



Entkoppelung und Besitzstandswahrung

von Walther Weibauer

Mit § 6 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), der die Verknüpfung von gesondert berechenbarer Unterkunft mit der Vereinbarung privatärztlicher Behandlung für unzulässig erklärt (sogenannte Entkoppelung), tritt am 1. Januar 1974 eine für die Rechtsstellung der leitenden Krankenhausärzte äußerst wichtige, tief in die künftige Vertragsgestaltung mit den Krankenhausträgern einschneidende Bestimmung in Kraft. Wie bedeutsam diese Neuregelung ist, läßt sich daraus ersehen, daß bereits vor ihrem Inkrafttreten der Deutsche Städtetag umfangreiche „Anhaltspunkte zur Anwendung des § 6 der Bundespflegesatzverordnung“ gegeben hat, und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 4. September 1973 in Empfehlungen zur Durchführung des § 6 BPfIV folgende Rechtsauffassung zu den Auswirkungen auf bestehende und zukünftige Chefarztverträge mitteilt:

„Nach § 6 BPfIV ist es in Zukunft nicht mehr möglich, das Liquidationsrecht der Chefarzte mit der Unterbringung der Patienten in Ein- und Zweibettzimmern zu koppeln. Die ärztliche Leistung darf vielmehr nur dann noch gesondert berechnet werden, wenn dies

- a) der für die Pflegesatzregelung zuständigen Behörde mitgeteilt worden ist,
- b) eine entsprechende Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Patient vorliegt und
- c) die allgemeinen Krankenhausleistungen dadurch nicht beeinträchtigt werden.

Die Erfüllung von Chefarztverträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, bleibt nach § 6 letzter Satz BPfIV unberührt, d. h., die beiderseitig vereinbarten Rechte und Pflichten bleiben auch nach Inkrafttreten der BPfIV bestehen.

Diese Besitzstandswahrung für Chefarztverträge besagt jedoch nicht, daß sie in jedem Fall weiterhin unverändert angewendet werden können. Bei ihrer Anwendung ist vielmehr im Rahmen der vertraglich gezogenen Grenzen der neuen Rechtslage Rechnung zu tragen; d. h. auch den Patienten, die nicht die persönliche Behandlung durch den Chefarzt wün-

schen, die Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers zu ermöglichen.

Das bedeutet im einzelnen:

- a) Soweit in Chefarztverträgen eine Organisations- oder Entwicklungsklausel enthalten ist, die dem Krankenhausträger das Recht einräumt, organisatorische Änderungen vorzunehmen, oder wo aufgrund des Chefarztvertrages eine entsprechende Kündigungsmöglichkeit besteht, ist in der Regel von den gegebenen rechtlichen Möglichkeiten Gebrauch zu machen, um Unterbringung und Liquidationsrecht zu entkoppeln.

Eine solche organisatorische Maßnahme kann auch die Herabsetzung der Zahl derjenigen Betten sein, für die dem Chefarzt das Liquidationsrecht eingeräumt worden ist;

- b) sofern der Chefarztvertrag die Möglichkeit zum Widerruf des Liquidationsrechts bei Patienten der dritten Pflegeklasse vorsieht, sollte nunmehr davon Gebrauch gemacht werden, sofern nicht besondere Umstände die Beibehaltung rechtfertigen; ein Widerruf kann unter Umständen unzumutbar sein, wenn anderenfalls ein angemessenes Einkommen des Chefarztes nicht mehr gewährleistet wäre.“

Den hier vertretenen Ansichten muß in einigen Punkten nachdrücklich widersprochen werden. Zum besseren Verständnis der Probleme erscheint es notwendig, im folgenden zuerst auf die Grundlagen und Zusammenhänge der Neuregelung einzugehen.

1. Die Entkoppelung bei Neuverträgen

Mit der Formulierung: „Eine gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige gesondert berechenbare Leistungen abhängig gemacht werden“, verbietet § 6 Satz 3 BPfIV zwingend die Koppelung nur in einer Richtung. Die Aufnahmebedingungen der Krankenhäuser dürfen nicht mehr vorsehen, daß der Patient, der die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer wählt, damit zugleich privatärztliche Behandlung in Anspruch

nimmt. Für künftige Verträge zwischen den Krankenhausträgern und den leitenden Krankenhausärzten ergibt sich daraus die zwingende Folge, daß das Liquidationsrecht nicht mehr automatisch für die Behandlung aller der Patienten eingeräumt werden kann, die in einem Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht sind, wie das bisher üblich war.

Eine Aussage darüber, ob umgekehrt die Vereinbarung privatärztlicher Behandlung davon abhängig gemacht werden darf, daß der Patient eine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch nimmt, enthält die BpflV nicht. Solange diese Frage nicht landesrechtlich in der einen oder anderen Richtung entschieden ist (§ 18 Abs. 4 des Krankenhausreformgesetzes von Rheinland-Pfalz etwa schreibt die beiderseitige Entkoppelung zwingend vor), bleibt es dem Krankenhausträger überlassen, die Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung auch Selbstzahlern der allgemeinen Pflegeklasse anzubieten oder an die Vereinbarung einer besseren Unterkunft zu koppeln¹⁾. Allerdings wird in den Landesgesetzen zur Ausführung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) folgende Entschließung des Bundestages vom 1. März 1972 nicht unberücksichtigt bleiben können, die in Richtung auf die beiderseitige Entkoppelung, also das volle Wahlrecht des Patienten, weist:

„Soweit die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen bereits gegeben sind, sollten Individuelle Wünsche berücksichtigt werden, ohne daß damit andere vom Benutzer nicht gewünschte Leistungen im Krankenhaus verbunden werden; insbesondere sollte eine Unterbringung der Patienten in einem Ein- oder Zweibettzimmer nicht grundsätzlich mit einem gesonderten Behandlungsvertrag zwischen Patienten und einzelnen Ärzten gekoppelt sein.“²⁾

Diese Entschließung dient in erster Linie der Konkretisierung der inhaltlich wohl zu wenig präzisen Verordnungsermächtigung in § 16 KHG. Darüber hinaus kommt ihr jedoch Bedeutung zu für landesrechtliche Bestimmungen über das ärztliche Liquidationsrecht und – falls der Landesgesetzgeber diese Frage ungeklärt läßt – zumindest für Verträge, die öffentliche Krankenhausträger mit leitenden Ärzten abschließen. Für die Vereinbarung der beiderseitigen Entkoppelung bietet sich etwa folgende Formulierung an:

„Dem Chefarzt steht im stationären Bereich das Liquidationsrecht (einschließlich des Arzthonorars bei ärztlichen Sachleistungen) für die ärztlichen Einrichtungen bei den Patienten zu, mit denen die gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen vereinbart wurde, sowie für die Mitbehandlung und konsiliarische Betreuung derjenigen Patienten, bei denen der behandelnde Abteilungsarzt gemäß § 6 BpflV liquidationsberechtigt ist.

Das Krankenhaus macht die Vereinbarung mit dem Patienten über die ärztliche Behandlung als geson-

dert berechenbare Leistung nicht von der Inanspruchnahme anderer Sonderleistungen abhängig.“

2. Die „Bündelung“ bei Neuverträgen

Der auf Vorschlag des Bundesrates eingefügte Satz 4 des § 6 BpflV bestimmt, daß der Patient ärztliche Leistungen nur en bloc als gesondert berechenbare Leistungen vereinbaren und seine Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte beschränken kann. Dieses Prinzip der Bündelung ist von Bedeutung vor allem für die Fachgebiete, deren persönliche Kontakte zum Patienten nach der Natur ihres Aufgabenbereichs nicht den gleichen Umfang haben wie die des Facharztes, bei dem der Schwerpunkt der Behandlung liegt. Hat der Patient etwa die Behandlung durch den Chirurgen als gesondert berechenbare Leistung gewählt, so gilt dies automatisch auch für die Leistungen der mitbehandelnden Ärzte (z. B. Radiologe, Laborarzt, Anästhesist und Konsiliarii). Es würde zu erheblichen Schwierigkeiten für den Krankenhausträger und zu einer nicht gerechtfertigten Differenzierung zwischen den in notwendiger Arbeitsteilung³⁾ tätigen Ärzten führen, wenn die persönliche Dienstleistung und damit das private Liquidationsrecht auf einen der Ärzte beschränkt würde. Dem hat die BpflV mit der Festlegung des sogenannten „Bündelungsprinzips“ ausdrücklich Rechnung getragen.

3. Wahrung des Besitzstandes

Als sich der Ordnungsgeber dafür entschied, in der BpflV die Koppelung zwischen Unterkunft und ärztlichem Liquidationsrecht zwingend auszuschließen, stellte sich für ihn zugleich die Frage, wie für die vor dem Inkrafttreten des Koppelungsverbot (1. Januar 1974) abgeschlossenen Dienstverträge leitender Ärzte zu verfahren ist. Er stand vor dem Problem, ob er der Durchsetzung des mit der Entkoppelung erstrebten gesetzgeberischen Anliegens oder der Wahrung des Besitzstandes den Vorzug geben sollte. Dieser „Zielkonflikt“ ist durch § 6 Satz 5 BpflV eindeutig zugunsten der sogenannten Altverträge entschieden worden. Diese Bestimmung lautet: „Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, bleibt unberührt.“

Ob dem Ordnungsgeber insoweit eine echte Entscheidungsmöglichkeit zustand, mag zweifelhaft sein; die Bestimmung zugunsten der Besitzstandswahrung wird man jedoch nicht als bloßen deklaratorischen Hinweis auf bestehende Verfassungsgebote abtun können⁴⁾, wie schon die Entstehungsgeschichte zeigt. Im Zuge der Beratungen der BpflV wurde die Streichung dieses Satzes „als überflüssig“ empfohlen, der Bundesrat sah jedoch ein „praktisches und rechtliches Bedürfnis“ für eine derartige Regelung. Ein rechtliches Bedürfnis hat schon deshalb bestanden, weil ohne eine ausdrückliche Bestimmung offen geblieben wäre, ob nach dem Willen des Ordnungsgebers die Altverträge rückwirkend vom Entkopplungsprinzip erfaßt werden oder gegen die Rechtsänderung „resistent“

sein sollen. Der Hinweis in den Beratungen des Entwurfs auf das „verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot“ hätte für sich allein nicht ausgereicht, um die Einwirkung auf die Altverträge eindeutig auszuschließen.

Bei der Frage, ob Verträge, die vor dem 1. Juli 1972 abgeschlossen wurden (sogenannte Altverträge), in das Koppelungsverbot einzubeziehen sind, waren nicht die engen verfassungsrechtlichen Grenzen, die das Rechtsstaatsprinzip der echten (retroaktiven) Rückwirkung setzt⁵⁾, zu beachten. Es handelt sich dabei nicht um einen nachträglich ändernden gesetzlichen Eingriff in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände. Vielmehr würde mit der Erstreckung des Koppelungsverbots auf Altverträge in gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft eingegriffen. Bei einer solchen unechten (retrospektiven) Rückwirkung ist zur Bestimmung der verfassungsrechtlichen Grenze das Vertrauen des einzelnen auf den Fortbestand der bestehenden gesetzlichen Regelung mit der Bedeutung des gesetzgeberischen Anliegens für das Wohl der Allgemeinheit abzuwägen⁶⁾.

Grundsätzlich wäre es also vorstellbar gewesen, daß der Verordnungsgeber sich über die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine Rückwirkung der Entkoppelungsregelung hinweggesetzt und gegen den Vertrauensschutz entschieden hätte. Bereits sein Schweigen hätte dahin verstanden werden können, daß er die Entkoppelung schlechthin für alle Verträge gelten lassen wolle. Der Verordnungsgeber hat zweifellos gut daran getan, diese potentielle Streitfrage ausdrücklich zu entscheiden. Er hat die widerstreitenden Interessen bei der Hereinnahme der Besitzstandsklausel abgewogen und mit der Entscheidung zugunsten des Prinzips „pacta sunt servanda“ dem Vertrauensschutz und damit dem Prinzip der Rechtssicherheit den Vorrang eingeräumt. Dieser Entscheidung für die Besitzstandswahrung kommt über die unmittelbare Aussage hinaus grundlegende Bedeutung bei der Prüfung zu, ob und wie der Krankenhausträger mit dem Ziel der Entkoppelung auf Altverträge einwirken kann. Dabei kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

a) Berufung auf die „clausula rebus sic stantibus“

Außer dem ausdrücklich vereinbarten Inhalt liegen einem Vertrag in der Regel vielfältige nicht artikulierte Vorstellungen der Parteien von dem Vorhandensein, Vorhandenbleiben oder künftigen Eintritt bestimmter Umstände zugrunde. Handelt es sich dabei um für den Vertragsschluß substantielle und motivierende Umstände, von denen beide Vertragspartner übereinstimmend oder eine Partei für die andere erkennbar ausgehen, spricht man von der „Geschäftsgrundlage“ des Vertrags. Eine nachträgliche Änderung der Geschäftsgrundlage begründet nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs das Recht, die Anpassung des Vertrags an die neue Lage zu fordern⁷⁾. Grundlage dieser Konstruktion ist die Annahme, daß

jedem Vertrag auch ohne besondere Abrede die „clausula rebus sic stantibus“ innewohnt und demzufolge die Bindung an die Vereinbarung entfällt, wenn eine grundlegende Änderung der bei Vertragsschluß vorliegenden allgemeinen oder speziellen Verhältnisse eintritt.

Es steht zwar außer Zweifel, daß § 6 BPfIV die rechtlichen Verhältnisse, auf deren Grundlage die Liquidationsbestimmungen in Altverträgen vereinbart wurden, grundlegend ändert. Mit der ausdrücklichen Bestimmung in Satz 5, daß die Altverträge unberührt bleiben, hat der Verordnungsgeber jedoch autoritativ auch mitentschieden, daß der Krankenhausträger sich hinsichtlich der Entkoppelung nicht auf eine Änderung der Geschäftsgrundlage berufen kann. Er hat für Verträge, die vor dem 1. Juli 1972 abgeschlossen wurden, die Rechtslage und damit die Geschäftsgrundlage ausdrücklich „konserviert“. Dem Krankenhausträger ist es deshalb verwehrt, sich auf die „clausula rebus sic stantibus“ zu berufen und bei den Altverträgen auf diesem Weg die Entkoppelung von Unterbringung und Liquidation herbeizuführen.

b) Anwendung von Organisations- oder Entwicklungsklauseln

Dienstverträge leitender Ärzte enthalten in zunehmendem Maße Bestimmungen, die als „Organisationsklauseln“ oder als „Entwicklungsklauseln“ bezeichnet werden. Ein Teil der Verträge beschränkt sich auf die eine, ein Teil auf die andere Klausel, manche Verträge stellen auch beide nebeneinander, verwenden sie also kumulativ. So unterschiedlich im einzelnen die Klauseln auch formuliert sind, dienen sie doch dem gleichen Zweck. Sie konkretisieren und spezifizieren die Umstände, auf die sich der Krankenhausträger berufen kann, um eine Änderung des Vertrags herbeizuführen. Sie räumen, soweit sie diese Umstände breit fächern, dem Krankenhausträger die Befugnis ein, sich auf Veränderungen der tatsächlichen und rechtlichen Situation zu berufen, die ohne ausdrückliche vertragliche Vereinbarung vielleicht nicht ausreichen würden, eine Vertragsänderung zu rechtfertigen. Gleichwohl sind die Organisations- und Entwicklungsklauseln von der Sache her nichts anderes als ausformulierte „clausulae rebus sic stantibus“, mit denen sich der Krankenhausträger im organisatorischen Bereich einen größeren Freiraum wahrt. Er will sich durch den Dienstvertrag nicht gehindert sehen, neuen tatsächlichen oder rechtlichen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, die sich z. B. aus der medizinischen Entwicklung ergeben, etwa weil nach Abschluß des Vertrags neue Fachgebiete entstanden sind, für deren Etablierung im Krankenhaus ein dringendes sachliches Bedürfnis besteht⁸⁾.

Es stellt sich die Frage, ob die Krankenhausträger — wie u. a. in der zitierten Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen — von Organisations- oder Entwicklungsklauseln Gebrauch machen

können, um Unterbringung und Liquidation auch bei Altverträgen zu entkoppeln. Hätte der Ordnungsgeber in § 6 BPfIV zur Frage der Besitzstandswahrung geschwiegen, so wäre der Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft belzutreten, daß der Krankenhausträger die Entkoppelung unter Berufung auf eine Organisations- oder Entwicklungsklausel gegenüber dem verfassungsrechtlichen Schutz wohlverborener Rechte (sie unterfallen der Eigentumsgarantie nach Art. 14 GG¹⁰⁾) durchzusetzen vermöchte. Er könnte dann geltend machen, daß der Vertrag selbst ihm Eingriffsvorbehalte einräume, insoweit also dem leitenden Arzt keinen gesicherten Besitzstand verbürge. Der Ordnungsgeber hat jedoch in § 6 Satz 5 BPfIV ausdrücklich zugunsten der Besitzstandswahrung und des Vertrauensschutzes entschieden. Damit hat er zugleich entschieden, daß die Entkoppelung die Geschäftsgrundlage bei Altverträgen nicht verändert und damit auch ein Gebrauchmachen von derartigen Klauseln nicht zu rechtfertigen vermag⁹⁾. Durch das „Einfallstor“ der Organisations- und Entwicklungsklauseln können nur solche Umstände Wirkungen auf bestehende Verträge entfalten, deren Effizienz nicht gesetzlich eingeschränkt ist; mit der Besitzstandsklausel aber wird jede Auswirkung der Entkoppelung auf Altverträge ausgeschlossen. Es muß hier das gleiche gelten wie für die allgemeine Berufung auf die Veränderung der Geschäftsgrundlage. Das Gebrauchmachen von der formalen Rechtsposition, die dem Krankenhausträger durch die Entwicklungsklausel eingeräumt ist, wäre ein geradezu klassischer Fall von unzulässiger Gesetzesumgehung. Die Erfüllung von Altverträgen bliebe dann der Sache nach eben nicht von der neuen Rechtsentwicklung unberührt, wie Satz 5 bestimmt.

Schwierigkeiten, die sich aus dem Nebeneinander von Alt- und Neuverträgen im gleichen Krankenhaus – also von gekoppelter Unterbringung und Liquidation mit entkoppelter Unterbringung und Liquidation – ergeben, hat der Ordnungsgeber vorhergesehen und bewußt in Kauf genommen. Sie müssen nach seiner ausdrücklichen Entscheidung zugunsten des Vertrauensschutzes und des „pacta sunt servanda“ zurücktreten.

Wenn im Gegensatz zu der hier vertretenen Ansicht die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt, von den in Altverträgen enthaltenen Entwicklungs- und Organisationsklauseln Gebrauch zu machen, um der neuen Rechtslage Rechnung zu tragen, so erscheint es zudem zweifelhaft, ob die Entkoppelung das ausschlaggebende Motiv war. Während nämlich in Nr. 1 a) der zitierten Empfehlungen für eine Entkoppelung der Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern mit privatärztlicher Liquidation, also für eine Erweiterung des Wahlrechts der Patienten plädiert wird, bewirkt die Empfehlung in Nr. 1 b) für die Patienten der allgemeinen Pflegeklasse das Gegenteil, nämlich eine Koppelung von privatärztlicher Liquida-

tion an die Inanspruchnahme einer besseren Unterkunft. Wird nämlich das Liquidationsrecht bei Selbstzahlern der dritten Pflegeklasse widerrufen, so können diese Patienten die Behandlung als gesondert berechenbare Leistung nicht mehr vereinbaren. Ihr Wahlrecht bleibt also – entgegen der Zielsetzung des § 6 BPfIV und im Widerspruch zu der zitierten Entschließung des Bundestages – eingeschränkt, obwohl es nach der BPfIV hätte freigegeben werden können. Aus diesem inneren Widerspruch muß gefolgert werden, daß die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft primär von der Tendenz geprägt sind, das Liquidationsrecht der leitenden Ärzte einzuschränken. Insoweit decken sich die Empfehlungen unter Nr. 1 a) und 1 b) in ihren Auswirkungen voll.

c) Organisatorische Maßnahmen

Die in Satz 5 getroffene Entscheidung des Ordnungsgebers zugunsten der Besitzstandswahrung verbietet es weiter, in den rechtlich geschützten Besitzstand der Altverträge auf irgendeine andere Weise mit der Begründung einzugreifen, daß damit dem Entkopplungsgebot Rechnung getragen werden solle. Insbesondere können organisatorische Maßnahmen, wie etwa die Herabsetzung der Zahl derjenigen Betten, für die dem Chefarzt das Liquidationsrecht vertraglich eingeräumt worden ist, nicht mit dieser Begründung gerechtfertigt werden. Die in den zitierten Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vertretene gegenteilige Ansicht läuft im Ergebnis auf nichts anderes hinaus, als auf eine unzulässige Umgehung der positiv-rechtlichen Entscheidung des Ordnungsgebers.

d) Widerruf des Liquidationsrechts

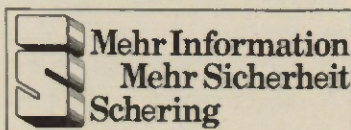
Sofern in dem Altvertrag das Liquidationsrecht bei Selbstzahlern der früheren dritten Pflegeklasse widerruflich eingeräumt ist, zählt dieses Liquidationsrecht nur in eingeschränktem und abgeschwächtem Maße zum Besitzstand des Arztes. Allerdings ist die Dispositionsbefugnis des Krankenhausträgers keine unelingschränkte; auch das mit der Widerrufsmöglichkeit belastete Liquidationsrecht genießt einen – freilich begrenzten – Besitzschutz. Die Befugnis zum Widerruf dieses Rechts findet dort ihre Schranken, wo ein sachlicher Grund für diese Maßnahme fehlt. Insoweit wird man dem verfassungsrechtlich verankerten Willkürverbot (Art. 3 GG) Bedeutung auch im Bereich des Dienst- und Arbeitsrechts zusprechen müssen. In diesem Sinne hat z. B. das Bundesarbeitsgericht für den vertraglichen Vorbehalt der Teilung einer Abteilung entschieden, daß der Krankenhausträger von dem Teilungsrecht nur nach „billigem Ermessen“, d. h. aus sachlich gerechtfertigten Erwägungen, Gebrauch machen darf¹¹⁾.

