrgang des Beyerischen Sportärztaverbandes e. V. (Friedrich-Kursa). Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 61/IV.

14. – 25. 1. in Neutreuchburg:
Einführungslehrgeng in die menuelle Wirbelsäulen-Therepie. Auskunft: Dr. med. Karl S e l l, 7972 Isny.

14. – 18. 1. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs / 1. Fortbildungskurs. Auskunft: Kurssekreteriet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

20. 1. – 1. 2. in Neirobi:
Internationale Darmetofogan-Tegung. Auskunft: Dr. E. F. F l n e r t y, North Americen Clinical Dermatology Society 510 Commonwealth Ave, Boston, MA 02 215.

14. – 17. 1. in Neuherberg:
Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Kurssekretariet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

21. – 24. 1. in Neuherberg:
Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Kurssekreteriet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

21. – 25. 1. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs / 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

21. – 26. 1. in München:
Ärztekurs D für Homöotherepie. Auskunft: Dr. med. Arthur B r a u n, 8025 Unterheching, Zeppelinstraße 1.

Februar 1974

4. – 7. 2. in Neuherberg:
Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Kurssekreteriet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. – 9. 2. in Melbourne:
19. Weltkongreß für Sportmedizin. Auskunft: Dr. A. H. T o y n e, 61 Collins St., Melbourne.

11. – 13. 2. in Neuherberg:
Strahlenschutz-Seminer für Ärzte an Beschleunigareniagen. Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1

14. – 16. 2. in München:
12. Deutschar Krebskongreß. Auskunft: Sekreteriet der Deutschen Krebsgesellschaft, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.

4. – 15. 2. in Kühtai:
7. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Thereple. Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongreßreisen, 6000 Frenkfurt, Eschersheimer Landstraße 25–27.

4. – 28. 2. in Bad Nauheim:
XXIV. Fortbildungskurs tür physikalischa Medizin, Befneologie und Bioklimatofogie. Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstreße 10.

27. 2. – 2. 3 in Tübingen:
20. Symposfon der Deutschen Gesellschaft tür Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. J. K r e c h t, 6300 G l e ß e n, Klinikstraße 32 g.

Beffegenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma **Ascha & Co, 2000 Hamburg 50,** beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Raichstein, vertreten durch Dr. med. Lothar Sluke. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Lesarbriefe stellen kaine Meinungsäußerung des Herausgabers oder dar Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

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

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.

Radiologie

zum 1. 1. 1974 oder später suchen wir

1 Oberarzt

Unser Haus das an zentraler Stelle in München liegt, hat 450 Betten mit 8 Fachabteilungen.
Die tarifliche Regelung richtet sich nach dem BAT plus Nebenbezüge.

Bewerbungen werden erbeten an die **Verwaltung der Krankenanstalt Rotes Kreuz, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 163, Tel. (0 89) 13 00 91, App. 250/202**

Der **Landkreis Schwandorf** sucht zum baldmöglichsten Eintritt für das **Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald** (103 Betten) einen Facharzt für Innere Medizin als

Chefarzt der Inneren Abteilung

(ca. 50 Betten). Das Kreiskrankenhaus Neunburg v. W. ist ein Allgemeinkrankenhaus mit zwei Fachabteilungen (Chirurgisch, Gyn./Gebh. und Innere Abteilung). Die medizinische Ausstattung entspricht dem modernsten Stand. Die Anstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis nach den allgemeinen Richtlinien der Chefarztverträge. Das Liquidationsrecht für Leistungen bei Selbstzahlern wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gewährt. Die Ausübung einer ambulanten Privat- und Überweisungspraxis im Hause ist möglich. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Neunburg v. W. liegt in landschaftlich schöner Lage und ist von der Kreisstadt Schwandorf 25 km und von der Universitätsstadt Regensburg 55 km entfernt. Realschule befindet sich am Ort. Gymnasien sind in der näheren Umgebung vorhanden.