Zwar könnte man grundsätzlich die durch § 6 BPfIV zwingend eingeführte Entkoppelung von Unterbringung und Liquidation als sachlich gerechtfertigten

Ob man mit einem Medikament viel oder nichts ausrichtet - ist oft nur eine Frage der Information.



Je vollständiger die Information,
umso leichter hat es der Arzt,
umso größer ist seine Chance,
die Wirkung des Medikamentes
wirklich optimal zu nutzen.
Grund genug für Schering, dem
Arzt zu jedem Präparat
konsequent die vollständige
Information zu liefern.
Damit er umso mehr ausrichtet.



Mehr Information
Mehr Sicherheit
Schering

Schering AG Berlin/Bergkamen

Grund für die Ausübung des Widerrufsrechts ansehen. Die ausdrückliche Entscheidung des Verordnungsgebers für die Besitzstandswahrung in § 6 Satz 5 BPfIV zwingt jedoch zu dem Schluß, daß auch hier die Entkoppelung gerade keinen sachlichen Grund gibt, um von dem Widerruf Gebrauch zu machen. Die zu den Entwicklungs- und Organisationsklauseln getroffene Feststellung, daß mit der Besitzstandsklausel jede Auswirkung der Entkoppelung auf Altverträge ausgeschlossen wird, gilt auch für den Widerruf des Liquidationsrechts¹²⁾.

Außerdem hat der Krankenhausträger neben seinen eigenen Interessen bei der Entscheidung über den Widerruf auch die Belange des betroffenen Arztes zu berücksichtigen. Wenn der Widerruf zu nicht unerheblichen finanziellen Einbußen des Arztes führen würde, wird schon die arbeitsrechtliche Fürsorgepflicht, die den Krankenhausträger als Dienstherrn trifft, entgegenstehen.

4. Besitzstand des beamteten Krankenhausarztes

Die überwiegende Zahl der leitenden Krankenhausärzte steht in einem bürgerlich-rechtlichen Anstellungsverhältnis zum Krankenhausträger. Schon dem Wortlaut nach gilt die Besitzstandsklausel in § 6 Satz 5 BPfIV jedoch auch für Verträge zwischen öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern und beamteten Chefärzten. Bei sinngemäßer Auslegung muß der Schutz von vertraglich eingeräumten Rechten ebenso für entsprechende Zusicherungen gelten, die der Krankenhausträger einseitig in Form eines mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsaktes vor dem 1. Juli 1972 gegeben hat. Der Widerruf einer derartigen begünstigenden Zusage unter Berufung auf die durch § 6 BPfIV geschaffene neue Rechtslage ist dem Krankenhausträger gegenüber dem beamteten Chefarzt ebenso verwehrt wie die Forderung nach Anpassung eines bürgerlich-rechtlichen Dienstvertrages aufgrund der „*clausula rebus sic stantibus*“ oder aufgrund einer Entwicklungsklausel.

Eine andere Frage ist es, inwieweit der Landesgesetzgeber in dem – von Land zu Land verschiedenen – Nebentätigkeitsrecht der Beamten dem Entkopplungsprinzip Rechnung tragen kann. Soweit es sich um vor dem 1. Juli 1972 eingeräumte Privatliquidationsrechte handelt, wird er dabei freilich die bundesrechtliche Entscheidung für die Besitzstandswahrung zu respektieren haben.

5. Änderung von Verträgen

Zur Änderung des Inhalts eines Vertrags ist nach § 305 BGB ein Vertrag zwischen den Parteien des zu ändernden Vertrags erforderlich. Durch die Änderungsvereinbarung wird also ein laufender Vertrag nach dem übereinstimmenden Willen der Vertragspartner in bestimmten Punkten modifiziert. Dies hat jedoch nach ganz herrschender Ansicht nicht zur Folge, daß der ur-

sprüngliche Vertrag erloschen ist und ein neuer Vertrag mit dem geänderten Inhalt an seine Stelle tritt. Vielmehr bleibt das Schuldverhältnis trotz Änderung des Schuldinhalts dasselbe. Alle, auch die abgeänderten Bestimmungen sind auf den ursprünglichen Vertrag zurückzubeziehen; die abgeänderten Bestimmungen treten nicht aus dem alten Schuldverhältnis heraus, sondern werden Bestimmungen des alten Schuldverhältnisses¹³⁾. Durch Änderung einzelner Vertragsklauseln verliert ein Vertrag, der vor dem 1. Juli 1972 mit einem leitenden Krankenhausarzt abgeschlossen wurde, also nicht den Schutz des § 6 Satz 5 BPfIV; die Änderungsvereinbarung läßt die Identität des Altvertrags unberührt.

6. Verlängerung von Verträgen

Die Frage, ob die Verlängerung eines Altvertrags nach dem 1. Juli 1972 als Neuabschluß zu qualifizieren ist mit der Folge, daß der Bestandsschutz nach § 6 Satz 5 BPfIV verlorengelht, kann entgegen HARSDORF¹⁴⁾ keineswegs ohne weiteres bejaht werden. Die Vertragsverlängerung könnte nur dann als Vereinbarung nach dem Stichtag angesehen werden, wenn sie dogmatisch eine Aufhebung des alten Vertrags gekoppelt mit einem Neuabschluß darstellt. Das wird man aber nur bei einer sogenannten Vertragsumschaffung (Novation) annehmen können, nicht jedoch bei einer Vertragsänderung im Sinne des § 305 BGB. Wie oben ausgeführt, verliert ein Vertrag durch eine bloße Änderung des Schuldinhalts nach allgemeiner Ansicht nicht seine Identität. Für die Unterscheidung zwischen einer zweifaktigen Novation (Vertragsaufhebung und Neuabschluß) und einer Vertragsänderung ist der Wille der Parteien im Rahmen einer Vertragsauslegung maßgebend. Im Zweifel ist eine bloße Abänderung gewollt¹⁵⁾, man wird besondere Umstände fordern müssen, die auf den Abschluß eines neuen Vertrags hindeuten¹⁶⁾.

Der Auffassung, daß eine Vertragsverlängerung als bloße Änderung der Laufzeitbestimmung und nicht als Neuabschluß zu den alten Konditionen angesehen werden kann, könnte entgegengehalten werden, daß die Besitzstandsklausel in § 6 Satz 5 BPfIV nur den Schutz von Altverträgen für die Dauer ihrer ursprünglich vereinbarten Laufzeit bezwecke und daß es der Krankenhausträger in der Hand habe, den Altvertrag auslaufen zu lassen und einen neuen Vertrag zu schließen. Zwar werden diese Gesichtspunkte nicht völlig unberücksichtigt bleiben können. Es kann jedoch unter Umständen, etwa bei langer Laufzeit des Altvertrags, grob unbillig sein, einen Neuvertrag zu schließen, wenn sich der Arzt auf eine Verlängerung des Altvertrags einstellen durfte. In solchen Fällen wird auch in Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kein Neuabschluß im Sinne des § 6 Satz 5 BPfIV anzunehmen sein, sondern vielmehr der Besitzstandsschutz, der dem Altvertrag zukam, auch auf den fortgesetzten Vertrag zu beziehen sein¹⁷⁾.

7. Wechsel des Krankenhausträgers

Auch bei einem Wechsel des Krankenhausträgers liegt keine Beendigung der laufenden Verträge und ein (eventuell stillschweigender) Neuabschluß zu den alten Konditionen mit dem neuen Krankenhausträger vor. Vielmehr tritt der neue Krankenhausträger nach § 613 a BGB in alle Rechte und Pflichten aus den bestehenden Dienstverhältnissen ein¹⁸⁾. Damit trifft ihn sowohl nach § 613 a BGB die Verpflichtung, die Dienstverträge mit den Ärzten wie abgeschlossen zu erfüllen, als auch aus § 6 Satz 5 BPfIV das Verbot, in Altverträge einzugreifen mit dem Ziel, die Entkoppelung durchzusetzen.

8. Die „Bündelung“ bei Altverträgen

Wenn ein leitender Arzt mit einem Altvertrag, für den nach § 6 Satz 5 BPfIV das Entkoppelungsprinzip nicht gilt, die Behandlung eines gesondert untergebrachten Patienten mit anderen Ärzten durchführt, bei denen die Entkoppelung nach § 6 zum Zuge kommt, stellt sich die Frage, ob der Grundsatz der Bündelung (Satz 4) den der Entkoppelung überlagert oder umgekehrt. Würde man der Entkoppelung den Vorrang einräumen, so hätte das zur Folge, daß an der Behandlung sowohl zur Liquidation berechnete als auch nicht berechnete Ärzte beteiligt sind. Diese Aufspaltung wäre nicht zweckmäßig und widerspräche dem in Satz 4 normierten Grundsatz. Deshalb wird dem Prinzip der Bündelung der Vorrang einzuräumen sein¹⁹⁾. Dies erscheint insbesondere auch deshalb sachgerecht, weil § 6 Satz 5 BPfIV zeigt, daß die Entkoppelung kein Anliegen ist, das ausnahmslos mit sofortiger allgemeiner Wirkung durchgesetzt werden soll.

9. Verträge zwischen 1. Juli 1972 und 31. Dezember 1973

In § 6 Satz 5 BPfIV wird als Stichtag auf den 1. Juli 1972 abgestellt und nicht auf den Tag des Inkrafttretens des Koppelungsverbotes (1. Januar 1974). Verträge, die zwischen dem 1. Juli 1972 und dem 31. Dezember 1973 und damit noch unter der Geltung des bisherigen Rechts abgeschlossen wurden, sollen nach der Entscheidung des Verordnungsgebers nicht resistent sein gegen die Änderung der Rechtslage. Es fragt sich, ob diese Rückwirkung des Entkoppelungsgebots nicht als Verstoß gegen das Prinzip der Besitzstandswahrung (vgl. Art. 14 GG) unzulässig und aus verfassungsrechtlichen Gründen als Stichtag deshalb die Verkündung der BPfIV oder ihr Inkrafttreten anzunehmen ist²⁰⁾.

Mit der Wahl des 1. Juli 1972 als Stichtag hat der Verordnungsgeber der BPfIV Rückwirkung auf die zwischen diesem Termin und dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der BPfIV abgeschlossenen Verträge beigegeben. Da damit in gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft eingegriffen wird, liegt — wie oben bereits erwähnt — eine unechte (retrospektive) Rückwirkung vor. Bei der für die Zulässigkeit einer derartigen Rückwirkung notwendigen Abwägung zwischen dem Vertrauen des einzelnen auf Fortbestand der gesetzlichen

Regelung mit der Bedeutung des gesetzgeberischen Anliegens für das Wohl der Allgemeinheit wird nicht unberücksichtigt bleiben können, daß sich die Entkoppelung durch die BPfIV bereits seit einiger Zeit abzeichnete²¹⁾, andererseits aber erscheint die Wahl gerade dieses Stichtages (am 1. Juli 1972 trat mit § 16 KHG die Ermächtigungsgrundlage für die BPfIV in Kraft) keineswegs zwingend.

Ob die Entscheidung des Verordnungsgebers für diesen Stichtag einer gerichtlichen Überprüfung standhält, muß deshalb dahingestellt bleiben.

Zusammenfassung

§ 6 BPfIV normiert in Satz 3 das Prinzip der „Entkoppelung“ und in Satz 4 das Prinzip der Bündelung. In Satz 5 ist der Zielkonflikt zwischen der Verwirklichung des Entkoppelungsprinzips und dem Grundsatz „pacta sunt servanda“ zugunsten des Bestandsschutzes der Verträge entschieden, die vor dem 1. Juli 1972 geschlossen wurden.

— § 6 Satz 5 BPfIV konserviert für Altverträge die Rechtslage und verwehrt den Krankenhausträgern insoweit die Berufung auf die „clausula rebus sic stantibus“ (Änderung der Geschäftsgrundlage).

— In Altverträge kann deshalb weder über eine Organisations- oder Entwicklungsklausel mit dem Ziel eingegriffen werden, den Grundsatz der Entkoppelung durchzusetzen, noch darf mittelbar durch organisatorische Maßnahmen der vertraglich gesicherte Besitzstand eingeschränkt werden.

— Wenn einem Arzt widerruflich das Liquidationsrecht für Selbstzahler der früheren dritten Pflegeklasse eingeräumt ist, sind aus Gründen des Besitzstandsschutzes und der Fürsorgepflicht des Dienstherrn der Ausübung des Widerrufs Grenzen gesetzt.

— Vereinbarten Krankenhausträger und leitender Arzt die Änderung einzelner Bestimmungen eines Altvertrages, behält dieser seine Identität; es tritt kein neuer Vertrag mit dem geänderten Inhalt an die Stelle des Altvertrags.

— Die Verlängerung eines Altvertrags nach dem Stichtag bedeutet keinesfalls stets den Neuabschluß eines Vertrags im Sinne des § 6 Satz 5 BPfIV. Gute Gründe können dafür sprechen, den Besitzstandsschutz auch auf den verlängerten Vertrag zu erstrecken.

— Ein Wechsel des Krankenhausträgers bleibt ohne Einfluß auf laufende Verträge; er läßt den Charakter des Altvertrags unberührt.

— Steht dem behandelnden Arzt aufgrund eines Altvertrags das Liquidationsrecht zu, so steht dies auch den mitbehandelnden Ärzten zu, deren Dienstverträge nach dem Stichtag geschlossen wurden. Der Grundsatz der Bündelung (§ 6 Satz 4 BPfIV) hat hier Vorrang vor dem der Entkoppelung (§ 6 Satz 3 BPfIV).

— Ob der Eingriff des Verordnungsgebers in Verträge, deren Abschluß nach dem 1. Juli 1972, aber noch vor dem Inkrafttreten der BPfIV (1. Januar 1974) liegt, zulässig ist, erscheint verfassungsrechtlich fraglich.



® Efanex

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

Zusammensetzung

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

Indikationen

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepa-

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

Dosierung

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

Zu beachten

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

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

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

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

Handelsformen und Preise

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

Anmerkungen

1. HARSDORF, Das Krankenhaus, 1973, S. 113/136; BAUR/HESS, Bundespflegesatzverordnung und ärztliches Liquidationsrecht, Der Krankenhausarzt S. 371/372; der Vorschlag, eine „Entkoppelung nach beiden Richtungen“, also die völlige Uneabhängigkeit der Leistungsarten voneinander ausdrücklich in der BPIV vorzuschreiben, der auch bei den Beratungen in den Bundsratsausschüssen gemacht wurde, fand keine Mehrheit.
2. vgl. BT-Drucksache VI/3083 und Bericht über die 174. Sitzung des Deutschen Bundestages, S. 10081.
3. vgl. WEISSAUER, Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anaesthetist und Operateur, „Der Anaesthetist“, 11, S. 239 – 271 (1962).
4. anderer Ansicht BAUR/HESS, a. a. O., S. 373.
5. vgl. BVerfG 13, 270 f. und LEIBHOLZ-RINCK, Grundgesetz, Rdnr. 41 zu Art. 20.
6. vgl. BVerfG 14, 288/300; 22, 241/249; 234, 220/230.
7. vgl. BGH NJW 1951, 837; 1953, 1585; 1958, 785; BGHZ 47, 52.
8. vgl. WEISSAUER, Zur Rechtsstellung der Chef- und Belegärzte bei der Errichtung neuer Krankenhausebteilungen, Anästhesiologische Informationen, 1970, Heft 3.
9. so im Ergebnis auch BAUR/HESS, a. a. O., S. 373.
10. vgl. BGH NJW 1954, 1079/1080 und MDR 1959, 918; SCHEERBARTH, a. a. O., S. 39.
11. BAG NJW 1973, 581.
12. im Ergebnis ebenso BAUR/HESS, a. a. O., S. 373.
13. vgl. SOERGEL-SIEBERT, Kommentar zum BGB, Anm. 24, 25 b ff. zu § 305 mit Nachweisen.
14. a. a. O., 134.
15. RG JW 1938, 1391.
16. RGZ 162, 245; Im übrigen ist nach allgemeiner Ansicht der Abschluß kurzfristiger Arbeitsverträge, die nach Abschluß jeweils neu geschlossen werden (sog. Kettenarbeitsverträge), als Umgehung der Kündigungsschutzvorschriften grundsätzlich unzulässig.
17. so bleiben bei der Änderung (im Gegensatz zur Novation) auch die Bürgschaften, Pfandrechte und sonstigen Sicherheiten bestehen.
18. vgl. dazu ausführlich WEISSAUER, Rechtsstellung der Krankenhausärzte beim Wechsel des Krankenhausträgers, Bayer. Ärzteblatt, 1972, S. 440 ff.
19. vgl. auch BAUR/HESS, a. a. O., S. 371 und Nr. II e) der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
20. In den Ausschüßberatungen wurde diese Ansicht vertreten, ein antiprechender Antrag aber mit 8 gegen 4 Stimmen abgelehnt; der Deutsche Städtetag stellte sich in einer Stellungnahme zu § 8 BPIV vom 15. Mai 1973 auf den Standpunkt, die Bestimmungen des § 6 könnten erst bei Verträgen Berücksichtigung finden, die nach Verkündung der BPIV bzw. nach ihrem Inkrafttreten abgeschlossen werden; auch BAUR/HESS, a. a. O., S. 372, haben verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Rückwirkung auf Verträge, die zwischen dem 1. 7. 1972 und dem 31. 12. 1973 geschlossen wurden.
21. vgl. HARSDORF, a. a. O., S. 137.

Ansch. d. Verf.: Ministerialdirigent Walther Weibauer,
8050 Freising, Eckerstraße 34

Sozialminister Dr. Fritz Pirkel vor der Bayerischen Krankenhausgesellschaft aus Anlaß der Jahresmitgliederversammlung am 6. Dezember 1973 in München

Von einer Krankenhausdebatte im Sozial- und Gesundheitsspolitischen Ausschuß des Landtags unmittelbar in die Plenarversammlung der Krankenhausgesellschaft – dies ist, so meine ich, ein typischer Weg für den Krankenhausminister . . .

Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung. Sie haben Ihre diesjährige Mitgliederversammlung auf den Nikolaustag gelegt. Ich weiß nun nicht, ob ich hierin eine hintergründige Bedeutung erkennen soll. War doch der heilige Bischof Nikolaus von Myra bekanntlich ein großer Wohltäter, ist ein seit über 1600 Jahren verehrter Retter in der Not, einer der beliebtesten Nothelfer der Christlichen Kirchengeschichte. Er wird in der Kunst oftmals mit drei Goldkugeln oder gar Goldbarren dargestellt. Nun, im Schmucke dieser von Ihnen und mir für das bayerische Krankenhauswesen im gleichen Maße intensiv ersehnten, so notwendigen Werte konnte ich heute leider – lassen Sie mich es so ausdrücken: – noch nicht – zu Ihnen kommen. Seien Sie aber dessen gewiß: Nichts würde mich glücklicher machen, als (im ernstesten Sinne des Wortes!) heute und hier als bayerischer Krankenhausnikolaus zu erscheinen.

In der Zeit, die zwischen meiner letzten Ansprache an dieser Stelle vor zwei Jahren und dem heutigen Tage liegt, wurde, es ist schon erwähnt worden, das Bundeskrankenhausfinanzierungsgesetz erlassen.

Es hat die Krankenhausförderung in unserem Lande nicht nur auf eine neue, sondern – und das wird nur allzu oft kraß verkannt! – auf eine völlig andersartige Rechtsgrundlage gestellt. Bedauerlicherweise muß ich heute feststellen, daß viele meiner Ihnen bekannten

damaligen Warnungen in den Wind geschlagen wurden. Die Folgen müssen wir halt nun gemeinsam tragen.

Bei allem erfreulicherweise völlig ungetrübten Verhältnis, ich möchte sagen, bei aller Freundschaft zwischen dem bayerischen Krankenhausministerium und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, kann es nicht darum gehen, heute gleichsam nur Nettigkeiten auszutauschen, sondern einzig und allein darum, Fakten oder wirklich zuverlässige Ankündigungen auszusprechen. Nur Offenheit nützt. Keine Schönfärberei, mag diese derzeit auch noch so üblich sein, vermag Ihnen und mir zu nützen.

Ich möchte in meinen heutigen Ausführungen vor allem auf drei, Sie besonders interessierende und betreffende aktuelle Probleme eingehen: das ist einmal das Bayerische Krankenhausgesetz, zum zweiten der gesetzliche Krankenhausbedarfsplan für den Freistaat Bayern und drittens die Übernahme der Zuständigkeit für die Krankenhauspflegesätze durch mein Ministerium. Bei allem soll natürlich die Sie brennend berührende Frage der Krankenhausfinanzierung nicht außer Betracht bleiben. Nun zum Bayerischen Krankenhausgesetz. Ich habe nach monatelangen, sehr schwierigen Vorarbeiten den Entwurf dieses Gesetzes nunmehr eingebracht, d. h. er wird in diesen Wochen vom Bayerischen Ministerrat beraten und dann dem Parlament vorgelegt werden. Sie werden verstehen, daß ich Ihnen, solange das Kabinett nicht entschieden hat, Einzelheiten nicht vortragen kann. Im Zuge unseres vertrauensvollen Verhältnisses, von dem ich schon sprach, haben wir aber

selbstverständlich über Inhalt und Tendenz des Bayerischen Krankenhausgesetzes mit Ihnen Gespräche geführt. Gespräche, von denen wir viel profitiert haben und aus denen viele Anregungen in das Gesetz eingegangen sind.

Bei Vergleichen mit Krankenhausgesetzen anderer Bundesländer, soweit sie schon erlassen oder in Vorbereitung sind, müssen wir uns darüber im klaren sein, daß sich der bayerische Gesetzgeber in einer erheblich anderen Ausgangssituation befindet als die meisten übrigen Landesparlamente. Zwei zentrale Gegenstände nämlich, die in den anderen Ländern durch das Anschlußgesetz zum KHG zu regeln waren oder sind, fallen bei uns in Bayern von vornherein weg, da wir bereits in anderen Zusammenhängen über entsprechende gesetzliche Bestimmungen verfügen.

Da ist der sogenannte Sicherstellungsauftrag, d. h. die Festlegung, wer für die Krankenhausversorgung in einem bestimmten Gebiet verantwortlich ist. Diese Frage ist in Bayern, im Unterschied zu anderen Ländern, schon seit vielen Jahren im Rahmen der Kommunalgesetzgebung (Landkreis- und Bezirksordnung) geregelt.

Die zweite Aufgabe, die wir in Bayern auszuklammern haben, ist die Bereitstellung der Krankenhaus-Fördermittel. Die Staatsregierung war der Auffassung, daß diese Frage auch nach Erlass des Bundeskrankenhausfinanzierungsgesetzes weiterhin innerhalb der Vorschriften über den kommunalen Finanzausgleich zu regeln sei. So ist dieser wesentliche Teil der KHG-Anschlußgesetze anderer Länder in Bayern, wie Sie wissen, durch Änderung des Finanzausgleichsgesetzes vom 27. März 1973 erledigt worden.

Zweck unseres Krankenhausgesetzes wird es nun sein, im Freistaat Bayern eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen — ich betone: leistungsfähigen — Krankenhäusern zu gewährleisten. Wir wollen deutlich klarstellen, daß für alle Maßnahmen der Krankenhausplanung und -förderung der (natürlich sorgfältig ermittelte!) Bedarf unserer Bürger und nichts anderes oberstes Gesetz ist. Eine derartige, auf strikte Sachbezogenheit der Krankenhauspolitik gerichtete Bestimmung, ein solcher Vorrang des Fachlichen, ist mir ganz besonders wichtig. Eine derartige Festlegung erscheint mir schon angesichts der zahlreichen sachfremden Argumentationen, ja vieler Ideologisierungversuche, nur zu begründet und notwendig.

Ich meine, alle Beteiligten sind sich wie selten zuvor einig, daß so manches in unserer stationären Krankenversorgung, auch was die innere Struktur angeht, tatkräftig weiterentwickelt werden muß. Die Frage ist nur: was, wieviel, durch wen, mit welchen Mitteln verändert werden soll. So verändert, daß es wirklich eine Verbesserung wird. Die Bayerische Staatsregierung hat hier von Anfang an, und zwar schon vor der Übernahme der Zu-

ständigkeit für das Krankenhauswesen durch das Sozialministerium, den Standpunkt vertreten, daß ein dirigistischer Eingriff des Staates in die Innere Struktur unserer Krankenhäuser nicht nur überflüssig, sondern sogar entwicklungshemmend ist. Sie hat diese Meinung in zahlreichen Darlegungen in der Öffentlichkeit durch den Herrn Ministerpräsidenten, meinen Vorgänger im Amt des Krankenhausministers, Innenminister Dr. MERK, und mich stets konsequent vertreten und bekanntgemacht. Wir wissen uns hier mit vielen Fachleuten und Politikern einig. Sämtliche Verbände bayerischer Krankenhausträger haben sich ausnahmslos, zum Teil mit beschwörenden Worten, an die Staatsregierung gewandt, und gebeten, daß ein gesetzlicher Eingriff in die innere Struktur ihrer Häuser unterbleiben möge. Dies gilt vom Städteverband bis zu den freigemeinnützigen Krankenhausträgern, vom Landkreisverband bis zu den privaten Krankenhausträgern. Vor allem aber mit Ihnen, der Dachorganisation aller bayerischen Krankenhausverbände, weiß ich mich in dieser Hinsicht einig. Von fachlich mitunter verhältnismäßig unbedarften Kreisen werden wir in diesem Bereich, wie auch auf anderen Gebieten, mit der Forderung konfrontiert, die Zuständigkeit des Staates immer weiter auszudehnen, ohne daß dieses Verlangen sachlich überzeugend begründet wird. Diese Forderung kommt einer weiteren Absage an unsere gewachsene und bewährte pluralistische Gesellschaftsordnung gleich, hier einer Absage an unsere gewachsene und bewährte pluralistische Trägerschaft auf dem Gebiet des bayerischen Krankenhauswesens. Wer da behauptet, daß die Ablehnung eines staatlichen Eingriffs in die innere Organisationsstruktur etwa gar einen Riegel für notwendige, zukunftsgerichtete Verbesserungen bedeuten würde, der wird allein durch die beträchtliche Anzahl modellhafter Eigeninitiativen von Krankenhäusern der verschiedensten Träger in Bayern eines Besseren belehrt.

Ich halte es für nachgerade dringend notwendig, daß die scharfen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen unserer Tage nicht künstlich (auch noch) ins Krankenhaus getragen werden. Dies könnte nur zu Lasten des Patienten gehen. Ideologiegeschwängerte Atmosphäre ist das Gegenteil eines Heilklimas. Sie wissen das mindestens ebenso gut wie ich.

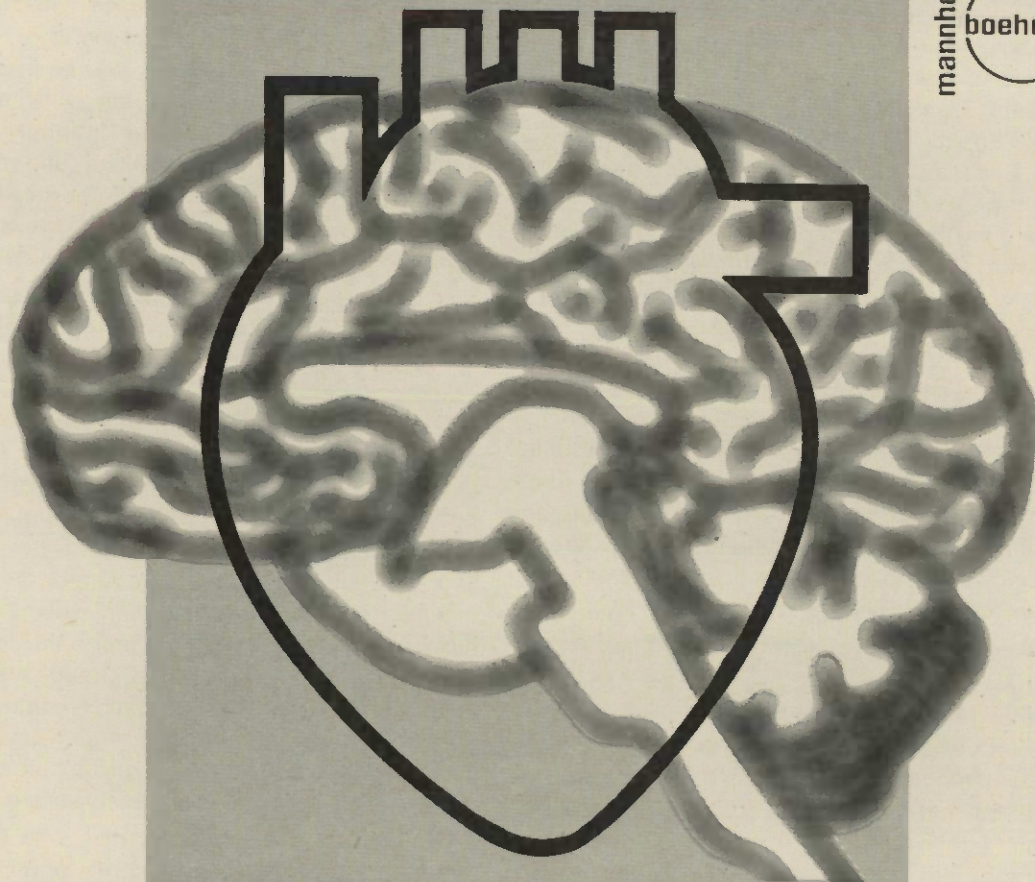
Rein ideologisch motivierte Hochschulreformen, zum Beispiel, sind ja, wie wir alle inzwischen nur zu gut wissen, jedenfalls der entscheidenden Masse der Studenten nicht zugute gekommen.

Wer, wie viele von Ihnen, insbesondere Herr Dr. HAMM, auf dem Deutschen Krankenhaustag 1973 in Hannover war, weiß, daß es in den letzten Jahren kaum eine bundesweite Veranstaltung gegeben hat, in denen gerade die bayerische Haltung von so verschiedenen Seiten derart einstimmig gelobt wurde, wie die Ablehnung einer etwaigen staatlichen Bevormundung der Krankenhäuser, gerade, was ihre

gesteigerte Herzleistung - verbesserte Hirn- durchblutung

Lanitop

mannheim
boehringer



Zusammensetzung:

Lanitop® 15-Methyl-Digoxinl Tablette enthält	0,1 mg
Liquidum (= 45 Tropfen) enthält	0,6 mg
3 Tropfen = 2 Tabletten Ampulle zu 2 ml enthält	0,2 mg

Ihre Verordnung:

Lanitop P mit 50 Tabletten	DM 5,20
P mit 100 Tabletten	DM 9,25
P mit 500 Tabletten	

Lanitop Liquidum P mit 10 ml Liquidum	DM 5,70
P mit 20 ml Liquidum	DM 10,30
P mit 100 ml Liquidum	

Lanitop Ampullen P mit 5 Ampullen	DM 3,65
P mit 25 und 100 Ampullen	

Deshalb
an die Herzstütze mit Lanitop
denken bei Schlafstörungen,
nächtlicher Unruhe und Nykturie –
Zeichen einer latenten
Herzinsuffizienz –
besonders beim älteren Patienten.

Dasierung:

Sättigungsbehandlung: täglich 2 x 2 Tabletten Lanitop je
nach Glykosidbedarf über 3-5 Tage.

Dauertherapie: täglich 2-3 x 1 Tablette Lanitop je nach
Glykosidbedarf.

Gelegentlich genügen täglich 1-1½ Tabletten Lanitop.

Die Prüfung ergab, daß in der Praxis mehr als die Hälfte aller
Patienten mit täglich 2 x 1 Tablette Lanitop auskommt.

Hinweise:

Wie bei jeder Digitalis-Therapie können be-
sonders bei Patienten mit Glykosid-Überemp-
findlichkeit bzw. Störungen des Elektrolyt-
haushaltes Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwer-
den, Rhythmusstörungen und Sehstörungen
auftreten. Aus den gleichen Überlegungen
soll bei Cor pulmonale vorsichtig
digitalisiert werden, insbesondere bei intra-
venöser Therapie. Bei Niereninsuffizienz muß
mit einem erniedrigten Glykosid-Bedarf
gerechnet werden.

Weitere Informationen enthält der wissen-
schaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage:
Februar 1972).



innere Organisationsstruktur anbelangt. Das sollte uns wirklich zu denken geben!

Daß der Freistaat Bayern hier nicht etwa, wenn ich mich so ausdrücken darf, frigide ist, mögen Sie an zwei Fakten erkennen. Einmal ist in dem Bayerischen Krankenhausgesetz-Entwurf vorgesehen, daß bei der Prüfung von Krankenhausprojekten sehr genau darauf gesehen werden soll, daß die Hospitäler nach Bau, Ausstattung und Organisation der medizinischen Betreuung – ich darf noch einmal betonen: Organisation der medizinischen Betreuung – der ihnen innerhalb der Gesamtordnung zugeordneten Aufgabe entsprechen. Ferner ist es meine Absicht, zur Beratung aller grundsätzlichen Fragen des Krankenhauswesens einen Krankenhausbeirat zu bilden. Daß diesem Krankenhausbeirat, der schon der notwendigen Effektivität halber nicht zu groß werden darf, die Bayerische Krankenhausgesellschaft an erster Stelle angehören wird, sei nur am Rande angemerkt, da dies für mich eine Selbstverständlichkeit ist. Dieser Beirat aus Sachverständigen soll gerade über Fragen der inneren Organisationsstruktur unserer Krankenhäuser beraten und entscheidenden Einfluß nehmen auf die Empfehlungen, die mein Haus unseren Krankenhäusern als Handreichung anbieten will. Ich habe dies schon öfters ausgesprochen und möchte dies gerade hier und heute mit Nachdruck bekräftigen: Meine Devise heißt: empfehlen statt befahlen! Dieses Motto entspricht der liberalitas bavarica, um die uns die Krankenhäuser der anderen Bundesländer beneiden, und nicht nur diese ...

Nun noch einige kurze weitere Informationen über meine Absichten im Bayerischen Krankenhausgesetz.

Zunächst möchte ich betonen, daß wir im Gegensatz zu manchen Perfektionsfetischisten an dem bewährten und von vielen Fachkreisen auch in allerjüngster Zeit empfohlenen Dreistufensystem festhalten wollen. Allerdings bin ich der Auffassung, daß die titelhafte Bezeichnung der drei Stufen, wie wir sie bisher hatten, Grundversorgung, Hauptversorgung, Zentralversorgung, abgesehen von ihrer rein sprachlichen Problematik, abgeschafft werden sollte. Hauptmotiv ist, daß diese Bezeichnung zu einer Prestigeangelegenheit geworden ist, die dem bayerischen Krankenhauswesen abträglich ist. Wir haben eine Reihe von Anträgen von Krankenhäusern oder Krankenhausträgern erhalten, in denen die „Verleihung“ eines höheren Titels, also z. B. Hauptversorgungskrankenhaus für ein Grundversorgungskrankenhaus, begehrt wurde. Wir haben Fälle, in denen Prospekte, teilweise sogar Bezeichnungen auf den Gebäuden, von dieser Stufengliederung Gebrauch machen. Ich bitte Sie dringend um Verständnis dafür, daß es sich hier keineswegs um sachliche Gesichtspunkte handelt – ganz abgesehen davon, daß eine rechtliche Grundlage für die begehrte „Verleihung“ einer Bezeichnung für das Krankenhaus überhaupt nicht gegeben ist, nie gegeben war und nach meiner Auffassung auch künftig

nicht gegeben sein soll. Um diesem sachlich ungenuten Prestigedenken Einhalt zu gebieten, und um der von uns allen angestrebten Gleichwertigkeit der Krankenhausversorgung in Bayern zum Erfolg zu verhelfen, werden wir künftig nur noch von Krankenhäusern der ersten, der zweiten und der dritten Versorgungsstufe sprechen. Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, Ihnen dringend nahezu legen, von etwa beabsichtigten Anträgen auf „Verleihung“ von höheren Krankenhausstiteln Abstand zu nehmen.

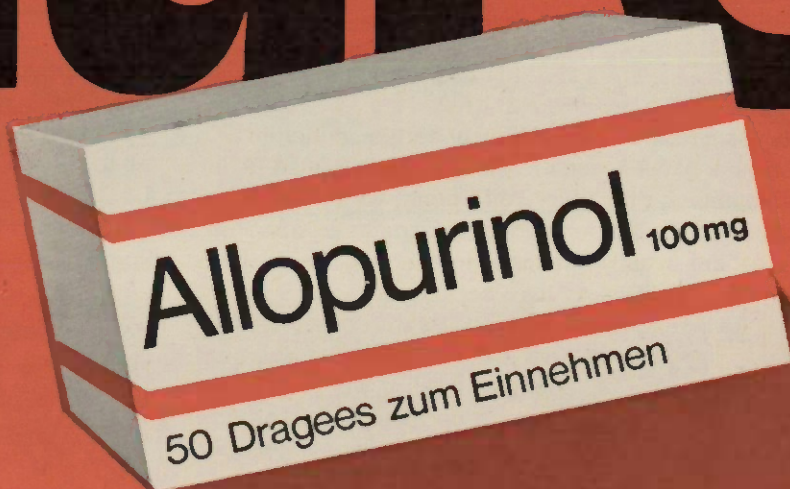
Was die Bettenzahl der einzelnen Versorgungsstufen anbelangt, so kann ich Ihnen versichern, daß wir hier sehr gemäßigt vorgegangen sind und beabsichtigen, alles nur mit einer Sollvorschrift zu regeln, um möglichst flexibel zu bleiben, wie es in dem größten Flächenstaat der Bundesrepublik notwendig ist. Daß dies nicht ein lebenslänglicher Freibrief für Minikrankenhäuser, deren wirtschaftliche und medizinische Leistungsfähigkeit im letzten Viertel des zwanzigsten Jahrhunderts einfach nicht mehr hinreicht, bedeutet, das werden Sie verstehen, weil es auf der Hand liegt.

Schließlich will ich nicht unerwähnt lassen, daß wir in außerordentlich schwierigen Verhandlungen mit vielen anderen Ressorts versucht haben, eine für alle Trägergruppen tragbare Bestimmung über die Benutzung von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen im Krankenhauswesen einzubauen. Dieses brennend aktuelle Problem kann in einem Krankenhausgesetz nicht mehr übergangen werden.

Summa summarum: Das Bayerische Krankenhausgesetz wird durchaus über ein Ausführungsgesetz im technischen Sinne hinausgehen. Den Ehrgeiz, alles nur Regelbare regeln zu wollen, habe ich allerdings nicht entwickelt, weil ich den Glauben an Wert und Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung auf allen Ebenen und in allen Gruppierungen unserer pluralistischen Gesellschaft (noch) nicht aufgegeben habe und auch nicht bereit bin, diesen aufzugeben.

Ich bitte auch, zu bedenken, daß jede Reglementierung mehr ein weiterer Schritt in Richtung Verstaatlichung des Krankenhauswesens schlechthin sein würde. Und ich frage Sie, wünschen Sie das? Ich meine, man sollte hier ehrlich und konsequent sein. Entweder man steht auf dem Standpunkt, die Krankenhäuser bleiben echt in den Händen von eigenständigen Trägern, mögen es, wie in Bayern, überwiegend Kommunen, Freigemeinnützige oder Private sein. Dann soll man diese Struktur auch respektieren und die Träger nicht nur etiketthaft Träger sein lassen, während sie in Wirklichkeit nichts anderes sind als staatliche Unterbehörden. Will man das nicht, dann soll man so ehrlich sein, die Verstaatlichung des Krankenhauswesens insgesamt ganz offen anzustreben. Alles andere würde ich als Augenwischerei betrachten, als eine Art von Politik, die weder fair ist, noch, und das möchte ich hier nachdrücklich betonen, der freiheitlichen Grundeinstellung der Bayerischen Staatsregierung entspricht.

Harnsäure



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

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

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

Kontraindikationen
Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen

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

Dosierung

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

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

Noch ein Wort zum Zeitpunkt, in dem das Gesetz dem Parlament vorgelegt wird. Ich darf Ihnen versichern, daß mein Haus seit langer Zeit an diesem Gesetz arbeitet. Die Ursache, warum der Freistaat Bayern nicht unter den ersten Bundesländern ist, die ein Krankenhausgesetz erlassen haben, liegt in den Umständen, die die Bayerische Krankenhausgesellschaft in Bayern wiederholt in der Öffentlichkeit kritisiert hat und bezüglich derer sie von mir an dieser Stelle keinen näheren Kommentar erwarten werden.

Nun einige Worte zur Krankenhausplanung. Ich darf vorausschicken, daß ich beabsichtige, im Bayerischen Krankenhausgesetz insofern erheblich über das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes hinauszugehen, als die dort (entgegen ursprünglicher Absicht) vorgesehene Anhörung der wesentlich Beteiligten nicht gleichsam auf irgend eine Weise, sondern durch einen Planungs a u s s c h u ß geschehen soll. Nachdem das Bayerische Krankenhausgesetz nicht eher eingebracht werden konnte, hat auf meinen Vorschlag hin der Ministerrat in seiner Sitzung vom 30. Oktober in einer Verordnung diesen Ausschuß ins Leben gerufen, so daß er sich nunmehr in meinem Hause konstituieren kann. Ich glaube, damit mein vor zwei Jahren an dieser Stelle ausdrücklich gegebenes Versprechen eingelöst zu haben, bei der Planung die wesentlich Beteiligten so weit wie möglich zu beteiligen.

Der Bayerische Krankenhausbedarfsplan, der im Endstadium Bayerischer Krankenhausgesamtplan heißen wird, enthält drei Teile. Teil I bringt verbindliche Aussagen über allgemeine Planungsgrundsätze und Leitlinien der Krankenhausbedarfsplanung im Freistaat Bayern. Damit leiste ich übrigens aus der Sicht des Krankenhauswesens meinen Beitrag zur Verwirklichung der Ziele und der Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung. Im Teil II werden die einzelnen nach dem KHG zu fördernden Krankenhäuser in Bayern mit ihrer jeweiligen Bettenzahl angegeben, die gegenwärtig und in den kommenden Jahren (d. h. bis etwa 1985) für die Akutversorgung der Bevölkerung erforderlich zu erachten und nach dem KHG förderbar sind.

Da eine Prognose des Bettenbedarfs nicht zu kurzfristig gestellt werden sollte, gilt dieser Plan also bis etwa 1985, einem Zeitpunkt, für den Voraussagen gerade noch vertretbar erscheinen; da diese Planung ein kontinuierlicher Vorgang ist, will und kann selbstverständlich dieser Krankenhausbedarfsplan keineswegs eine Endstation beschreiben. Die Vorlage des gesetzlichen Krankenhausbedarfsplanes bedeutet daher natürlich keine Festschreibung im Bereich der Krankenhausversorgung im Freistaat Bayern. Um der stürmischen Fortentwicklung in allen Bereichen der stationären Krankenversorgung in Bayern Rechnung tragen zu können, wird es notwendig sein, diesen Bedarfsplan ständig zu überprüfen, der Entwicklung anzupassen und entsprechend fortzuschreiben.