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

Die Stadt Goldkronach sucht einen Praktischen Arzt

Wegen Aufgabe der bisherigen Arztpraxis sucht die Stadt Goldkronach einen Praktischen Arzt.

Goldkronach liegt in reizvoller Lage am Fuße des Fichtelgebirges. Die Stadt ist aufstrebend und hat zur Zeit 2100 Einwohner mit einem Einzugsbereich von weiteren 1500 Einwohnern. Nach Abschluß der Gemeindegebietsreform wird sich die Einwohnerzahl auf über 3000 erhöhen.

Goldkronach hat eine gemischte Struktur mit 350 gewerblichen und industriellen Arbeitsplätzen. Eine neu erbaute Grund- und Hauptschule befindet sich am Ort. Außerdem bestehen beste Verkehrsverbindungen zur Festspiel- und zukünftigen Universitätsstadt Bayreuth (ca. 10 Autominuten), zum Verkehrslandeplatz Bayreuth als Zubringerflugplatz zu den Flughäfen Frankfurt und München (5 Autominuten) und zum Skizentrum Fichtelgebirge (10 Minuten).

Bei der Beschaffung von Wohnung und Praxisräumen wird die Stadt behilflich sein. Der Bau eines Arzthauses wird im Rahmen des Bayernprogramms durch Vollfinanzierung zu besonders günstigen Bedingungen gefördert.

Nähere Auskunft erteilt die Kassenärztliche Vereinigung, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a.
Zuschriften bitte an die Kassenärztliche Vereinigung in Bayreuth oder an die **Stadt Goldkronach, 8581 Goldkronach, Landkreis Bayreuth.**

Am **Städtischen Krankenhaus Forchheim/Ofr.**, mit 293 Betten, 3 Hauptabteilungen und 2 Belegarztabteilungen ist für die

Innere Abteilung

mit 100 Betten baldmöglichst zu besetzen:

1 Oberarzt

– Facharzt, Vertreter des Chefarztes, Erfahrung in der Endoskopie erwünscht.

Vergütung je nach Vorbildung BAT I b/I a.

Sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Rufbereitschaftsvergütung nach Tarif.

Fest vereinbarte Nebeneinnahmen.

Bei Bewährung Dauerstellung.

Umzugskosten und Trennungsgeld werden in jedem Falle nach der staatlichen Regelung gewährt. Die Stadt Forchheim ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Forchheim, ca. 24 000 Einwohner, ist Eingangstor zur Fränkischen Schweiz, hat alle weiterführenden Schulen und liegt neben der Universitätsstadt Erlangen-Nürnberg.

Bewerbungen mit üblichen Unterlagen erbeten an: **Med. Dir. Dr. W. Albert, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Forchheim, 8550 Forchheim, Telefon (0 91 91) 7 91**

Am **Kreiskrankenhaus Eggenfelden** ist die Stelle eines

Chirurgischen Oberarztes

sofort zu besetzen. Mit Beginn des neuen Jahres wird das neue Krankenhaus mit 330 Betten (110 chirurgische Betten) bezogen.

Geboten werden:

Vergütung nach I a BAT, Chefarztzuwendung bzw. im neuen Krankenhaus Chefarztabgaben an die nachgeordneten Ärzte. Rufbereitschaftsvergütung.

Bewerbung erbeten an:

Chefarzt Dr. Hans Georg Eckart, 8330 Eggenfelden, Telefon (0 87 21) 8 86.

Beim Nervenkrankenhaus des Bezirks Unterfranken in Lohr am Main sind mehrere Stellen für

Assistenzärzte (-ärztinnen) zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesangestelltentarifvertrag. Zusätzliche Altersversorgung, Bereitschaftsdienstentschädigung, Nebeneinnahmen durch Gutachten und Unterrichtserteilung sind gegeben.

Das Nervenkrankenhaus verfügt über 1050 psychiatrische Betten (Arbeits-, Beschäftigungs-, Musik-, kreative Therapie, Gruppentherapie).

Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie voll anerkannt. Appertement kann evtl. zur Verfügung gestellt werden.