Die Teile I und II, die Anfang nächsten Jahres verabschiedet und der Öffentlichkeit, vor allem Ihnen, den Krankenhausträgern, übergeben werden, sollen später ergänzt werden um eine langfristige Zielplanung mit weiteren grundsätzlichen Überlegungen zur Krankenhausentwicklung in Bayern. Für diese langfristige Zielplanung werde ich die Ergebnisse eines Forschungsauftrages verwerten, den ich vor längerer Zeit einem bekannten wissenschaftlichen Institut erteilt habe, so wie dies die meisten anderen Länder, ja sogar Stadtstaaten, getan haben. Zusammen mit den erwähnten Teilen I und II des gesetzlichen Krankenhausbedarfsplanes wird die langfristige Zielplanung schließlich, wie gesagt, in einem Krankenhausgesamtplan für den Freistaat Bayern veröffentlicht werden.

Mit allen nur irgendwie zu Gebote stehenden Mitteln ist mein Ministerium derzeit bestrebt, die Arbeiten an den Teilen I und II soweit voranzutreiben, daß der Entwurf noch in diesem Jahr den Mitgliedern des erwähnten Planungsausschusses zugeleitet werden kann. Meine Fürsorgepflicht als Dienstherr gebietet es mir, gerade vor den Bayerischen Krankenhausträgern ausdrücklich und mit gebührender Dankbarkeit zu erwähnen, daß es für die unmittelbar mit der Ausarbeitung des Entwurfes betrauten Sachbearbeiter der Krankenhausunterabteilung meines Hauses seit Monaten kein freies Wochenende mehr gibt. Ich hoffe sehr, daß es möglich ist, den Entwurf noch Ende Januar 1974 im Planungsausschuß zu erörtern und nach Berücksichtigung der gemeinsam für notwendig gehaltenen Änderungen und Ergänzungen mit Wirkung vom 1. Januar 1974 in Kraft zu setzen.

Lassen Sie mich nunmehr zum Pflegesatzrecht übergehen. Hier möchte ich gleich zu Beginn eine Rechtsverordnung erwähnen, die die Staatsregierung vor kurzem auf meinen Vorschlag verabschiedet hat.

Wie Sie wissen, ist im Bereich des Pflegesatzwesens ein Zuständigkeitswechsel vom Wirtschafts- auf das Sozialministerium im Gange. Da das neue Pflegesatzrecht seine Rechtsgrundlage nicht mehr im Preisrecht, sondern im KHG hat, ist im Entwurf des Bayerischen Krankenhausgesetzes als oberste Verwaltungsbehörde nunmehr das Sozialministerium vorzusehen.

Mit dem (rückwirkenden) Inkrafttreten des Ausführungsgesetzes wird der Zuständigkeitswechsel im Pflegesatzbereich vollzogen werden.

Bereits jetzt mußte jedoch die Bestimmungen des neuen Pflegesatzrechts Rechnung getragen werden, die schon geltendes Recht sind. Ich meine die Regelungen, die die Landesregierungen ermächtigen, die Zuständigkeit zum Erlaß von Rechtsverordnungen nach der Bundespflegesatzverordnung auf die oberste Verwaltungsbehörde zu übertragen. Dies ist zwischenzeitlich mit einer am 1. Dezember in Kraft getretenen Rechtsverordnung der Staatsregierung erfolgt. Danach ist, wie gesagt, mein Haus künftig die zum Erlaß

der Rechtsverordnungen nach der Bundespflegesatzverordnung zuständige oberste Verwaltungsbehörde.

Erwarten Sie an dieser Stelle vom nunmehr zuständigen Ressortminister noch keine Detailaussagen, in welchem Umfang er von den ihm übertragenen Ermächtigungen Gebrauch zu machen gedenkt.

Nur soviel: Nach § 3 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung kann auf Landesebene bestimmt werden, daß der allgemeine Pflegesatz zu kürzen ist, ich zitiere: „soweit sonst Arztkosten gesondert berechnet werden“.

Anläßlich Ihrer außerordentlichen Mitgliederversammlung vom 5. Oktober dieses Jahres wurde hier an dieser Stelle mein Ministerium mit der Frage konfrontiert: Ist hier mit einer derartigen Landesverordnung zu rechnen? Ich möchte bekräftigen, was damals Dr. MIESBACH, der Leiter meiner Krankenhaus-Unterabteilung, erklärt hat: Um eine Doppelbelastung der Benutzer zu vermeiden, sollte meines Erachtens der allgemeine Pflegesatz reduziert werden. Soweit es derzeit möglich ist, sich bei den – leider – häufig mehrdeutigen, lückenhaften und zum Teil auch widersprüchlichen Formulierungen der Bundespflegesatzverordnung eine Ansicht zu Einzelfragen zu bilden, sind wir hier der Meinung, daß es sich bei den gesondert berechenbaren Leistungen der Ärzte um sogenannte „Anstatt“- (und nicht um „zusätzliche, nicht unbedingt notwendige“) Leistungen handelt.

Sie wissen, wie kontrovers diese Frage z. B. in der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgetragen wurde. Die von mir hier vorgetragene Ansicht lehnt sich an die Ausführungen des Vizepräsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft an, die dieser beim diesjährigen Krankenhaustag in Hannover vertreten hat. Dagegen soll nach dem vom Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 23. Juli 1973 verabschiedeten „Hinweis zu § 6 der Bundespflegesatzverordnung“ ein Abschlag vom allgemeinen Pflegesatz nicht gerechtfertigt sein; der Krankenträger behalte vielmehr einen Anspruch auf den ungekürzten vollpauschalierten Pflegesatz, da es sich

bei den sonstig berechenbaren ärztlichen Leistungen um solche handelt, die medizinisch nicht notwendig (also letztlich überflüssig) seien.

Gerade, weil diese Frage noch derart umstritten ist, liegt mir außerordentlich daran, daß die bereits laufenden Vorarbeiten in meinem Hause nur in enger Führungnahme mit Ihnen betrieben werden. Ich werde jedenfalls alles dafür tun, daß eine Verordnung mit den notwendigen Verwaltungsvorschriften so rechtzeitig fertiggestellt sein wird, daß sie bei der ersten Pflegesatzfestsetzung nach neuem Recht angewendet werden kann.

Wenn ich auf die anderen Ermächtigungsbestimmungen nicht ebenso ausführlich eingehe, so geschieht dies nicht allein aus Zeitgründen. Zu den Fragen, wie Einführung von Gruppenordnung oder Bildung von Pflegesausschüssen auf Bezirksebene – um nur die wichtigsten herauszugreifen – sollte vom zuständigen Ressortminister nicht zu einem Zeitpunkt Stellung genommen werden, in dem sich das hierfür kompetente Gremium damit noch nicht befaßt hat.

Sie wissen alle, welches Gremium ich hier meine: Den bei meinem Haus inzwischen gebildeten Landespflegesatzausschuß, dem nach den Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung sechs Vertreter der Krankenhäuser, fünf Vertreter der Sozialleistungsträger und ein Vertreter der privaten Krankenversicherung angehören.

Ich darf an dieser Stelle der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, die die Vertreter der Krankenhäuser benannt hat, das Kompliment machen, daß ihre Vorschläge nicht unter dem Gesichtspunkt der Repräsentation, sondern unter dem der Fachkenntnisse des Krankenhauswesens gemacht worden sind. Dafür herzlichen Dank.

Auf die Partnerschaft in diesem so wichtigen neuen Ausschuß setze ich große Hoffnungen. Freilich würde sie bereits vor der konstituierenden Sitzung einer unnötigen Belastung ausgesetzt werden, wenn ich an dieser Stelle bereits verbindliche Aussagen etwa zum Thema Gruppenordnungen machen würde.

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; Öl. 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



gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN[®]

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

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

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

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

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

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

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

Handelsformen: Tabletten zu 10 mg
OP mit 25 Tabletten DM 8,50
OP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

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

Thomae

Ich bin der Zuversicht, daß sich der Landespflegesatz-
ausschuß nicht nur mit den rechtlich umrissenen Auf-
gaben befaßt, sondern mit allen Fragen von grund-
sätzlicher Bedeutung, sei es, daß sie von der Seite
der Krankenhausträger oder von seiten der Kosten-
träger künftig zur Diskussion gestellt werden.

Die neue Bundespflegesatzverordnung hat uns vor
die schier unlösbare Aufgabe gestellt, Kriterien zu
finden, um die Selbstkosten eines sparsam wirtschaf-
tenden und leistungsfähigen Krankenhauses ermitteln
zu können. Ich hoffe, daß auch zu diesem schwierigen
Problem Arbeitsergebnisse des Landesausschusses
erzielt werden können, die den Verwaltungsvollzug
erleichtern.

Ich gestehe, daß ich gerade bezüglich des Vollzugs
der neuen Pflegesatzverordnung durch die insoweit
nunmehr der Fachaufsicht meines Hauses unterstehenden
Preisreferate der Regierungen außerordentlich
pessimistisch in die Zukunft sehe.

Während bislang in der Regel das Genehmigungsver-
fahren relativ zügig den Krankenhäusern zu Pflege-
satzbescheiden verhalf, bedarf es jetzt nach neuem
Recht in jedem Fall einer Festsetzung. In Kenntnis
der auf die Regierung zukommenden Mehrarbeiten
haben die beteiligten Ministerien im Frühjahr dieses
Jahres nur erreichen können, daß bei jeder Regierung
eine, in Oberbayern zwei Sachbearbeiterstellen zu-
sätzlich ausgewiesen wurden.

Die Erfahrungen, die bis jetzt im Rahmen der Über-
gangsregelung des § 19 KHG mit der Durchführung
der Festsetzungsverfahren gewonnen werden konn-
ten, lassen es mehr als fraglich erscheinen, ob mit
diesem Personalbestand bei den Regierungen die
neue Materie auch nur einigermaßen zügig bewältigt
werden kann.

Wie schwierig das Personalproblem ist, spüre ich zur
Zeit selbst bei der zuständigen Krankenhaus-Unter-
abteilung meines Hauses. Während es dringendst
notwendig wäre, Verwaltungsrichtlinien für die de-
taillierte Prüfung der Selbstkosten zu erlassen, ist es
uns bislang trotz eines Ausschreibungsverfahrens
noch nicht gelungen, auch nur einen einzigen Sach-
bearbeiter einstellen zu können.

Ich habe am Anfang meiner Ausführungen gesagt,
daß ich zu meinem Leidwesen nicht in der Lage bin,
heute den bayerischen Krankenhäusern die goldenen
Äpfel des heiligen Bischofs Nikolaus zu präsentieren.
Dabei betone ich: noch nicht, weil ich meine ganze
Hoffnung auf den Nachtragshaushalt des Freistaates
Bayern für 1974 setze. Derzeit ist die Situation so, daß
im Haushaltsplan des Bayerischen Staatsministeriums
der Finanzen, das nach Beschluß der Bayerischen
Staatsregierung die Krankenhaushalter verwalten, pro
Jahr 550 Mio DM ausgebracht sind. Davon gehen 300
Mio DM für Pflichtleistungen nach dem KHG, also
größtenteils für die sogenannten Pauschalen für kurz-
fristige Anlagegüter ab. Bleiben 250 Mio DM für Bau-
maßnahmen und mittelfristige Anlagegüter. Errechnet

Bayerische Ärzteversorgung

Der **Jahreshöchstbeitrag** beträgt im Jahr 1974

DM 13 500,—

Der **Mindestbeitrag** beträgt im Jahr 1974

DM 672,—

man optimistischerweise nur 40 Mio DM pro Jahr für
mittelfristige Anlagegüter, so würden 210 Mio DM
pro Jahr für Krankenhausbaumaßnahmen bleiben. Als
Fachminister kann ich bei wiederum optimistischer
Schätzung nur annehmen, daß mit diesen 210 Mio DM
1600 Krankenhausbetten geschaffen werden können.
Wenn Sie bedenken, daß in den letzten Jahren durch-
schnittlich 2350 Krankenhausbetten pro Jahr in Bayern
geschaffen werden konnten, so vermögen Sie zu er-
messen, was dieses Minus bedeutet, vor allem im
Hinblick darauf, daß der Bedarf ja nicht gesunken,
sondern gestiegen ist. Angesichts dieser Situation
bleibt mir nur die Möglichkeit, auch von dieser Stelle
aus alle Abgeordneten des Bayerischen Landtags
und alle Verbände, die auf die Beschlußfassung des
Bayerischen Landtags Einfluß haben, zu bitten, mit
mir darum zu kämpfen, daß im Nachtragshaushalt
1974 eine wirklich spürbare Verbesserung, d. h. Er-
höhung der für die Bayerischen Krankenhäuser aus-
gebrachten Mittel erfolgt.

Wenn ich die Einladung zur heutigen Jahresveran-
staltung recht lese, so haben Sie als einzigen Pro-
grammpunkt eine Ansprache des Bayerischen Kran-
kenhausministers vorgesehen. Sie mußten mich also
so lange ertragen. Herr Dr. HAMM, Sie haben kürzlich
zwei Grundsätze aufgestellt, nämlich einmal, daß man
in Bayern lange Würste und kurze Reden liebe, und
daß in jeder Rede wenigstens ein neuer Gedanke
enthalten sein müsse. Erste Forderung konnte ich in
Anbetracht der Kompliziertheit der Materie und, das
darf ich sagen, wohl auch Ihrer Erwartungen wegen
nicht erfüllen. Die zweite Forderung, ja, was soll ich
zu ihr sagen, es könnte ja sein, daß ich sie erfüllt
habe . . .

Meine Damen und Herren, Sie kennen das geflügelte
Wort: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesund-
heit ist alles nichts.“ Lassen Sie mich es abwandeln,
indem ich sage: „Das Krankenhaus ist nicht alles,
aber ohne Krankenhaus ist alle Gesundheitspolitik
nichts!“ In diesem Sinne bitte ich Sie um weitere enge
und vertrauensvolle Zusammenarbeit und um Einig-
keit in unseren gemeinsamen Anstrengungen für eine
weitere Verbesserung des Bayerischen Krankenhaus-
wesens.

Frührehabilitation bei chronischer Hepatitis im Anschluß an stationäre Behandlung

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern gewährt ihren Versicherten, die sich mit einer zur Chronifizierung neigenden Hepatitis in Krankenhausbehandlung befinden, eine Anschlußheilmaßnahme (AHM) als Heilverfahren in ihrem Zentralkrankenhaus in Gauting auf der Abteilung von Privatdozent Dr. DOLD. Diese Frührehabilitation als Leistung des Rentenversicherungsträgers hat als Vorbild die AHM nach Beendigung der klinischen Behandlung Herzinfarktkranker in Höhenried, die sich sowohl in sozialmedizinischer Hinsicht wie auch organisatorisch gut bewährt hat.

In Betracht kommen:

1. Akute Hepatitisformen, die nach Ablauf von sechs Wochen keine Heilungstendenz zeigen.
2. Chronisch-aggressive Lebererkrankungen. Es muß die begründete Aussicht bestehen, daß die Erwerbsfähigkeit in einem solchen Umfang wieder hergestellt werden kann, daß Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vermieden oder beseitigt werden.

Nicht in Frage kommen:

1. Kranke mit Fettleber.
2. Leberkranke mit Alkoholismus.
3. Endstadien von Leberzirrhose.

Geeignete Kranke sollen dem Sozialdienst oder einer entsprechenden Stelle des Krankenhauses gemeldet werden. Genau wie bei der AHM nach Herzinfarkt sollen

1. der Antrag mit dem grünen Aufdruck „Anschluß-Heilbehandlung“,
2. der „Krankheitsbericht für Anschluß-Heilbehandlung bei chronischer Hepatitis“ (für ein Honorar von DM 20,- vom Krankenhausarzt zu erstellen),
3. die Rechnung über diesen Betrag (Name des Arztes, Bank und Kontonummer)

zusammen (keinesfalls einzeln!) geschickt werden an: Landesversicherungsanstalt Oberbayern, 8000 München 80, Postfach 801 126.

Empfänger von Altersruhegeld und Rentenantragsteller haben nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 1236 RVO) keinen Anspruch auf eine solche Rehabilitationsleistung.

Bei Unklarheiten können medizinische Auskünfte auch telefonisch (Nr. [089] 98 49 61) von Medizinaldirektor Dr. BEYERL (Nebenstelle 493) und organisatorische Informationen bei Frau LABERMEIER (Nebenstelle 270) eingeholt werden.

Dr. Deckstein, Obermedizinaldirektor

Standesleben



Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. H. Staudacher

Anläßlich der Eröffnung des 24. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer überreichte der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann BRAUN (im Bild rechts), Dr. Helmut STAUDACHER die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

In seiner Laudatio führte Dr. Braun aus:

„Kollege Staudacher hat seit 1963, als sein damaliger Chef Professor Dr. R. Schubert die wissenschaftliche Leitung der Nürnberger Fortbildungskongresse übernahm, die organisatorischen Arbeiten für die Vorbereitung und Durchführung dieses Kongresses auf sich genommen. Daß dieser Kongreß immer ein hohes wissenschaftliches Niveau gehalten hat, dafür hervorragende Wissenschaftler geworben werden konnten und die Thematik immer aktuell und praxisnah ist, war nicht zuletzt auch sein Verdienst. Der Nürnberger Kongreß wurde so zu einem der meistbesuchten in Deutschland und im letzten Jahr hatten wir rund 4000 Teilnehmer. Damit hat sich Dr. Staudacher um die ärztliche Fortbildung große Verdienste erworben.“

Dr. Staudacher, geb. am 10. April 1933 in Nürnberg, studierte in Erlangen, wo er auch 1959 das medizinische Staatsexamen ablegte und promovierte. Nach elfjähriger internmedizinischer Tätigkeit an den Städtischen Krankenhäusern Nürnbergs, davon zuletzt vier Jahre als Oberarzt bei Professor Schubert, übernahm er am 1. Mai 1973 als Chefarzt die Interne Abteilung der Medizinischen Klinik des Theresienkrankenhauses in Nürnberg.

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

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

(Schluß)

3. Hauptthema: „Blutungen – Fortschritte in Diagnostik und Therapie“

Privatdozent Dr. HEYMANN, Hannover:

„Magen-Darm-Blutungen aus chirurgischer Sicht“

Die ambulante Erstuntersuchung hat sich naturgemäß auf die Erhebung der Anamnese, auf die Allgemeinuntersuchung des Kranken und insbesondere auf die Feststellung von Pulsfrequenz und Blutdruck, von Blutbrechen und Blutstühlen zu konzentrieren. Bei Fällen mit hinzutretendem Volumenmangelschock besteht die Notfalltherapie in der Anlage einer Infusion, wobei Plasmaexpander bevorzugt werden sollten. Auch in der Klinik steht die Beseitigung eines etwaigen Volumenmangelschocks als Soforttherapie im Vordergrund. Da die Letalität, je nach Schwere der Blutung, zwischen 3 bis 55% beträgt, steht der Chirurg vor der wichtigsten Entscheidung, der Erkennung des Wendepunkts von einer konservativen zu einer chirurgischen Therapie. Als Faustregel kann gelten, daß man immer dann operieren sollte, wenn die Transfusion von 2 l Blut nach längstens acht Stunden zu keiner Stabilisierung des Kreislaufs geführt hat. Im Einzelfall können jedoch andere Umstände einen früheren oder späteren Operationstermin erzwingen.

Die Lokalisationsstelle der Blutungen im Magen-Darmtrakt liegen zu 85% oberhalb und nur zu 15% unterhalb des TREITZ'schen Bandes. Hämatemesis oder Melaena sprechen mehr für Blutungen vor dem TREITZ'schen Band, hellroter Stuhl eher für eine tiefsitzende Blutung. Massive Ulkusblutungen bei Hypochlorhydrie oder Anazidität mit gleichzeitiger Hypermotilität des Darms können jedoch ebenfalls hellrote Stühle verursachen und zu Fehlschlüssen führen. In diesen Fällen führt die Einlage einer Magen-sonde mit Spülung und Aspiration des Mageninhalts diagnostisch weiter. An erster Stelle der Blutungen aus dem oberen Intestinaltrakt steht das chronisch peptische Geschwür des Duodenums und Magens, zweithäufigste Ursache stellen Ösophagusvarizenblutungen bei Leberzirrhose dar. Ferner sind zu beachten Stress-Ulzerationen im Zusammenhang mit Verbrennungen, Schädelhirntraumen und urologischen Erkrankungen, sowie gastrointestinale Blutungen bei hämorrhagischer erosiver Gastritis, bei Magenkarzinomen, Hiatushernien und Duodenaldivertikeln. Bedeutung der hämorrhagischen Diathese siehe Referat von Professor Dr. GROSS (veröffentlicht in Heft 1/1974, S. 23f).

Bei Ösophagusvarizenblutungen muß sofort eine durch Silikonöl gleitfähig gemachte Kompressionssonde nach SENKSTAKEN-BLAKEMORE oder LINTON durch die Nase eingeführt werden. Zunächst wird der gastrale Ballon mit Luft aufgefüllt und sofort unter einen Zug von etwa 200 g Gewicht gesetzt. Diese Maßnahme

führt zur Kompression der Funduskardiavarizen und häufig schon zu einer Blutstillung. Danach wird der ösophageale Ballon aufgeblasen. Es ist dabei darauf zu achten, daß er das kraneale Ende der Glottis nicht verlegt. Die Kompressionssonden können 36 bis maximal 48 Stunden liegenbleiben. Danach dekomprimiert man beide Ballons, beläßt die Sonde jedoch in situ. Steht die Blutung, so läßt man die Patienten etwas Flüssigkeit schlucken, damit sich der Gummi leichter von der Ösophaguswandung löst. Kommt es zu einer erneuten Blutung, so muß die Sonde bis zu einer operativen Blutungs-beseitigung erneut aufgeblasen werden.

Die Mortalität der akuten ersten Varizenblutung beträgt bis zu 50%. Von den Überlebenden sterben an einer Rezidivblutung weitere 50% im zweiten Jahr nach der ersten Blutung. Nur 3% der Patienten erreichen nach rein konservativer Behandlung die Fünfjahresüberlebensgrenze. Die besten Voraussetzungen für eine Operation bestehen im blutungsfreien Intervall, in der meist eine Shuntoperation entweder spleno-renal oder porto-kaval vorgenommen wird. Die Notfall-Shuntoperation bei anhaltender Blutung und schlechtem Allgemeinzustand ist ein risikoreicher Eingriff. Hier kommen Varizenumstechungen, die TANNERsche Fundusdurchtrennung sowie die WELCHSche Fundusvarizenumstechung und in Einzelfällen auch die Dissektionsprothese nach VOSSSCHULTE zum Einsatz. Seit Einführung der hochflexiblen Ösophagoskopie mit Vorausoptik, Absaug- und Insufflationsvorrichtung besteht die Möglichkeit der Ösophagusvarizenverödung (ähnlich dem Vorgehen der Sklerosierungsbehandlung von Hämorrhoiden). Nach Applikation des Sklerosierungsmittels wird für einige Stunden noch eine SENKSTAKEN-BLAKEMORE-Sonde zur zusätzlichen Kompression angelegt. Zu einer endgültigen Beurteilung dieses Verfahrens reichen die bisher kleinen Fallzahlen noch nicht aus.

Auch bei blutenden Gastroduodenalulzera sollte zunächst mit konservativen Mitteln eine Blutstillung versucht werden. Im blutungsfreien Intervall besitzt die Operation die geringste Letalität. Bei Blutungen aus größeren arteriellen Gefäßen ist eine spontane dauerhafte Blutstillung jedoch, insbesondere bei älteren Patienten mit arteriosklerotischen Wandveränderungen, nicht zu erwarten. Die einfachste operative Maßnahme besteht in der Umstechung der Blutungsquelle. Dieses Vorgehen hat sich jedoch wegen erhöhter Rezidivgefahr nicht bewährt. Besser ist die Exzision des ulzerös veränderten Areals an gut zugänglichen Stellen oder die Resektion nach BILLROTH I bzw. die Vagotomie mit Pyloroplastik.

Insbesondere bei unklarer Blutungsquelle im oberen Gastrointestinaltrakt hat sich die Notfallendoskopie

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung 1974

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

23. Februar 1974

22. Juni 1974

21. September 1974

30. November 1974

in München 80, Mühlbauerstraße 16, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen für die Einführungslehrgänge sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten bis 15. Februar, 14. Juni, 13. September und 22. November 1974.

Die Einzahlung der Teilnahmegebühr von DM 15,- wird auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 00650440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer in 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter dem Vermerk „Einführungslehrgang“ erbeten.

Es besteht die Möglichkeit, jeweils gegen eine Gebühr im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

bewährt. Steht bei einer akuten großen Blutung für derartige diagnostische Maßnahmen keine Zeit mehr zur Verfügung, und läßt sich der Magen nicht mehr so weit freispülen, daß eine sichere Einsichtnahme der Magenwand in allen Abschnitten erfolgen kann, ist eine ausgedehnte Gastrotomie in Magenmitte erforderlich. Auf eine ausgedehnte, systematische, sorgfältige Inspektion sollte besonders auch dann nicht verzichtet werden, wenn bereits ein Ulkus gefunden wurde.

Gegenüber den bisher genannten Erkrankungen treten die Blutungen aus Hiatushernien, nach einem MALLORY-WEISS-Syndrom (Längsriß der Schleimhaut in Kardiahöhe), aus einer erosiven Gastritis und beim Magenkarzinom zurück. Die Blutungen aus dem unteren Intestinaltrakt verlaufen in der Regel nicht so dramatisch wie jene aus dem oberen. Ursachen können sein ein MECKEL'sches Divertikel, Dünndarmduplikaturen und Dünndarmtumoren, Polypen und Adenome, eine Colitis ulcerosa oder der Morbus CROHN, Dickdarntumoren oder Hämorrhoiden sowie Divertikulitiden.

Professor Dr. H. LÜDES, Wuppertal:

„Lungenblutungen in internistischer Sicht“

Das Aushusten von Blut wird von Patienten selten verharmlöst. Die Menge kann zwischen geringgradiger Blutbeimengung im Sputum und massiver Hämoptoe

variieren, ohne ein Gradmesser für Natur und Schwere der zugrunde liegenden pulmonalen Veränderung zu sein. Zunächst sollte eine extrapulmonale Blutungsquelle ausgeschlossen werden (Zahnfleisch-, Zungen-, Mundhöhlen-, Nasen-Rachenraum- und Kehlkopfblutungen). Größere Schwierigkeiten bestehen in der Abgrenzung einer Lungenblutung von einer Magen- bzw. Ösophagusblutung.

Bei den Lungenblutungen sind drei verschiedene Gruppen zu unterscheiden:

1. Die massive Hämoptoe,
2. die leichtere Blutung ohne pathologischen Röntgenbefund und
3. die leichtere Blutung mit röntgenologisch nachweisbaren intrathorakalen Veränderungen.

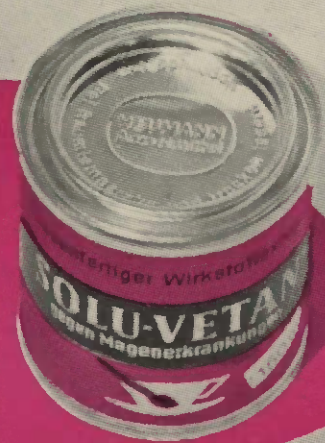
Bei der ersten Gruppe stehen zunächst intensiv-therapeutische Maßnahmen der Asphyxioprophylaxe, der Volumensubstitution, des Blutersatzes sowie hämostyptische und sedierende Maßnahmen im Vordergrund. Bei anhaltend schwerer Blutung war früher die Anlage eines Pneumothorax die Methode der Wahl, heute ist es die Thorakotomie. Zur Sicherung der Lokalisations- und insbesondere der Seitendiagnostik ist eine vorherige Bronchoskopie oft erforderlich. Bei der zweiten und dritten Gruppe steht die systematische diagnostische Abklärung der Blutungsursache im Vordergrund, die Therapie besteht meist in der Behandlung des Grundleidens. Bei Jugendlichen sind Tuberkulose, Bronchiektasen und Mitralvitien die häufigsten Ursachen. Im dritten und vierten Lebensjahrzehnt spielt die Tuberkulose auch heute noch die Hauptrolle, nach dem 40. Lebensjahr rückt das Bronchialkarzinom allmählich an die erste Stelle. Daneben rangieren weitere Bronchiektasen, Tuberkulose und Embolien.

Der Röntgenuntersuchung kommt die entscheidendste diagnostische Bedeutung zu. Findet sich kein faßbarer pathologischer Befund, so kommen als Ursachen der Lungenblutung akute und chronische Bronchitiden, Bronchiektasen, Bronchial-Tbc, Tracheal- oder Bronchialtumoren und die sogenannte idiopathische Hämoptysis in Frage. Außer bei eindeutiger akuter bronchitischer Symptomatik besteht immer das Bedürfnis zu einer weiteren diagnostischen Abklärung (Tuberkulintest, Sputumuntersuchungen, Mittelschnitt-Tomographie, Bronchoskopie mit Biopsie, bakteriologische und zytologische Untersuchung des Bronchialsekrets sowie die Bronchographie). Ein positiver Befund säurefester Stäbchen im Sputum läßt bei negativem Röntgenbefund auf eine Bronchialtuberkulose schließen (muß kulturell und bronchoskopisch bestätigt werden). Der Wert der Bronchographie liegt bei negativem Röntgenbefund vornehmlich im Nachweis oder Ausschluß von Bronchiektasen. Im Gegensatz zur Bronchoskopie sollte im allgemeinen erst bronchographiert werden, wenn keine Blutung mehr besteht, da sonst eine ungleichmäßige Kontrastmittelfüllung der Bronchien zu Fehldiagnosen Anlaß geben könnte.

**Rascher
Liquiritia-Azulen-
Effekt.
Tagesmedikation
und Rollkur in einem.**



neu
300 ml



Packung
150 ml

**Praxisgerechte Therapie
bei *Ulcus ventriculi*
et *duodeni*
Gastritis
und anderen
Magen-Darm-
Affektionen**

Solu-Vetan®

Zusammensetzung:
1 Packung (150 ml) enthält:
Extr. Liquir. 10 g, Extr. Menth.
pip. 1 g, Extr. Rubi frut. 2 g,
1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen
30 mg, Öl. Menth. pip. 100 mg,
Ätherisches Öl mikroverkapselt.
1 Packung (300 ml) =
doppelte Mengen

Handelsformen und Preise:
Packungen mit
150 ml Extraktpulver
= ca. 25 Tassen 4,40 DM
300 ml Extraktpulver
= ca. 50 Tassen 7,80 DM
Anstaltspackung



**Bei starken
Begleit spasmen**

Solu-Vetan® cum Belladonna

Zusammensetzung:
1 Packung enthält: Extr. Bellad.
stand. auf 5 mg Alkaloide,
Extr. Liquir. 10 g, Extr. Menth.
pip. 1 g, Extr. Rubi frut. 2 g,
1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen
30 mg, Öl. Menth. pip. 100 mg
(1 Dosis = ca. 0,2 mg Alkaloide),
Ätherisches Öl mikroverkapselt.

arrhythmie, Magecolon,
Coronarinsuffizienz.

Hinweis:
In seltenen Fällen kann bei
individueller Prädisposition die
Fertilität eingeschränkt
werden.

Kontraindikationen:
Glaukom, Prostatahypertrophie
mit Neigung zur Restharnbil-
dung, mechanische Stenosen
im Bereich des Magen-Darm-
Kanals, Techycerdie, Techy-

Handelsformen und Preise:
Packung mit
150 ml Extraktpulver
= ca. 25 Tassen 4,80 DM
Anstaltspackung

Wenn röntgenologische Veränderungen auf der Übersichtsaufnahme gefunden werden (Gruppe 3), richtet sich das weitere diagnostische Vorgehen nach der klinischen und röntgenologischen Symptomatik. Typisch sind die Veränderungen dekompensierter Mitralvitien mit Lungenstauung, feinflechtig retikulärer Zeichnung und sekundär pulmonaler Häm siderose. Zweideutig können im Grunde typische röntgenologische Veränderungen, wie z. B. Kavernen mit Ableitungsbronchus, sein, wenn kein positiver Sputumbefund zu erreichen ist. Dann muß differentialdiagnostisch auch an einen unspezifischen Lungenabszeß gedacht werden, wobei bei jüngeren Patienten eine einschmelzende Pneumonie, bei älteren häufig ein einschmelzender Tumor vorliegen kann. Bei einem alten bekannten tuberkulösen Oberlappenprozeß ist ebenfalls oft schwer zu entscheiden, ob für eine Blutung die Reaktivierung oder eine perifokale Bronchiektasenbildung verantwortlich ist. Schließlich muß bei älteren Patienten mit bekannten tuberkulösen Veränderungen bei Auftreten einer Blutung auch an die Möglichkeit eines zusätzlichen Bronchialkarzinoms gedacht werden. Bei jüngeren Patienten mit typischen pneumonischen Veränderungen sind weitere Maßnahmen nur erforderlich, wenn nach entsprechender antibiotischer Therapie die pneumonischen Infiltrationen nicht zurückgehen und die Hämoptysis rezidiert. Bei älteren Patienten sollte immer eine Mittelschnitt-Tomographie und darüber hinaus unter Umständen eine Bronchographie durchgeführt werden, da es sich auch um eine poststenotische Pneumonie handeln kann. Auch bei großflächigen Veränderungen, bei Atelektasen, Hilusveränderungen und Rundherden ist bei Patienten jenseits des 40. Lebensjahres zunächst immer an ein Bronchialkarzinom zu denken und unter Einsatz aller diagnostischen Maßnahmen auszuschließen. Auch Metastasen extrapulmonaler Tumoren können gelegentlich zu Blutungen führen.

Bei Vorliegen eines Pleuraergusses können Transsudat-, Exsudat- oder hämorrhagischer Charakter sowie bakteriologische und zytologische Untersuchungen des Punkts wesentlich zur Diagnose des zugrunde liegenden Prozesses beitragen. Zu den häufigsten Ursachen von Hämoptysen gehört die Lungenembolie. Plötzliche Atemnot, Herzklopfen und Pleuraschmerzen gehen hierbei der Hämoptysis meist voraus. Oft bestehen auch Zusammenhänge mit einem operativen Eingriff, besonders im Bereich des Abdomens und der unteren Extremitäten, mit einer Geburt, mit schweren Allgemeinerkrankungen oder mit einer Thrombophlebitis. EKG, Enzymdiagnostik und besonders die Lungenszintigraphie tragen wesentlich zur Diagnose eines Lungeninfarktes bei.

Professor Dr. L. ADELBERGER, Hemer/Westfalen:

„Lungenblutungen aus chirurgischer Sicht“

Noch vor dem Zweiten Weltkrieg kam als operative Indikation bei Blutungen aus dem Bronchialraum fast

ausschließlich die Lungentuberkulose in Betracht. Die blutende Lungenseite wurde mittels eines intrapleurales Pneumothorax ruhiggestellt und bei seinem Scheitern die großchirurgischen Plastiken aller Art eingesetzt.

Später stellte der extrapleurale Pneumothorax die Therapie der Wahl dar, während heute die Kollaps-therapie durch die Resektionstherapie abgelöst worden ist. Der derzeitige technisch-operative Stand erlaubt selbst die Entfernung kleinster, aber zusammengehöriger Teile aus der Peripherie der Lunge, z. B. Subsegmente und Segmente bei peripher gelegenen Herden oder Fremdkörpern ohne Schädigung des Nachbarbezirks. Gleiches gilt für die eine oder mehrfache Entfernung eines Lungenlappens (Lobektomie oder Bilobektomie) sowie die Abtragung eines ganzen Lungenflügels (Pneumonektomie). Selbst ausgedehnte Prozesse, die zentral am Hilus weit fortgeschritten sind, oder schon auf das Perikard oder das obere Mediastinum übergreifen haben, können gelegentlich durch die sogenannte „erweiterte Pneumonektomie“ mit Eröffnung und Abtragung des Perikards und zentraler Absetzung der Lunge an den großen Gefäßen unmittelbar aus ihrem Abgang vom Herzen saniert werden. Selbst bei weitgestellter Operationsindikation bei Bronchialkarzinomen liegt die primäre Mortalität (innerhalb der ersten sechs Wochen) mit etwa 2% nicht höher als früher bei der Appendektomie. Wichtige Voraussetzungen für die operative Indikationsstellung ist jedoch die Wahrnehmung aller Fortschritte der Atemphysiologie.

Als Ursache der Hämoptoe sind heute der Häufigkeit nach nicht mehr die Lungentuberkulose, sondern die Tumoren zu nennen. Diese sind praktisch erst seit Entwicklung der Resektionstherapie operativ-kausal angehend, wenn man von der Strahlentherapie der Malignome absieht. Das Bronchialkarzinom verläuft für den Patienten lange Zeit symptomarm. Daher neigt dieser dazu, im Auswurf kleine Blutbeimengungen, die zu 50% an der Frühsymptomatik beteiligt sind, als „geplatze Äderchen“ zu bagatellisieren. Jede Blutung aus dem Bronchialraum sollte neben der röntgenologischen Untersuchung auch zur konsequenten Durchführung einer fachgemäßen Bronchienuntersuchung (Bronchographie und Spiegelung) führen. Ferner wurden die diagnostischen Möglichkeiten mit Einführung der Szintigraphie wesentlich erweitert.

Professor Dr. P. STOLL, Mannheim:

„Gynäkologische Blutungen“

Während moderne Lehrbücher heute nur der Menstruationshygiene und dem Verhalten während der Periode und damit verbundenen speziellen Fragen einige Kapitel widmen, ist im Volke die Verknüpfung des Menstruationsvorgangs häufig noch mit magischen Vorstellungen verbunden. Nur zu leicht wird die gynäkologische Blutung mit der biologischen Intaktheit der weiblichen Funktionen identifiziert und ihre

Veränderungen nicht als Warnzeichen verstanden. Die Ursachen gynäkologischer Blutungen sind zu trennen in funktionelle bzw. dysfunktionelle, traumatische, entzündliche und tumorbedingte Genesen. Bei der diagnostischen Abklärung spielt die Erhebung einer gründlichen Anamnese eine besonders wichtige Rolle. Mikroskopische Untersuchungen der Vaginalwandzellen oder durch Strichabrasio gewonnene Endometriumteilchen sowie Untersuchungen des Hormonhaushalts ergänzen die Diagnostik. Bei Neugeborenen sind Blutungen fast durchweg hormonal induziert, beim Kleinkind ist in erster Linie mit einer traumatischen Blutung durch Fremdkörpereinbringung in die Vagina zu rechnen und in der Geschlechtsreife steht die Fehlgeburt als Blutungsursache an erster Stelle. Im höheren Alter schieben sich langsam die bösartigen Tumoren in den Vordergrund. Am Ende der Geschlechtsreife und im Klimakterium dominiert das Kollumkarzinom, in der Postmenopause und im Senium das Korpuskarzinom. Ergeben sich auch nur schwache Hinweise auf eine organische Blutungsursache, so ist die Abklärung durch Probeabrasio unbedingt erforderlich, um ein Malignom nicht zu übersehen.

Bei der Steuerung der funktionellen Blutung der geschlechtsreifen Frau spielt der Hypophysenvorderlappen eine hervorragende Rolle. Die normale Menstruation tritt am Ende eines biphasischen Zyklus auf, der gelegentlich von monophasischen Zyklen, die eine Besonderheit am Anfang und am Ende der Geschlechtsreife darstellen, unterbrochen werden kann. Die hormonale Wirkung läßt sich am besten am vaginalen Ausstrich nachweisen: unter Östrogeneinfluß ist das Vaginalepithel hoch proliferiert, die Zellen liegen einzeln, der Kern ist pyknotisch. Unter Östrogen/Gestageneinfluß kommt es zur Haufenbildung der Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Die Blutung am Ende des Zyklus wird ausgelöst durch den Abfall der beiden Hormone Östrogen/Progesteron. Bei zykluslabilen Frauen kann das zyklische Geschehen in wechselnden Zeiträumen ablaufen; eine in der Mitte des 28tägigen Zyklus auftretende leichte Blutung deutet die Ovulation an und ist durch vorübergehenden Abfall der Östrogene bedingt. Zu unterscheiden ist zwischen Östrogendurchbruchblutungen (nach längerer Östrogeneinwirkung), die durch Erhöhung der zugeführten Östrogendosis gestillt werden können, Östrogenentzugsblutungen (nach Absetzen der Östrogenzufuhr) und Progesteronentzugsblutungen (nach Absetzen einer kombinierten Östrogen/Gestagenbehandlung bei fortgesetzter Östrogenzufuhr).

Zusatzblutungen in Form von Vorblutungen, Nachblutungen und Mittelblutungen lassen sich durch Erhebung einer klaren Anamnese gut festlegen und weisen auf funktionelle Störungen oder auf Korpuspolypen, Myome oder eine Endometritis hin. Für den Uterus myomatosus ist insbesondere die im Laufe längerer Zeit zunehmende regelmäßige, aber immer stärker werdende Blutung typisch. Die zyklusunabhän-

ESDESAN[®]
cum Nitro

Kardiosedativum

**Bei nervösen Herz- und
Kreislaufstörungen,
pectanginösen Beschwerden,
Angina pectoris
nervosa, Altersherz.**

Kontraindikationen: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

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

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

30 Dragees DM 4,05
60 Dragees DM 5,55

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BayA



**AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN**

gig auftretende Blutung ist durchweg organisch bedingt und stets verdächtig auf ein Malignom. Hierzu gehört besonders die Dauerblutung nach Amenorrhoe und in der Menopause. Neben einem Korpuskarzinom (gelegentlich auch einem Kollumkarzinom) ist differentialdiagnostisch auch an das Matronenadenom, die Endometritis senilis, den Hochdruck und eine hormonal ausgelöste Blutung (z. B. bei Ovarialtumoren) zu denken.

Liegt einer Blutung eine dysfunktionelle Ursache zugrunde, so fordert sie die Behandlung mit Hormonen heraus. Hormonelle Maßnahmen werden heute aus verschiedenen Gründen eingeleitet:

1. Zur Menstruationsverschiebung durch Vorverlegung oder Hinausschieben der Periodenblutung auf Wunsch der Patienten.
2. Zur Behandlung einer dysfunktionell ausgelösten Vorblutung durch Östrogen/Gestagengabe in der zweiten Zyklushälfte.
3. Zur hormonellen Behandlung der dysfunktionellen Blutung nach Abklärung mit Gestagenzufuhr in der zweiten Zyklushälfte über zunächst drei Monate, mit Östrogen/Gestagengemischen über den ganzen Zyklus.
4. Zur Behandlung klimakterischer Ausfallserscheinungen.
5. Zur Hormonbehandlung im Postklimakterium aus nichtgynäkologischer Indikation, z. B. bei Ulcus cruris, Ulcus ventriculi et duodeni, Falten, Haarausfall, Verstimmung, Osteoporose usw.

Bei unregelmäßigen Blutungen während der Geschlechtsreife sollte differentialdiagnostisch schließlich immer an das Vorliegen einer Extrauterin gravidität gedacht werden.