Außerdem besteht die Möglichkeit zur Einstellung von

Medizinalassistenten (-assistentinnen)

Anfragen und Bewerbungen erbeten an den **Direktor des Nervenkrankenhauses, Dr. Kroß, 8770 Lohr am Main, Telefon (0 93 52) 20 21 oder 20 22.**

An der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Bayreuth (210 Betten, Chefarzt: Oberstadtmedizinaldirektor Dr. Weber) sind

zwei Assistenzarztstellen

und

zwei Medizinalassistentenstellen

zu besetzen. Die Chirurgische Klinik ist zur Facharztweiterbildung voll ermächtigt. Das Krankengut besteht etwa zur Hälfte aus Patienten der Allgemeinchirurgie und zur Hälfte aus Unfallverletzten, so daß eine umfassende allgemein- und unfallchirurgische Ausbildung gewährleistet wird. Auf dem Gebiet der Unfallchirurgie erfolgt die Weiterbildung nach den derzeit modernsten Methoden. Es besteht außerdem reichlich Gelegenheit, sich mit dem D-Arzt- und Verletzungsartenverfahren vertraut zu machen.

Die Vergütung richtet sich nach dem Bundesangestelltentarifvertrag. Der zu leistende Bereitschaftsdienst wird nach Stufe D bewertet. Daneben können Einnahmen durch Gutachtertätigkeit erzielt werden. Neben den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (Beihilfe, Umzugskostenvergütung, Kinderzuschlag, zusätzliche Altersversorgung) ist die Stadt Bayreuth bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.

Die Stadt hat alle weiterführenden Schulen und ist Standort der 6. Bayerischen Landesuniversität.

Die zwischen dem Fichtelgebirge und der Fränkischen Schweiz gelegene Festspielstadt bietet neben ihrer landschaftlich reizvollen Lage sehr gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Daneben zeugen ein umfangreiches Bildungsangebot sowie ein regsames kulturelles Leben von dem hohen Freizeitwert der Stadt.

Zur ersten Kontaktaufnahme genügt eine kurze Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Unterlagen über die bisherige ärztliche Tätigkeit, die an die **Stadt Bayreuth, Personalamt, 8580 Bayreuth, Postfach 2840,** zu richten ist.

Erfahrene **zytologische Assistentin**
oder MTA mit guten zytologischen Kenntnissen in der vaginalen Zytologie für Zytologisches Labor in München gesucht. Vergütung nach BAT mit übertariflichen Zuschlägen und weitere soziale Leistungen.
Bei Bedarf kann verbilligtes Appartement gestellt werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/430 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Am Stadtkrankenhaus Traunstein ist zum 1. Januar 1974

1 chirurgische Assistentenstelle

neu zu besetzen.

Das Stadtkrankenhaus Traunstein ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus. Es verfügt über 420 Betten, davon 150 Betten auf der Chirurgischen Abteilung, mit modernsten apparativen Einrichtungen, Intensiv-Pflegestation, modernste Röntgen- und Strahlenabteilung, erstklassig eingerichtetes Labor. Es werden sämtliche allgemeinchirurgischen und unfall-chirurgischen Eingriffe durchgeführt, jährlich über 3000 Operationen. Die Abteilung ist zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zugelassen und besitzt die volle Facharztweiterbildungsmöglichkeit.

Wir bieten: Bezahlung nach Verg.Gr. II/1b BAT, Beihilfengewährung nach den tariflichen Vorschriften im Krankheitsfall sowie beamtenähnliche Altersversorgung, Weihnachtszuwendung und vermögenswirksame Leistungen.

Traunstein liegt in unmittelbarer Nähe des Chiemsees, mitten im landschaftlich reizvollen Chiemgau, wenige Autominuten entfernt von der Autobahn München–Salzburg.