Professor Dr. E. SCHMIEDT, München:

„Urologische Blutungen“

Jede Makro- und Mikrohämaturie bedarf der eingehenden diagnostischen Abklärung. 20% der schmerzlosen Makrohämaturien werden durch Tumoren verursacht, und schon hinter wenigen Erythrozyten im Urin kann sich ein Neoplasma verbergen. Eine besondere diagnostische Schwierigkeit liegt darin, daß die Geschwülste der männlichen Harnorgane und Adnexe meist nur intermittierend, manchmal mit einhalb- bis einjährigen Intervallen bluten. Hierdurch wird häufig eine Befundbesserung nach symptomatischer Therapie vorgetäuscht und auf eine eingehendere Diagnostik verzichtet. Eine Makro- oder Mikrohämaturie hat so lange als geschwulstbedingt zu gelten, bis durch entsprechende Untersuchungen eine eindeutige Diagnose gefunden wurde.

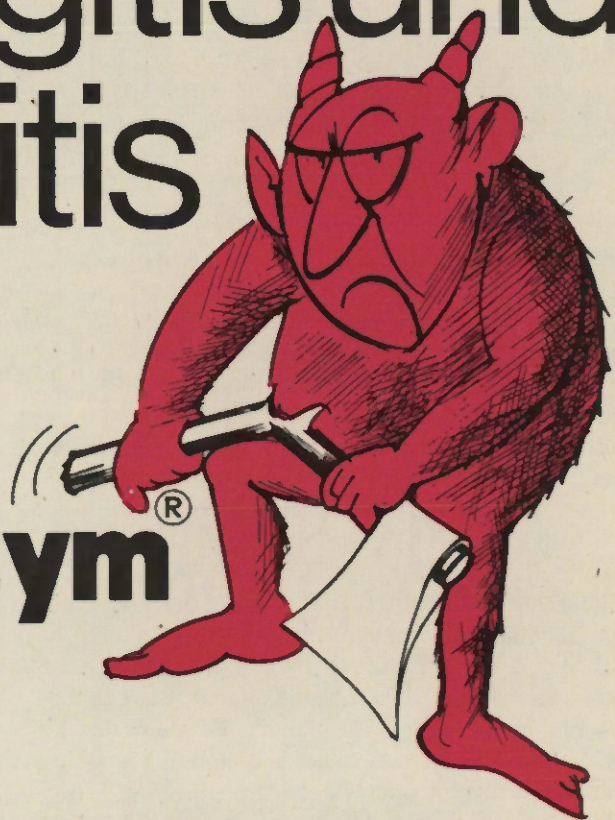
Ob eine Blutung mit oder ohne Schmerzen einhergeht, stellt ein wichtiges differentialdiagnostisches Kriterium dar. Tumorblutungen sind im Initialstadium meist schmerzlos, es sei denn, daß Blutkoagula durch Ver-

legung der ableitenden Harnwege Koliken auslösen. Schmerzhafte Blutungen sind meist entzündlicher Genese oder durch ein Steinleiden bedingt.

An der Spitze der Neoplasmen im urologischen Bereich steht das Adenokarzinom der Niere (Hypernephrom). Es befällt Männer etwa doppelt so häufig wie Frauen und tritt besonders zwischen dem 45. und 75. Lebensjahr auf. Das häufigste Symptom, das bei etwa $\frac{2}{3}$ aller Betroffenen gefunden wird, ist die meist schmerzlose Hämaturie. Da es jedoch meist erst zu einer Blutung kommt, wenn der Tumor in das Nierenhohlraumssystem einbricht, stellt die Hämaturie leider meist ein Spätsymptom der Erkrankung dar. Weitere Hinweise ergeben sich aus unklaren Knochenschmerzen, subfibrilen Temperaturen, Gewichtsverlust und zunehmender Schwäche bei Anämien, aber auch bei Polyzythämien. Die häufigen Lungenmetastasen verursachen vielfach einen Reizhusten und Blutbeimengungen im Sputum. Erste diagnostische Hinweise auf einen Nierentumor geben das Ausscheidungsurogramm und unter Umständen das retrograde Pyelogramm durch Verlagerungen, Ausziehungen und Abruch von Kelchenden. Die entscheidende diagnostische Sicherung gibt die selektive Nierenangiographie, wobei das Nierenkarzinom infolge zahlreicher arteriovenöser Shunts mit Kontrastmittelakunen eine typische Tumorschimmerung ergibt. Die mit etwa 30% häufigste abdominelle Geschwulst bei Säuglingen und Kleinkindern stellt das embryonale Adenosarkom (der WILMS-Tumor) dar. Im Gegensatz zum Nierenkarzinom steht in symptomatologischer Hinsicht nicht die Hämaturie, sondern die Geschwulst selbst im Vordergrund. Daher wird die Diagnose häufig primär von der Mutter gestellt, die beim Baden oder Pflegen des Kindes die Geschwulst in der Bauchgegend tastet. Im Gegensatz zum Nierenkarzinom stellt die Hämaturie bei den vom Uroepithel ausgehenden Geschwülsten (10% der Neubildungen im Nierenbereich) ein Frühsymptom dar. Das Infusionsurogramm und die Ureteropyelographie sind hier in diagnostischer Hinsicht wichtiger als die Nierenangiographie. Nierenbeckengeschwülste sind im Gegensatz zu Konkrementen oder Blutkoagula unregelmäßig konfiguriert. Die vom Nierenbecken ausgehende Tumordinfiltration des Nierenparenchyms kann zu einer Kompression der intrarenalen Gefäße führen, was sich angiographisch an einer unvollständigen Anfärbung des Nierenparenchyms und an Gefäßabbrüchen zu erkennen gibt. Die Therapie besteht, wie beim Nierenkarzinom, in einer ausgedehnten thorakoabdominalen Tumor-, Nephro- und Ureterektomie einschließlich Lymphadenektomie unter Mitnahme einer Blasenwandmanschette. Dieser ausgedehnte Eingriff ist erforderlich, da Sekundärgeschwülste im Ureter vorhanden sein oder sich im Ureterstumpf nachträglich mit Impfmastasen im Blasenbereich entwickeln können. Die Harnleitergeschwülste, die sich vorwiegend im distalen Drittel des Harnleiters entwickeln, machen die

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

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



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

Frubienzym® wirkt nicht nur gegen Bakterien, sondern

auch gegen Viren – die Infektionen im Hals sind meist virusbedingt¹⁾.

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

Dabei ist Frubienzym® gut verträglich; Nebenwirkungen und Resistenz sind kaum zu befürchten¹⁾.

Zusammensetzung:

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

Anwendung/Dosierung:

Täglich 2 – 8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im 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

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD**

gleichen Symptome wie die Nierenbeckengeschwülste (intermittierende oder profuse Hämaturie zum Teil verbunden mit Koliken und dumpfen Schmerzen im betroffenen Nierenlager bei Harnabflußstörungen). Auch bei den Blasentumoren kommt es schon sehr früh zu einer meist schmerzlosen Mikro- oder Makrohämaturie. Durch hinzutretende Sekundärinfektionen (besonders bei zerfallenden Tumoren) wird die zunächst schmerzlose Hämaturie äußerst schmerzhaft. Relativ frühzeitig treten Verlegungen der Ureterostien hinzu, die dann zum Beschwerdebild der Harnstauungsniere führen. Um das Stadium eines Blasentumors zu bestimmen, hat sich die bimanuelle abdominorektale bzw. abdominovaginale Palpation der Geschwulst bei völliger Entspannung in Narkose als unerlässlich erwiesen. Prognostisch entscheidend ist die Frage, ob der Tumor bereits die Hälfte der Blasenmuskelwand überschritten hat oder nicht (Stadium B I bzw. B II) und andererseits, welchen Malignitätsgrad die Geschwulst aufweist. Die Therapie der Blasentumoren ist sowohl für den Arzt wie für den Patienten nach wie vor problematisch. Papillome werden transuretral reseziert. Das papilläre Blasenkarzinom bis zum Stadium B I stellt die klassische Indikation für eine totale Zystektomie dar. In späteren Stadien kommt meist nur noch eine Palliativbehandlung mit transurethraler partieller Resektion und Nachbestrahlung in Frage.

Darüber hinaus kann eine schmerzlose Hämaturie bedingt sein durch solitäre und multiple Nierenzysten (bzw. Zystennieren) und durch eine Nierentuberkulose (praktisch immer Befall beider Nieren). Häufig beklagte Hämatospermien sind in der Regel harmlos.

Die schmerzhaften Hämaturien sind für den Patienten zwar deutlich unangenehmer, die Ursachen jedoch meist wesentlich ungefährlicher. In etwa $\frac{1}{3}$ werden die von Koliken begleiteten Hämaturien durch Steine oder abflußbehindernde Koagula ausgelöst. Diagnostische Schwierigkeiten können bei der Differenzierung zwischen nicht Schatten gebenden Harnleiterkonkrementen, Nierenbecken- und Harnleitertumoren sowie Blutkoagula entstehen. Viel häufiger als Entzündungen der oberen Harnwege gehen Zystitiden mit Hämaturien einher. An erster Stelle ist hier die im allgemeinen durch E. Coli hervorgerufene, vor allem bei Mädchen und Frauen nach Kongestionen im kleinen Becken auftretende banale hämorrhagische Zystitis zu nennen, die meistens unter Sulfonamidgabe binnen weniger Tage abheilt. Es kann sich jedoch neben den bereits beschriebenen Blasen- und Prostatageschwülsten sowie der spezifischen tuberkulösen Zystitis auch um ein Ulcus simplex vesicae, um blutende Teleangiectasien nach Strahlenbehandlung der Blase und des weiblichen Genitale, um Blasensteine mit primärer oder sekundärer Harninfektion, um Endometriosen sowie um von der Nachbarschaft einbrechende Tumoren oder um posttraumatische Folgen handeln. Beim Auftreten einer Mikro- oder Makro-

Klinische Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Die neue Weiterbildungsordnung schreibt für die Anerkennung als Allgemeinarzt neben einer Mindestzeit von drei Monaten als Assistenzarzt bei einem zur Weiterbildung ermächtigten niedergelassenen Allgemeinarzt (zur Zeit 220 Kollegen in Bayern) vor:

- 18 Monate Tätigkeit in der Inneren Medizin
- 12 Monate Tätigkeit in der Chirurgie und/oder Gynäkologie und Geburtshilfe sowie
- 15 Monate in Allgemeinmedizin oder in einem Fachgebiet nach freier Wahl.

Diese klinische Weiterbildung ist in Bayern außerhalb von Ballungsgebieten an vielen kleineren Krankenhäusern möglich, an denen der angehende Allgemeinarzt in geradezu idealer Weise all die Kenntnisse und Erfahrungen erwerben kann, die er später zu seiner Niederlassung benötigt.

Bei der Vermittlung solcher Weiterbildungsmöglichkeiten ist die Bayerische Landesärztekammer gerne behilflich.

Bitte wenden Sie sich an:

Bayerische Landesärztekammer
8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon
(089) 47 60 87, Frau V ä t h

hämaturie muß ferner an nephrologische Ursachen, an die Folgen einer Antikoagulantienbehandlung oder Zytostase, an das Vorliegen einer Bluterkrankung oder ähnliches gedacht werden.

Zur groben Blutungslokalisierung in der Praxis hat sich die sogenannte Dreigliäserprobe bewährt. Hierzu wird der Blaseninhalt in etwa drei gleich große Portionen entleert. Sind alle drei Urinportionen gleichmäßig getrübt, so rührt die Blutung aller Wahrscheinlichkeit nach aus der Niere her. Sind in Glas I und II nur wenig Blutbeimengungen erkennbar, während Glas III stark blutig verfärbt ist, so liegt eine Blasenblutung vor. Ist Glas I blutig, Glas II wenig blutig oder klar, Glas III jedoch wieder deutlich blutig gefärbt, so ist der Herkunftsort der Hämorrhagie der Blasenboden, der Blasenauslaß sowie die prostatistische Harnröhre einschließlich der männlichen Adnexe. Führt die Dreigliäserprobe zu keiner Klärung, ob eine renale oder vesikale Blutung vorliegt, so ist der Spülvversuch nützlich. Spült sich nämlich die Blase rasch blutfrei und färbt sich die Spülflüssigkeit erst nach einiger Zeit wieder rot, so liegt fast immer ein Nierenbluten vor. Kann man die Blase nicht leer spülen, so liegt meist immer eine vesikale Blutungsursache vor.

Referent des dritten Tages: Dr. A. Paetzke, Nürnberg

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen in der Praxis

Fortbildungsabend der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

In der Folge geben wir die Autorenreferate der Vortragenden wieder.

D. RENNER, Augsburg:

Diagnostik und Therapie der Glomerulonephritiden

Die in den letzten 15 Jahren zunehmend geübte Nierenbiopsie sowie verfeinerte histologische licht- und elektronenoptische Untersuchungsverfahren haben die Kenntnis glomerulärer Veränderungen wesentlich erweitert.

Die Vielfalt des histologischen Bildes der Glomerulonephritis erstreckt sich von minimalen Läsionen bis zur ausgeprägten, vorwiegend membranösen oder proliferativen Veränderung des Glomerulums. Nur ein Teil dieser Glomerulonephritiden entspricht der klassischen Post-Streptokokken-Nephritis, ein Teil verläuft über Jahre hinweg und von Beginn an ohne wesentliche Symptome. Dies beweist einmal mehr die Wichtigkeit einer frühzeitigen und damit bereits in der Sprechstunde einsetzenden Diagnostik.

Die eingehende anamnestische Erhebung weist nicht selten bereits auf die Möglichkeit einer renalen Erkrankung hin (familiäre Belastung mit Nierenerkrankungen oder Hypertonie, gehäufte Anginen, längerdauernde Eiterungen, phenazetinhaltige Medikamente, frühere Nierenerkrankungen, Koliken).

Die klinische Symptomatologie ausgeprägter Glomerulonephritiden (Proteinurie, Ödeme, Mikro- oder Makrohämaturie, Zylinderurie, Polyurie, Isosthenurie) oder gar Foetor uraemicus fehlen in frühen Stadien. Entsprechend ist neben der Bestimmung der Blutkörperchensenkung, der Messung des Blutdrucks und einer eventuellen Spiegelung des Augenhintergrundes die eingehende Untersuchung des Harns vorzunehmen. Diskrete Proteinurien verlaufen häufig intermittierend, so daß ein einmaliger normaler Harnbefund bei gegebenem Verdacht nicht das Vorliegen einer glomerulären Läsion ausschließt. Der Grad einer Leuko- oder Erythrozyturie läßt sich durch Auszählen in der Zählkammer zumindest halbquantitativ abschätzen. Eine renal bedingte Anämie geht so gut wie immer mit einer deutlich faßbaren Niereninsuffizienz einher (Kreatinin und Harnstoff im Serum erhöht). Das Vorliegen einer stärkeren Proteinurie (über 2 g täglich) ist so gut wie immer der Ausdruck eines nephrotischen Syndroms, auch wenn umschriebene oder generalisierte Ödeme fehlen. In diesen Fällen ist stets eine Lipidurie (Malteserkreuze) nachweisbar, und das Elektrophoresebild zeigt zumeist eine Abnahme des Gesamtelweißgehaltes und eine angedeutete oder auch bereits ausgeprägte Verschiebung der Bluteiweißkörper zuungunsten der Albumine. Das nephrotische Syndrom ist immer Ausdruck einer Glomerulonephritis, wobei allerdings das Vorliegen eines KIM-

MELSTIEL-WILSON-Syndroms oder einer Amyloidose ausgeschlossen werden muß.

Zur erweiterten Diagnostik gehört die Anfertigung eines Ausscheidungsurogramms, während Isotopenuntersuchungen (Nephrogramm oder Szintigramm) nahezu immer entbehrlich sind und – von seltenen Ausnahmen abgesehen – weniger Information liefern als die Ausscheidungsurographie.

Über den Umfang einer Glomerulonephritis liefern Clearancemethoden Aufschluß: Einfach und in der Praxis leicht durchführbar ist die endogene Kreatininclearance; während die aufwendigeren, freilich auch wesentlich genaueren Inulin- und PAH-Clearance für eine exakte Verlaufskontrolle und für spezielle Fragestellungen vorbehalten bleiben.

Läßt sich eine geringgradige Proteinurie oder eine geringgradige Erythrozyturie (nach Ausschluß von Ursachen für letztere im Bereich der ableitenden Harnwege) nicht klären, ist die Indikation zur Nierenpunktion gegeben. Zu beachten sind jedoch deren Kontraindikationen: Einnierigkeit, Zystennieren, Blutungsübel, Nierentuberkulose. Erhöhte Blutdruckwerte sollten vorab auf unter 170 mm Hg systolisch gesenkt werden. Liegt bereits eine Niereninsuffizienz vor, besteht im allgemeinen keine Indikation mehr für die Durchführung einer Nierenbiopsie, es sei denn, es liege der Verdacht auf eine systemische Erkrankung wie Lupus erythematodes, Panarteriitis nodosa, WEGENERsche Granulomatose, GOODPASTURE-Syndrom oder eine sogenannte subakute Nephritis vor.

Nicht selten stellt sich auch die Differentialdiagnose zwischen einer akuten und dem akuten Schub einer chronischen Glomerulonephritis. Hier ist die Bestimmung des Serumkomplements (Gesamtkomplement) von Nutzen: Im Falle einer akuten Glomerulonephritis ist es erniedrigt, beim akuten Schub einer chronischen Glomerulonephritis normal.

Verglichen mit den diagnostischen Möglichkeiten bei glomerulären Nierenerkrankungen sind die therapeutischen Konsequenzen gering. Akute Post-Streptokokken-Nephritiden sind immer Anlaß für eine hochdosierte und konsequente Penicillinbehandlung bis zur Normalisierung von Blutkörperchensenkung und Antistreptolysintiter. Bei Glomerulonephritiden mit nephrotischem Syndrom läßt sich in manchen Fällen eine Besserung allein durch die Gabe von Indometacin (Amuno) erreichen, in vielen Fällen erst durch Gabe von Kortisonabkömmlingen, allein oder in Kombination mit immunsuppressiven Medikamenten (Azathioprin, Cyclophosphamid). Eine solche Kombination stellt auch eine therapeutische Möglichkeit bei vorwiegend proliferativen Glomerulonephritiden dar. Allerdings sind die Behandlungsergebnisse heute weder eindeutig noch überzeugend.

P. DITTRICH, Innsbruck:

Diagnostik und Therapie der Pyelonephritis

Diagnose: Pyelonephritis ist die häufigste Nierenerkrankung. Nach T. FUCHS werden aber 70 bis 90 % der Fälle nicht erkannt. Die besten Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung bietet der oft im Säuglings- und Kleinkindesalter oder in der Schwangerschaft ablaufende erste akute Schub. Etwa 80 % aller akuten Pyelonephritiden im Erwachsenenalter sind in Wirklichkeit frische Schübe einer chronischen Pyelonephritis. Besondere Bedeutung in der Diagnostik hat die Anamnese (Lendenschmerzen, Dysurie, Pollakisurie, Kopfschmerzen, Müdigkeit, starker Durst, dumpfe Rückenschmerzen). Fragen nach Harnwegsinfekten im Kindesalter und bei Frauen in der Schwangerschaft! Untersuchung des Harns. Gehäuftes Vorkommen von Pyelonephritis bei Diabetes mellitus. Harnengewinnung: bei Männern Mittelstrahlurin, bei Frauen nach einwandfreier Rückenlagerung und Desinfektion durch Katheterisierung (Einmalkatheter). Blasenpunktion nur in Ausnahmefällen. Bakteriologische Untersuchung kann durch Screening-Tests, wie Niturtest, TTC-Test, Urikult usw., erfolgen oder durch sofortige Einsendung an eine bakteriologische Untersuchungsanstalt. Im unzentrifugierten Harn (500fache Vergrößerung) sind mehr als zwei Leukozyten pro Gesichtsfeld pathologisch. Leukozytenzylinder (am besten Peroxydasegefärbt) sind beweisend für eine Pyelonephritis. Jeder Patient, bei dem die Diagnose Pyelonephritis gestellt wurde, ist einer urologischen Untersuchung zuzuführen; Frauen sollten auch einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen werden. Bei Männern liegt in etwa 90 % der Pyelonephritiden eine Harnwegsobstruktion vor.

Therapie: Für die Behandlung der Pyelonephritis eignen sich unter Berücksichtigung des Antibiotogramms nach HITZENBERGER und PICHLER folgende Substanzen:

1. Penicillin G in hohen Dosen, Ampicillin, Carbenicillin, Cephalosporine, Aminoglykoside (Gentamycin, Kanamycin wegen Toxizität zeitlich nur begrenzt verabreichbar!), Polymyxine (Cholistin), Trimethoprim-Sulfamethoxazol.
2. Chloramphenicol (nur bakteriostatisch; für Langzeittherapie wegen Knochenmarkstoxizität ungeeignet), Tetracycline (nur bakteriostatisch, hohe Resistenzquoten), Sulfonamide (nur bakteriostatisch, hohe Resistenzquoten); Nitrofurantoin, Nalidixinsäure (keine hohen Gewebs-, nur Harnkonzentrationen, für Verhinderung von Reinfektionen geeignet). Makrolide (Erythromycin, Oleandomycin) angezeigt bei Enterokokken- oder Staphylokokkeninfektion. Oxacillin nur in seltenen Fällen von Staphylokokkeninfektionen verwendbar.