Zuschriften mit den üblichen Bewerbungsunterlagen sind zu richten an das **Personalamt der Stadt Traunstein, Stadtplatz 39, Telefon (08 61) 49 01.**

BUNDESKNAPPSCHAFT

Wir sind Träger von 14 Krankenhäusern mit insgesamt 5500 Betten. Für die **innere Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses in Gelsenkirchen** (137 Betten – Chefarzt Dr. med. Hünnemeyer) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt

Es handelt sich um eine modern eingerichtete Abteilung, die als Facharztweiterbildungsstätte voll anerkannt ist (Gastroskopie, Bulboskopie, Laparoskopie, Leberblindpunktionen, klinische Kardiologie und Intensivmedizin).

Ein gut eingerichtetes Labor mit Schwerpunkt Hämatologie und Blutgerinnungsstörungen ist vorhanden.

Bezüge nach Vergütungsgruppe II a/1b KnAT/BAT, Vergütung des Bereitschaftsdienstes und Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit.

Bewerbungen um diese Stelle erbeten an die **Geschäftsführung der Bundesknappschaft – Dezernat V.1.2. –, 4630 Bochum, Postfach 2150.** Vorherige Fühlungnahme mit **Herrn Chefarzt Dr. med. Hünnemeyer** ist erwünscht. Telefon (02322) 20311.

Die Stadt Schwabach

sucht für die Chirurgische Abteilung des Stadtkrankenhauses zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Auf die Facherztweiterbildung werden bis zu vier Jahren angerechnet.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen - Nürnberg - Fürth. Beste Verkehrsverbindungen. Sitz höherer Schulen. Beheiztes Freischwimmbad, Hallenbad.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

8540 Stadt Schwabach – Personalamt
Postfach 1680

Für das Kreiskrankenhaus 8572 Auerbach i.d. Opf. (1960 erbautes, gut ausgestattetes Allgemein-Krankenhaus mit 80 Betten) wird zur sofortigen oder späteren Anstellung ein

Facharzt für Innere Krankheiten

gesucht.

Geboten werden: geregelte Arbeitszeit, Bezahlung nach Verg.Gr. II bzw. Ib BAT mit allen tariflichen und sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes, Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst und Gutachten.

Die Stadt Auerbach (6000 Einwohner) liegt unmittelbar an der B 85 und nur 5 km von der Autobahn Nürnberg–Bayreuth entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das **Personalamt des Landkreises Amberg-Sulzbach, 8450 Amberg, Postfach 211.**

Einer der größten Bayerischen Badeorte sucht für Klinikum (Rehabilitationszentrum, ca. 600 Betten) mehrere **Oberärzte und Abteilungsärzte, sowie Medizinalassistenten.**

Hohe, übertarifliche Bezahlung zugesichert. Verpflegung, evtl. Unterkunft kann auf Wunsch vom Haus aus gestellt werden. Dienstantritt kann sofort erfolgen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/423 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Ausschreibung

Die Landkreisverwaltung Rottal-Inn in Pfarrkirchen hat in Simbach am Inn ein neues modernes Kreiskrankenhaus erstellt.

Das Haus umfaßt 250 Betten; es wurde am 2. Mai 1966 bezogen. Für die Chirurgische Abteilung dieses Hauses ist ab sofort die Stelle

eines Assistenzarztes und eines Medizinalassistenten

zu besetzen.

Die Einstellung erfolgt in Vergütungsgruppe II bzw. III KAV-AT.

Die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Simbach am Inn umfaßt 79 Planbetten.

Simbach am Inn ist bayerisch-österreichische Grenzstadt mit ca. 10 000 Einwohnern.

Ein staatliches Gymnasium, ein Mädchengymnasium und eine Mädchenmittelschule sind vorhanden.

Der Landkreis Rottal-Inn hat rund 100 000 Einwohner.

Bewerbungen werden erbeten an die Landkreisverwaltung Rottal-Inn – Personalabteilung – 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80, Telefon (08561) 6171.

Persönliche Vorsprache bei Herrn Chefarzt Dr. Felix Anthuber im Kreiskrankenhaus Simbach am Inn, Telefon (08571) 721, wird nach vorheriger Absprache erbeten. Vorstellungskosten werden erstattet.

In der Nephrologischen Abteilung mit Dialysezentrum (Chefarzt Dr. Müffer) des Krankenhauses St. Josef Regensburg ist zum nächstmöglichen Termin die Planstelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

neu zu besetzen. Die Abteilung umfaßt neben einer 20-Betten-Station sieben Dialyse-Behandlungsplätze mit über 1500 Dialysen/Jahr. Alle Röntgenleistungen einschließlich Arteriographien werden selbständig durchgeführt.

Das Krankenhaus St. Josef, ein allgemeines Krankenhaus mit 425 Betten, verfügt außerdem über Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie-Geburtshilfe, Neurologie sowie Belegabteilungen für Urologie, HNO und Augen.

Wir bieten
- Vergütung nach Verg.Gr. 2 bzw. 1b AVR (BAT),
- hohe Bereitschaftsdienstentschädigung,
- beitragsfreie Zusatzaltersversorgung,
- Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Die Universitätsstadt Regensburg (ca. 130 000 Einwohner) bietet in kultureller und sportlicher Hinsicht viele Möglichkeiten und durch ihre landschaftlich reizvolle Umgebung hohen Freizeitwert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, zwei Lichtbilder, beglaubigte Zeugnisfotokopien) werden erbeten an:

Krankenhaus St. Josef des Caritasverbandes für die Diözese Regensburg e. V., 8400 Regensburg, Landshuter Straße 65, Telefon (0941) 71071

Privatnervenklinik Gauting

Vorortsnähe München, in landschaftlich schöner Lage
Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt
alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (0811) 8506051

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungsräumen finden Sie Anregung für individuelle Praxisgestaltung. Verabredungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und ebenso lange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

W. Körber, Inh. J. Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- u. Laborbedarf, 8360 Deggendorf, Gratlinger Straße 108, Telefon (0991) 5972

Räume für Arztpraxis

Im Zentrum von Augsburg (am Königsplatz), 130 qm, preisgünstig ab Anfang 1974 zu vermieten. Aufzug im Haus.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/407 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Da unser Arzt in eigene Räume umzieht, werden zum 1. Januar 1974

Praxisräume in Landshut

– beste Wohn- und Praxislage, City- und Bahnhofsnähe – frei. Apotheke im Hause. Preisgünstige Miete.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/428 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

2 Arztpraxen

à ca. 150 qm, vollkommen neu ausgebaut, mit Personenaufzug usw. im Hause, Kaufbeuren, Ludwigstraße 7 ab nächstem Jahr zu vermieten.

Helmut Hermann
8950 Kaufbeuren-Hirschzell
Kaufbeurer Straße 18, Telefon (08341) 5421

Gut ausgestattete

augenärztliche Praxis

in Nürnberg, sechs Minuten vom Hauptbahnhof entfernt; zentrale, gute Lage; 25 Jahre bestehend; kann im Frühjahr 1974 übergeben werden. 4½ Zimmer, 110 qm, Mietpreis DM 310,– monatlich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/411 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume im Zentrum

einer angenehmen Kreisstadt Nordbayerns, werden im Herbst 1974 für zwei Arztpraxen fertiggestellt. Größe 108 und 140 qm. Verkehrsgünstige Lage in stark frequentierter Geschäftsstraße. Parkplätze in unmittelbarer Nähe. Spezielle Wünsche können noch berücksichtigt werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/417 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Alteingeführte, seit 36 Jahren bestehende, sehr gute

Allgemeinpraxis

in herrlicher Mittelgebirgslage (Nordbayern) – auch als Doppelpraxis – ab 1. Januar oder 1. April 1974 auf Mietbasis abzugeben. Parterrepraxis und 1. Stockwohnung je fünf Zimmer mit Nebenräumen, zentrale Ölheizung. Sonntagsdienst und Urlaubsvertretung durch zwei weitere Kollegen geregelt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/419 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.