Die Behandlungsschemata bei der chronischen Pyelonephritis sind unterschiedlich. Bei signifikantem Keimbefund und der klinischen Symptomatik einer Pyelo-

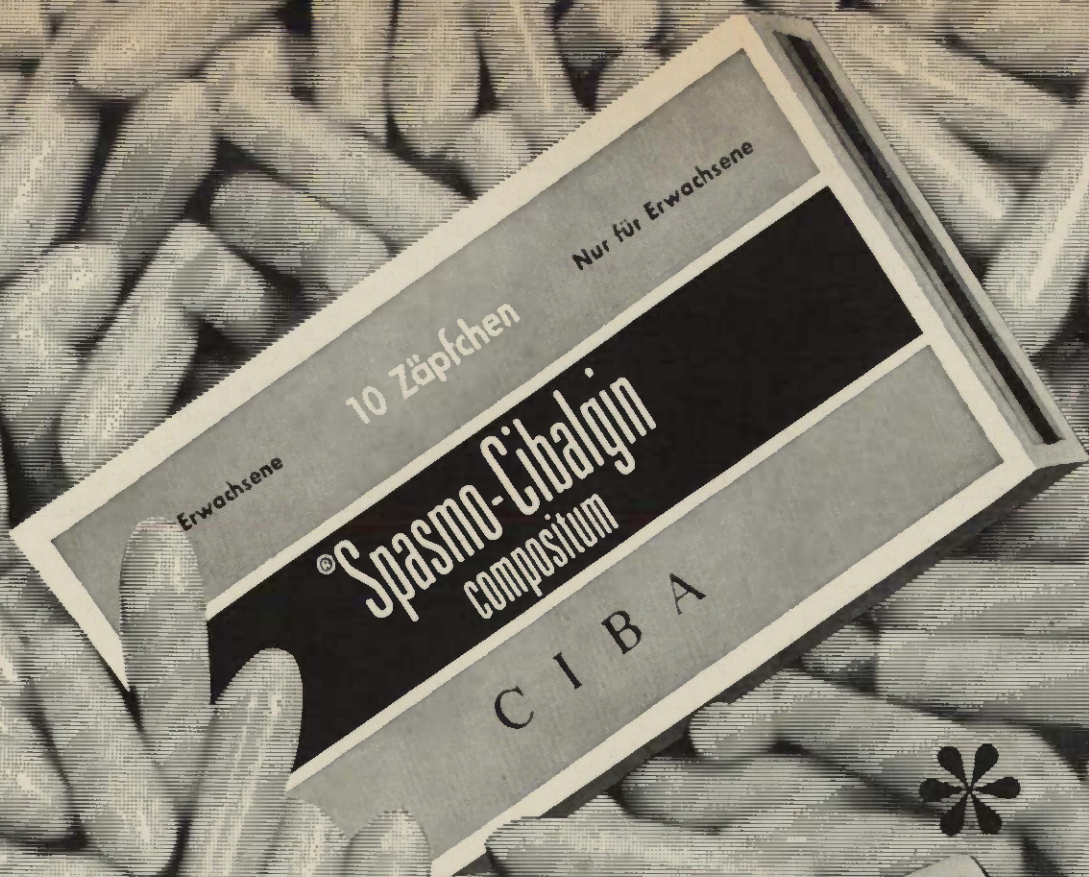
nephritis sollte die Initialtherapie über zwei bis sechs Wochen geführt werden. Anschließend kann eine Intervallbehandlung, über deren Nutzen noch diskutiert wird, mit einer der oben erwähnten Substanzen abgeschlossen werden, wobei jedoch Nebenwirkungen beachtet werden müssen. Bei Rezidiv neuerliche Initialtherapie. Bei der Dosierung ist die Nierenfunktion anhand von Harnstoff und Kreatinin zu beachten. Eine Gefahr von Nebenwirkungen besteht insbesondere bei Aminoglykosiden, Polymyxin und Nitrofurantoin, wenn eine Retention harnpflichtiger Substanzen vorliegt. Die Ausheilung einer Pyelonephritis kann nur erreicht werden, wenn wiederholt Kontrollen des Harnes vorgenommen und die sich daraus ergebenden medikamentösen Folgerungen gezogen werden. Grundvoraussetzung für eine suffiziente Therapie ist die Beseitigung eventueller Abflußbehinderungen durch den Urologen.

W. SCHMITZ, Prien/Chiemsee:

Diagnostik und Therapie der Nierensteinerkrankungen

Die Urolithiasis ist eine Erkrankung, die in allen Teilen der Welt vorkommt und im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen hat. In der Bundesrepublik ist die Zahl der Steinerkrankten heute ebenso groß wie die der Diabetiker. Diagnostik und Therapie des Harnsteinleidens werden beeinflusst von den spezifischen Eigenschaften der jeweiligen Steinart. Aufgrund der physikalisch-chemischen Eigenschaften unterscheidet man verschiedene Gruppen. Zur anorganischen Gruppe gehören die Kalziumoxalat- und die verschiedenen Formen der Kalziumphosphatsteine. Harnsäure- und Uratsteine, die praktisch identisch sind, bilden in erster Linie die organische Gruppe. Hier kommen die seltenen Zystin- und Xanthinsteine hinzu. Häufig liegen jedoch Mischformen vor, so daß organische und anorganische Verbindung miteinander gepaart sein können.

Harnsteine findet man in allen Abschnitten des Harntraktes. Sie entstehen aber in erster Linie in der Niere und in der Blase. Bei ruhendem Nierenkelch- oder Nierenbeckenstein findet man als Symptom eine Erythrozyturie und eventuell einen dumpfen Druckschmerz im Kostolumbalwinkel. Das charakteristische Symptom des wandernden Steins ist die Kolik. Die Verdachtsdiagnose Stein muß durch Röntgenuntersuchungen gesichert werden. Die Ausscheidungsurographie und die retrograde Pyelographie sind daher das Kernstück der Diagnostik. Vor Injektion des Kontrastmittels muß eine Leeraufnahme angefertigt werden. Sie sollte so belichtet sein, daß auch schwach kalkhaltige Gebilde zur Abbildung kommen. Während die Steine der anorganischen Gruppe bereits auf der Leeraufnahme zu erkennen sind, kommen Harnsäure- oder Uratsteine nicht zur Darstellung; sie sind nicht Schatten gebend. Es genügt, die erste Aufnahme etwa 15 Minuten nach der Kontrastmittelinjektion anzufertigen. Ganz wesentlich für die Diagnostik der Steine



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

Zusammensetzung

	Amino-phenazon	Diallyl-berbitur-säure	Tresen-tin®-6H	Codein-phosphat
Dreg.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,080 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, Granulozytopenie; Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronarsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation; akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anelgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, schwere Nieren- und Leberfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden.

Zubereiten Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann die Verkehrsfähigkeit, besonders bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol, beeinträchtigt werden.

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

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



sind Spätaufnahmen. Oft stellen sich erst nach Stunden das Nierenhohlraumsystem und der Harnleiter sichtbar dar. Nicht Schatten gebende Steine erkennt man als negative Steinschatten nach Umfließen des Kontrastmittels. Fast ausschließlich bei diesen Fällen wird die retrograde Pyelographie mit Darstellung des gesamten Harnleiters noch ihre Anwendung finden.

Die Diagnostik der Harnsteine umfaßt also neben der Deutung der oft charakteristischen Symptome die lokale Palpation, die mikroskopische Überprüfung des Urinsedimentes und die Röntgenuntersuchung mittels Ausscheidungsurographie oder gegebenenfalls retrograder Pyelographie.

Die Behandlung eines Nieren- oder Harnleitersteins richtet sich nach der Steingröße, der Steinart und der Lokalisation. Die Therapie bei der Steineinklemmung mit kolikartigen Schmerzen ist rein symptomatisch. Intravenöse Kombinationsinjektionen von Analgetika und Spasmolytika sind die Mittel der Wahl. Im beschwerdefreien Intervall muß die Diagnose durch Röntgenuntersuchungen gesichert werden. Bei mäßiger Harnstauung und abgangsfähigen Steinen wird man zu steinaustreibenden Maßnahmen greifen. Steine mit einem Durchmesser von 4 mm gehen zu 80 %, bei einem Durchmesser von 4 bis 6 mm immer noch zu 50 % spontan ab. Neben reichlicher Flüssigkeitszufuhr werden Spasmolytika und peristaltikanregende Präparate (Krappwurzelextrakte) eingesetzt. Die konservative Behandlung kann man bis zu sechs Wochen ohne Bedenken durchführen. Ist der Stein bis dahin nicht abgegangen und verweilt er an einer Stelle im Harnleiter, sollte die Weiterbehandlung in der Klinik erfolgen. Dort wird man, je nach Größe und Sitz des Steines, eine Extraktion mit der ZEISS'schen Schlinge oder eine Operation durchführen. Obwohl die operative Steinentfernung als Pyelo- oder Ureterolithotomie unproblematisch ist, bleibt als Fernziel die Auflösung von Harnsteinen durch orale Medikation. Bislang gelingt die orale Litholyse lediglich beim Harnsäure- oder Uratstein. Das wirksamste Medikament ist das Uralyt-U, ein Gemisch von Salzen der Zitronensäure. Regelmäßig eingenommen, erreicht man damit eine Alkalisierung des Urins. Die optimale Einstellung zur Steinauflösung liegt bei einem pH-Wert zwischen 6,4 und 6,8. Alle kalziumhaltigen Konkremente lassen sich zur Zeit durch eine orale Litholyse noch nicht wirkungsvoll auflösen.

Die instrumentelle Steinauflösung durch retrograde Spülung ist noch in der Entwicklung. Sie bleibt im Augenblick nur wenigen Fällen von rezidivierenden Steinbildungen bei Inoperabilität vorbehalten.

Die Rezidivquote der Harnsteine liegt bei Kalziumoxalat zwischen 10 und 20 %, bei Kalziumphosphat um 25 %. Harnsäuresteine rezidivieren in 22 % der Fälle, bei manifester Gicht sogar bis zu 78 %. Diese hohe Quote macht es verständlich, daß man nach Steinabgängen oder nach der Steinentfernung be-

müht ist, eine wirkungsvolle Prophylaxe einzuleiten. Dies gelingt jedoch nur unvollständig, da die Pathogenese des Steinleidens noch weitgehend ungeklärt ist. Diätetische Maßnahmen treten immer mehr in den Hintergrund. Dennoch sollte man die alimentäre Zufuhr von entsprechenden Substanzen drosseln. Eine größere Bedeutung kommt der Korrektur von Stoffwechselstörungen (Hyperparathyreoidismus bzw. Gicht) sowie der Beseitigung von Abflußhindernissen zu. Bei Steinen der anorganischen Gruppe ist die Prophylaxe am schwierigsten. Man versucht heute, beim Kalziumoxalatstein durch Gaben von Orthophosphat die Pyrophosphatausscheidung im Harn zu steigern, da dieses als Kristallisationshemmer gilt. Der eigentliche Wirkungsmechanismus ist aber noch weitgehend unbekannt. Beim Kalziumphosphatstein wird die Applikation von Aluminiumhydroxyd empfohlen. Durch dieses Mittel werden große Phosphatmengen in Form unresorbierbarer Verbindungen im Darm gebunden. Harnsäure- oder Uratsteine lassen sich wirkungsvoll beeinflussen. Hier wird, wie bei der Therapie, Uralyt-U in Kombination mit Allopurinol-Präparaten eingesetzt. Bei allen Steinarten sind Trinkkuren mit Mineralwässern zu empfehlen.

H. J. GURLAND, München:

Diagnostik und Therapie der chronischen Niereninsuffizienz

Bei der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz, die sich durch Erhöhung der Kreatinin- und Harnstoffwerte im Serum manifestiert und damit rasch diagnostizierbar ist, stellt sich zunächst die Frage, welches Grundleiden vorliegt und in welchem Stadium der Niereninsuffizienz sich der Patient befindet. Von der Beantwortung dieser beiden Fragen hängt es ab, ob

1. eine kausale Therapie eingesetzt werden kann oder nur symptomatische Maßnahmen durchzuführen sind,
2. inwieweit mit Nebenwirkungen von Pharmaka, die renal ausgeschieden werden, gerechnet werden muß und
3. inwieweit prophylaktische Maßnahmen im Hinblick auf eine spätere Dauerdialysebehandlung oder Transplantation indiziert sind.

An allgemeinen Richtlinien, die bei der Behandlung aller Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz von Bedeutung sind, wären zu nennen: Vermeidung nephrotoxischer Substanzen; die Empfehlung, daß sich der Patient vor Kälte, Nässe und übermäßiger körperlicher Belastung schützt (eventuell muß ein Berufswechsel ins Auge gefaßt werden); schließlich ist die Erhaltung der Armvenen im Hinblick auf eine spätere Dialysebehandlung von großer Wichtigkeit (Vorsicht bei Injektionen und Infusionen).

In den meisten Fällen wird die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz nur symptomatisch sein können. Die Therapie hat zum Ziel, die körpereigenen Funktionsmechanismen zu unterstützen und toxische Auswirkungen der Stickstoffretention und eventueller Elektrolytverschiebungen durch palliative Maßnahmen zu verringern und ihr Fortschreiten zu verhindern. Die kombinierte Anwendung der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen umfaßt: Diät (gegebenenfalls Kartoffel-Ei-Diät nach KLUTHE), Bilanzierung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes, eventuell Diuresesteigerung und – soweit erforderlich – antibiotische

Pyelonephritisbehandlung, antihypertensive Therapie und die Behandlung einer Herzinsuffizienz.

Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation sollte nach Möglichkeit etwa ein halbes Jahr im voraus erkannt werden, damit genügend Zeit vorhanden ist, einen Zugang zum Blutgefäßsystem zu schaffen (SCRIBNER-Shunt oder arteriovenöse Fistel nach CIMINO). Grundsätzlich gilt, daß ein Patient mit einem Glomerulusfiltrat unter 5 ml/min oder ein Serum-Kreatinin von mehr als 12 mg % in ein Dauerdialyseprogramm aufgenommen oder einer Transplantation zugeführt werden sollte.

Fragen der Kontrazeption

Bericht über den IV. Ärztlichen Fortbildungskurs am 6./7. Oktober 1973 in Gießen

Das Anliegen dieses Kurses, der von Professor Dr. KEPP organisiert und geleitet worden ist, war es, Wege für eine humanere Geburtenregelung zu finden. Es ist festzustellen, daß dieses Ziel in vollem Umfang erreicht wurde.

Aus der Vielzahl der gebotenen Informationen wähle ich einige Punkte heraus, von denen ich annehme, daß sie allgemeines Interesse finden werden.

Sind die Ovulationshemmer allein für den Geburtenrückgang verantwortlich? Das war die Frage, die HUSSLEIN, Wien, diskutierte.

Es ist eine bekannte Erscheinung, daß in allen Industriestaaten schon vor der Anwendung der Ovulationshemmer ein deutlicher Geburtenrückgang beobachtet wurde.

Ökonomische Fragen regulieren in erster Linie die Kinderzahl. In der bäuerlichen Familie auf dem Land sind Kinder willkommene Arbeitskräfte, die das Einkommen erhöhen. Für den Industriearbeiter in der Stadt sind Kinder eine Belastung, die an dem Einkommen mitzehren und damit das ökonomische Niveau senken.

Mit der Verstädterung tritt auch das rationale Denken, die Selbstverantwortung und die Planung der Kinderzahl mehr und mehr in den Vordergrund, so daß mit höherem Lebensstandard die Geburtenzahl sich zwangsläufig reguliert. Während in den europäischen Industrieländern die Kurven der Geburtenrate und der Sterberate parallel absinken, bleibt in den Entwicklungsländern die Kurve der Geburtenrate gleichmäßig hoch, während die Sterberate rapide abfällt. Das hat z. B. zur Folge, daß in Indien jährlich fünf Millionen Schulkinder neu auf den Plan treten.

Die Bundesrepublik hat eine Zuwachsrate von nur 0,2%. Überraschenderweise errechnet die Statistik trotzdem eine Bevölkerungszunahme von 59,2 Millionen (1972) auf 63,2 Millionen im Jahr 1980. Ein ganz neuer Faktor in der Bevölkerungsbewegung sind die Gastarbeiter, die in den europäischen Industrieländern acht Millionen betragen und wahrscheinlich auf

zehn bis zwölf Millionen ansteigen werden. Die Geburtenrate liegt bei ihnen eindeutig höher als die der einheimischen Bevölkerung.

Ziel der Familienplanung ist die Erhaltung der gesunden Familie, d. h., auch die Gesellschaft gesund zu erhalten. Voraussetzung ist eine umfassende Sexualerziehung in Schule und Familie.

HUSSLEIN kam zu folgendem Schluß:

1. Die schlechteste Methode der Familienplanung ist der klinische Abort.
2. Die Ovulationshemmer sind ein Mittel zur Familienplanung, aber nicht die Ursache für den Geburtenrückgang.

Zur Familienplanung gehört natürlich auch die Planung der Fertilität. Wenig bekannt war bisher, daß die Spermien bei ihrer Wanderung durch das Cavum uteri eine Aktivierung (Kapazitätsaktivierung) durch die Sekrete des Endometriums erfahren. Dem Arzt stehen etwa 30 verschiedene Steroidpräparate als Kontrazeptiva zur Verfügung. Zu den bisher üblichen Präparaten kam die Mini-Pille, die zwar nicht ganz so sicher ist wie die Kombinationspräparate; dafür greift die Mini-Pille nicht so tief verändernd in das inkretorische Geschehen ein. Der genaue Wirkungsmechanismus der kleinen Gestagendosen, wie sie die Mini-Pille enthält, ist noch nicht genau bekannt. Sicher ist wohl aber, daß die Mini-Pille die Tubenpassage stört und die Kapazierung und Fertilisierung der Spermien verhindert.

Als Faustregel kann gelten:

1. Für jugendliche Patienten die Mini-Pille oder Sequenzpräparate.
2. Dort, wo noch ein Kind gewünscht wird, sollte man Sequenzpräparate verordnen.
3. Wo man einen etwas größeren Abstand zum nächsten Kind wünscht, ist die Mini-Pille geeignet.
4. Dort, wo weitere Kinder unerwünscht sind, sollte man ein Kombinationspräparat geben.

Um eine differentielle Verordnung des Kontrazeptivums durchführen zu können, sollte man mindestens folgende Fakten stets parat haben: Östrogenbetonte Präparate können Übelkeit hervorrufen, zur Mastopathie führen und eine Hyperpigmentierung der Haut hervorrufen. Bei Diabetes wird Äthinylöstradiol besser toleriert als Mestinol. Die Östrogene beeinflussen die Gerinnungsfaktoren, begünstigen also Thrombosen.

Gestagene können folgende unerwünschte Nebenwirkungen haben: Appetitzunahme, Müdigkeit, Depressionen, Libidoabnahme, Schläfwerden der Brüste, Kleinerwerden des Uterus.

Die „Pille danach“ gilt nicht mehr als Abortivum und kann deshalb in geeigneten Fällen verordnet werden.

Es werden täglich 3 mg Äthinylöstradiol über vier bis fünf Tage gegeben. Nach der Meinung mancher Autoren soll die Verabfolgung bereits sechs Stunden nach dem Koitus erfolgen, andere meinen, daß auch nach 72 Stunden noch mit einem Erfolg zu rechnen sei. Die Nebenwirkungen sind erheblich, wie Übelkeit, Erbrechen, abgesehen von den erheblichen elektrolytischen Verschiebungen. Es wird darauf hingewiesen, daß die Nebenwirkungen gemildert werden, wenn man gleichzeitig Diuretika verordnet.

Bekannt ist, daß die Dysmenorrhoe mit Kontrazeptiva gut zu beeinflussen ist. Da es sich meist um junge Patientinnen handelt, sollte man die Tabletten erst ab 16. Zyklustag geben, also etwa in folgender Weise: vom 16. bis 25. Zyklustag 2 x 1 Tablette Delpregnin, Orgaluton oder Sistometril.

Sequenzpräparate und keine Kombinationspräparate sollte man auch bei Akne und Soorkopitis geben. Die „Dreimonatsspritze“ ist nur geeignet bei älteren Patientinnen, da es unter ihrer Wirkung zu einer starken Atrophie des Endometriums, folglich zu einer dauernden Amenorrhoe kommt, daneben treten oft Schmierblutungen auf.

Ehe man jungen Mädchen einen Konzeptionshemmer verordnet, sollte man zunächst eine genaue Regelanamnese erheben. Patientinnen mit unregelmäßiger Periode, verspäteter Menarche und anovulatorischem Zyklus neigen zu hartnäckiger Amenorrhoe nach Absetzen der Pille.

Über die Frage, nach welcher Zeit die Pille abgesetzt werden sollte, besteht keine einheitliche Meinung. Manche Autoren sind der Meinung, daß nach einem Jahr „Pille“ eine Pause von ein bis zwei Monaten eingelegt werden sollte; andere, besonders die Amerikaner meinen, man könne die Pille bedenkenlos über viele Jahre geben. Mit 52 Jahren kann man im allgemeinen die „Pille“ absetzen und anschließend konjugierte Östrogene verordnen.

Da nach dem Gebrauch der „Pille“ bisher keine Chromosomenanomalien beobachtet worden sind, kann es unmittelbar nach Absetzen zur Schwangerschaft kommen. Sollte es aber doch zu Chromosomenanomalien kommen, so sind diese in jedem Fall letal;

Band 33 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung. Dieser Band enthält die Vorträge der 12. Bayerischen Internisten-tagung

„Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“.

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

es kommt dann zum Abort und nicht zu einer kindlichen Mißbildung.

Die Frage, ob die „Pille“ kanzerogen ist, wird häufig gestellt, kann aber bis heute nicht beantwortet werden, da die Latenzzeit etwa zwanzig Jahre beträgt. Aber es muß darauf hingewiesen werden, daß die Wirkungen der verwendeten künstlichen Hormone mit den genuinen Hormonen nicht gleichgestellt werden können. Wir beobachten unter der Wirkung der „Pille“ eine Zellbewegung an der Cervix uteri. Die Folge ist eine Ektopie, die man als eine potentielle Präkanzerose ansehen kann. Die Dysplasien nehmen bei Frauen, die Ovulationshemmer nehmen, signifikant an Häufigkeit zu.

Man sollte diese Veränderungen prophylaktisch entfernen. Frauen mit einer Mastopathie sollte man in genauer Kontrolle halten, da die Östrogene stimulierend auf die Mammæ wirken und 30% der proliferierenden Mastopathien in Karzinom übergehen.

Es gibt immer wieder Patientinnen, bei denen die Sterilisation als die beste Lösung angesehen werden muß. Man darf aber nicht übersehen, daß danach nicht selten seelische Störungen auftreten, wie Depressionen, Selbstminderungsgefühl, Schuldgefühl, Gefühl der Werteinbuße. Bei einer psychiatrischen Untersuchung wiesen 1/4 aller sterilisierten Frauen seelische Störungen auf.

Das Intrauterinpessar (IUP) ist bei uns noch wenig in Gebrauch. Man schätzt, daß zehn Millionen Frauen ein IUP tragen. Die Tatsache, daß es 60 verschiedene Modelle gibt, zeigt, daß die optimale Form noch nicht gefunden ist. Der Wirkungsmechanismus ist noch nicht ganz aufgeklärt. Von Bedeutung scheint es zu sein, daß schon nach kurzer Zeit das Pessar von einem Leukozytenfilm überzogen ist, und daß auch Veränderungen am Endometrium auftreten.

Bekanntlich ist das IUP nicht so sicher wie ein Ovulationshemmer. Man rechnet mit etwa 2,5% Versagern. Infektionen und Perforationen kommen vor, auch Spontanperforationen.

Das Einlegen soll im Anschluß an die Periode erfolgen; bei Nullipara muß man bis Hegar 4 dilatieren.

Bei Multipara ist eine Dilatation nicht nötig. Die passende Größe kann nur dann gewählt werden, wenn vorher der Uterus sondiert wird. In den ersten sechs Monaten sind drei Kontrolluntersuchungen notwendig, um festzustellen, ob das Pessar noch richtig liegt.



Gleich den Jahresringen des Baumes ...

zeichnet sich die körperliche und seelische Entwicklung des Menschen ab. Störungen in der Frühentwicklung wirken sich oft entscheidend auf das ganze Leben aus.



NERV *infant*[®]

Sedativum mit Vitamin B₁ und organischen Phosphorträgern. Konzentrationsschwäche, vegetative Störungen, unruhiger Schlaf, Schulumüdigkeit, Angst, nerv. Allerg., Pavor nocturnus.

Sirup: 100 ml AVK DM 6,50
250 ml AVK DM 13,00
500 ml AVK DM 23,40

Zusammensetzung:
Vitamin B₁ 0,14 g
Extr. Lupuli 18,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidiaae fluid. 3,00 g
Extr. Visci fluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aqua. dest. aa 10,70 g
Sir. simpl. ed 1000,00 ml

B12 NERV *infant*[®]

wie NERVinfant, zusätzlich mit blutbildender und leistungssteigernder Wirkung.

Sirup: 100 ml AVK DM 7,00
250 ml AVK DM 14,00
500 ml AVK DM 25,20

Zusammensetzung:
Vitamin B₁₂ 1000 Gamma
Vitamin B₁ 0,14 g
Extr. Lupuli 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidiaae fluid. 3,00 g
Extr. Visci fluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aque. dest. aa 10,70 g
Sir. simpl. ed 1000,0 ml

FERRO *infant*[®]

Hypochrome Anämie, Eisenmangel in der Schwangerschaft, Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen. Besonders geeignet für Schulkinder.

100 ml AVK DM 4,85
250 ml AVK DM 9,50
500 ml AVK DM 14,95

Zusammensetzung:
100 ml enthalten:
Vit. - B₁-chloridhydrochlorid 10 mg
Vitamin - B₆-hydrochlorid 20 mg
Vitamin - B₁₂-Cyanokomplex 100 µg
Natrium inosithexaphosphat 200 mg
Ferrum oxyd. c. Sacch. liq. 20 g
Saccharose 12 g
1 Teel. = 30 mg Fe⁺⁺

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält:
Vitamin B₁ 1 mg
Vitamin B₆ 2 mg
Vitamin B₁₂ 10 µg
Ferosulfat 120 mg
(= 40 mg Fe⁺⁺)
Calc.-Magn.-inosithexaphosph. 10 mg

50 Dragées AVK DM 4,90
100 Dragées AVK DM 8,00

TUSS *infantum*[®]

stilt den Husten, beseitigt die Verschleimung, kräftigt den Organismus.

100 ml AVK DM 4,10

Zusammensetzung:
Extr. Thymi fluid. 5,0 g
Extr. Primulae fluid. 1,0 g
Natr. inosithexaphosphor. 0,2 g
Oxaladincitrat 0,2 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 0,2 g
Glycerin. 0,5 g
Saccharum 30,0 g
Aqua. dest. ed 100,0 ml

NERV *infant*[®]

Zäpfch. f. SÄUGLINGE

10 Stück AVK DM 3,50

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. spiss. 100 mg
Aeth. guajacol-glycerinat. 25 mg
Adeps solidus 875 mg

Zäpfchen für KINDER

10 Stück AVK DM 3,85

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. spiss. 200 mg
Aeth. guajacol-glycerinat. 50 mg
Adeps solidus 750 mg

Muster auf Anforderung

Nebenwirkungen bei allen Präparaten: Keine bekannt.

TOSSA
ARZNEI

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Später kann die Patientin in Selbstkontrolle an dem in die Scheide reichenden Faden feststellen, ob das Pessar noch liegt. Gewechselt wird das Pessar nach zwei Jahren. Nach dem Partus sollte man fünf bis zwölf Wochen warten, ehe man das Pessar einlegt. Die Konzeptionshäufigkeit ist nach Entfernung des Pessars nicht vermindert. Geeignet ist das also bei Frauen, die die „Pille“ ablehnen, oder nicht vertragen oder bei denen noch Kinderwunsch besteht, da diese einen Versager am besten tolerieren. Kontraindikationen sind: Kolpitis, Blutungsstörungen, Myome, Zervixinsuffizienz und Malignome.

Um die Sicherheit zu erhöhen, sind Pessare in Entwicklung, deren Oberfläche man mit einer Kupferschicht oder mit Gestagenen überzieht.

Im ganzen ist zu sagen, daß der Kurs viele wertvolle Informationen brachte und erfreulich praxisbezogen war.

Dr. med. H. D i e t s c h , 8450 Amberg

Personalien

Neuer Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Bundesverband der Träger der 3545 Krankenhäuser, hat in ihrer Mitgliederversammlung satzungsgemäß für die nächsten zwei Jahre den Oberstadtdirektor Dr. Walter BAUER, Leverkusen, zu ihrem neuen Präsidenten gewählt. Dr. Bauer war bisher Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zum neuen Vizepräsidenten wurde der Trierer Domkapitular Werner MÜHLENBROCK gewählt.

in memoriam

Präsident Dr. Wehgartner

Völlig überraschend ist am 2. Januar 1974 der Präsident der Bayerischen Versicherungskammer, Staatssekretär a. D. Dr. Robert WEHGARTNER, an einem Herzversagen gestorben. Er wäre am 22. Juni 1974 65 Jahre alt geworden.

Nach dem Studium der Rechts-Staatswissenschaften war Dr. Wehgartner während des Dritten Reiches im Raiffeisen-Verband tätig. Nach dem Kriege trat er als Rechtsrat in den Dienst der Stadt Traunstein. Anschließend kam er zur Bezirksregierung von Oberbayern und dann in das Bayerische Innenministerium. Von 1957 bis 1962 war Dr. Wehgartner beim bayerischen Bevollmächtigten in Bonn. Im Dezember 1962 wurde er in das erste Kabinett GOPPEL berufen. 1967 ernannte ihn das Kabinett zum Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer.

Geschichte der Medizin

Die Region Aschaffenburg-Unterrain im Spiegel der Geschichte

Medizinhistorische Notizen zum 100jährigen Jubiläum
des Ärztlichen Kreisverbandes Aschaffenburg

von Professor Dr. F. S c h m i d , Aschaffenburg

(Fortsetzung)

Von der „Hof-Medizin“ zur Medizinischen Naturwissenschaft führt die Entwicklung im 19. Jahrhundert

Wilhelm Heinse, des Churfürsten Vorleser, war Hofbibliothekar, sein Nachfolger Niklas Vogt ein „lebendiges Repertorium der Verfassung des heiligen Römischen Reiches“; 1813 bis 1818 folgte Windischmann nach, dem als Mensch ein „treffliches und reiches Gemüt, als Schriftsteller eine Fülle und Tiefe seiner Gedanken“ nachgerühmt werden. Er dürfte der gleiche Windischmann sein, der uns 1809 als fürstlicher Primat-Hofmedikus und Professor in Aschaffenburg ein beachtenswertes Buch über die Probleme der damaligen Heilkunst überließ. Das Buch trägt den Titel „Versuch über den Gang der Bildung in der heilenden Kunst“; der Untertitel lautet „eine Einleitung zu tieferer Ergründung der Kunst“. Das etwa 200 Seiten umfassende Büchlein läßt im Inhalt eine kritische Auseinandersetzung der Heilkunst erkennen, welche damals im Spannungsfeld zwischen mythischer Abkunft, philosophischen Gedankengängen und der aufkeimenden Naturwissenschaft stand. Wie anspruchsvoll das Vorhaben von Windischmann war, mag aus der Zitierung seines Vorwortes vom 1. Januar 1808 hervorgehen:

Vorerinnerung.

„In Zeiten allgemeiner Gährung, da man bedacht ist, alle Verhältnisse des Lebens, der Kunst und Wissenschaft so zu stellen, daß aus der gährenden Masse reine und klare Flüssigkeit sich scheidet, mag es wohl erlaubt seyn, dasselbige zu thun in Bezug auf die heilende Kunst, damit auch aus diesem so vielfach getrübten Stoff ein heilsamer Trank sich sondere gleich edlem ätherklarem Wein. Die Sache etwa leicht zu nehmen, als ob diese Verklärung so dringend nicht erfordert oder mit der Zeit, so weit es nöthig, sich von selbst machen werde, mögte auf den schlimmen Abwegen fortführen, worauf man oft gerathen und eben wieder, so sehr als jemals, begriffen ist. Oder sollte man etwa gar dem Dünkel absoluten Wissens vor allem wohl erworbenen Wissens trauen dürfen, welches gegenwärtig den Trank der Unsterblichkeit so laut verspricht? Was kann wohl anmaßender seyn, als durch ein Scheinbild der Kunst heilen zu wollen, welches sich selbst nicht klar und vor allem der Gesundheit bedürftig, auch

auf keine Weise heilsam zu seyn vermag, wenn gleich gewisse günstige Umstände die Gebrechen desselben verstecken und dasjenige zu vollbringen scheinen, was man von der Kunst erwartet und auch ihrem Scheinbild zuzuschreiben gar sehr geneigt ist. Die Wiedergeburt der Kunst darf nicht der Zeit überlassen werden, welche nichts heilt oder hervorbringt, das nicht innerlich gehalten und gebildet aus gutem Grunde erwächst.“

Es ereignete sich schon damals, wie später öfter, daß tiefgründige und reformerische Schriften zur Medizin einer Zeit in den gängigen Zeitschriften der Medizin nicht abgedruckt wurden. Nur diesem Umstand ist es vielleicht zu verdanken, daß diese 200-Seiten-Monographie als Ganzes herauskam. Von Interesse ist deshalb die Nachschrift von Windischmann von 25. Juni 1808.

„Das Unausweichliche dieser Reinigung und Erfrischung recht zu fühlen, zu erkennen und mit Ernst und Strenge das, was man heilende Kunst genannt, und meist nichts ist, als eine Art zu denken und sich vorzustellen, auch wohl zu prahlen, auf seinen Urbegriff zu führen; dazu mögen folgende Betrachtungen erwecken. Freilich werden sie nicht Jedem verständlich seyn und Viele werden zu klagen haben über die unerhörten Dinge. Beides macht dem Verfasser nicht geringe Freude; denn so kommen diese vorerst nur andeutenden Gedanken doch uneröffnet an die rechte Behörde.“

Die Krankenhausgründung als Sozialkonzeption

Innerhalb der vielen Reformen um das Jahr 1807 wird die Schaffung von höheren Unterrichtsanstalten, eines Taubstummen-Institutes und der Forstlehranstalt erwähnt.

Auch die Klinik ward ins Auge gefaßt, und der als praktischer Arzt und Geburtshelfer rühmlich bekannte D. Görz zum Rath der clinischen Anstalten ernannt. Freilich sollte es noch bis zum Jahre 1824 dauern, bis das neue Krankenhaus Wirklichkeit wurde.

Das ursprüngliche Katharinen-Hospital, welches auf eine Stiftung Albert v. Brandenburgs zurückging, diente zu Beginn des 19. Jahrhunderts nicht mehr der Versorgung von Kranken, sondern dem Aufenthalte von Stadtarmen, die hier als Pfründner lebten. Der Grundstein zum neuen Hospital, das als Kranken- und Waisenhaus konzipiert wurde, wurde am 27. Mai 1824 gelegt. König Maximilian Joseph bewilligte dem Hospital einen jährlichen ärarialen Beitrag. Der Krankenhausfonds wurde aus Beiträgen vom Erthalischen und Friedericianischen Vermögen sowie von Seiten des Mainzer Domkapitels gespeist, die Anstalt in die Obhut der Barmherzigen Schwestern vom Orden des heiligen Franz übergeben. 1837 wurde eine Kleinkinderbewahranstalt angeschlossen, in die Kinder von Eltern gegeben werden konnten, denen neben ihrer Dürftigkeit, ihrer Beschäftigung oder ihrer Nahrungsverhältnisse „Die Wartung und Pflege der Kinder in den Ar-

beitsstunden nicht gestattet werden konnte“. Dieser Anstalt wird von den Zeitgenossen eine segensreiche Tätigkeit bescheinigt. 1825 wurde anlässlich des 25jährigen Regierungsjubiläums des Königs Maximilian Joseph von Bayern die 1. Krankenhausordnung erstellt, die in Ihrer umfassenden Art zu einem wertvollen Zeitdokument wird. Über die reinen Krankenversorgungen hinaus wird die Anstalt als „Kranken- und Wohltätigkeitsanstalt“ bezeichnet und gliedert sich in eine Krankenanstalt, eine Armenversorgungsanstalt, eine Waisen- und Armenkinderanstalt und eine Beschäftigungs-(Arbeits-)Anstalt.

Die Krankenhausordnung beschäftigt sich auch mit dem Fonds der Anstalt, mit der Verwaltung, dem Rechnungswesen, einem Institut für krankes Dienstgesinde und einem Institut für kranke Gesellen und Lehrjungen. Auch die Aufsicht und Leitung sowie Maßnahmen gegen die Bettel sind geregelt. Einige Einzelheiten aus dieser Krankenhausordnung des Jahres 1825 mögen hier aufgeführt werden, um Vergleiche zur Gegenwart zu ziehen.

„Die zu errichtende

Kranken-, Versorgungs-, Armenkinder- und Arbeits-Anstalt begreift:

- I. eine Krankenanstalt für heilbare und unheilbare Kranke, für letztere jedoch nur in dem Falle, wenn durch die Krankheit die Arbeitsfähigkeit ganz ausgeschlossen ist, und beständige Aufsicht und fremde Pflege nothwendig sind, z. B. bei gänzlichen Lähmungen, Wahnsinn etc. Zur Aufnahme sind geeignet sowohl Arme der Stadt Aschaffenburg, wofür die erlaufenden Kosten aus den Lokalarmenfonds rückvergütet werden müssen, als Selbstzahlende, wofür die Vergütung aus eigenem Vermögen, von Verwandten oder von wem immer geschieht, Dienstgesinde und Gesellen, für welche ein besonderer Fonds gebildet wird, endlich auch Kranke von fremden Bezirken, wenn von der betreffenden Gemeinde die Bezahlung zugesichert wird (§. 14 u. 19), oder in dringenden Fällen (§. 18).
- II. Versorgungsanstalt mit voller Verpflegung in allem Nöthigen für arme, alte oder sonst sehr gebrechliche Individuen, für Blödsinnige (Unweltläufige); auch gegen Bezahlung aus eigenem Vermögen oder von Verwandten etc. können Individuen aufgenommen werden (§. 51).
- III. Waisen- und Armenkinder-Institut. Wenn ein Kind wegen vernachlässigter Erziehung, welche Aeltern auf eine sträfliche Art zur Last fällt, aufgenommen werden muß, können dieselben zu einem verhältnißmäßigen Beitrage zu den Kosten angehalten werden.
- IV. Arbeitsanstalt, sowohl für jene, welche in dem beantragten Institute sich befinden, als auch für andere, die sonst zu Arbeitsverdienst nicht Gelegenheit finden. (Gewohnheitsbettler,

Vagabunden, Ilederliche Personen, welche nach der königl. Verordnung vom 28. November 1816 (Reg.-Blatt Seite 886) sich zur Ablieferung in das Zwangsarbeitshaus eignen, sind ausgeschlossen.)"

Zugleich habe der Arzt Anordnungen über Getränke und Kost zu geben, die Kost war auf Mahlzeiten um 11 Uhr morgens und 6 Uhr abends verteilt und sah folgende Unterteilung vor:

„§. 25.

Für die Kost des Kranken besteht nachfolgendes Regulativ, wobei bairisches Maaß und Gewicht zu verstehen ist:

- a) **Diät:** Der Kranke erhält mehrmalen des Tags gute, leere Fleischbrühe, oder nach Gutbefinden des Arztes mit Eigelb.*)
- b) **Viertelsportion.** Morgens: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischbrühe mit Schnitten Weißbrodes. Mittags: eben solche Suppe nebst 3 Loth Zwetschgen, oder 1 bis 2 weichgesottene Eier, oder 3 Loth Reis oder Sauce. Abends: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischbrühe mit Brodschnitten. Für den ganzen Tag werden 6 Loth Weißbrod, welches größtentheils in die Suppe verwendet wird, bestimmt.
- c) **Halbe Portion:** Morgens $\frac{1}{4}$ Maaß Suppe mit gemischtem Brod. Mittags: $\frac{1}{4}$ Maaß Suppe täglich abwechselnd: nämlich Brod-, Reis-, Gerste-, Habergrütze-, Eiersuppe), 8 Loth Kalbfleisch in einer Sauce, oder 4 Loth Ochsenfleisch ohne Bein mit $\frac{1}{8}$ Maaß Gemüse. Abends: $\frac{1}{4}$ Maaß Suppe und 12 Loth Gemüse oder Sauce, oder 3 Loth Zwetschgen, oder 2 Eier. Für den ganzen Tag noch besonders 6 Loth Weißbrod.
- d) **Dreiviertelsportion.** Morgens: $\frac{1}{4}$ Maaß Suppe. Mittags: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischsuppe (täglich abwechselnd) mit gemischtem Brod, 8 Loth weiches Rindfleisch ohne Bein, oder 10 Loth Kalbfleisch mit Sauce, und $\frac{1}{6}$ Maaß Gemüse (oder Linsen, Kartoffeln, durchgeschlagene Erbsen). Abends: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischsuppe, $\frac{1}{6}$ Maaß Gemüs oder 10 Loth Kalbfleisch in Sauce, oder 4 Loth Zwetschgen. Für den ganzen Tag 9 Loth gemischtes Brod.
- e) **Ganze Portion:** (für die Reconvalescenten). Morgens: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischsuppe. Mittags: $\frac{1}{4}$ Maaß Fleischsuppe mit gemischtem Brod, 12 Loth Ochsenfleisch ohne Bein, $\frac{1}{5}$ Maaß Gemüs. Abends: $\frac{1}{4}$ Maaß Suppe und 10 Loth Kalbfleisch gebraten mit Gemüse oder in Sauce, oder 3 Loth Milchreis, oder 6 Loth Zwetschgen. Für den ganzen Tag 12 Loth gemischtes Brod.
- f) Das Brod muß nach den Polizeiverordnungen gut gebacken seyn und das Gewicht haben, widrigenfalls es jedesmal zurückzugeben und zugleich die Anzeige an den Stadtmagistrat zu er-

statten ist. Das gemischte Brod muß die vorschriftmäßige Mischung, d. I. $\frac{1}{3}$ Waitzen und $\frac{2}{3}$ Rockenmehl, haben, und der Laib darf nicht schwerer, als zu 2 Pfund, gemacht werden, damit es mehr Rinde gebe.

- g) Wein oder Bier, oder was immer im Regulativ nicht bestimmt ist, kann nur auf besondere Anordnung des Arztes verabreicht werden."

Kranke, welche aus dem Städtischen Armenfonds bezahlt wurden, waren in der Reconvalensenz verpflichtet, sich für die Pflege anderer Kranker zur Verfügung zu stellen. Jeder Kranke bekam einen Schlafrock, eine Schlafmütze, ein Hand- und ein Sacktuch, ferner alle 8 Tage ein frisch gewaschenes Hemd. Die Betten wurden monatlich neu bezogen, die Strohsäcke vierteljährlich gewaschen und frisch gefüllt. Matratzen mußten jährlich gewaschen werden, lediglich bei typhösen Kranken war eine längere Lüftung der wollenen Decken vorgesehen. Betten, Weißzeug, Eß- und Trinkgeschirr für Epileptische, Syphilitische und Krätzigige waren besonders zu halten und zu reinigen. Der Spitalarzt hat die allgemeine Aufsicht über die Krankenanstalt, insbesondere in Bezug auf die Reinlichkeit, Kost und Pflege. Dem Wundarzt war nur gestattet, auf Anordnung des Spitalarztes chirurgische Verrichtungen vorzunehmen, er durfte aber nie innerliche Arzneimittel verordnen.

In den anderen Kapiteln dieser Krankenhausordnung sind die gleichen Regelungen für Arme, Kinder und Waisen sowie für krankes Dienstgesinde im Detail geregelt. Die Einzelheiten sind dabei viel genauer festgehalten, als dies bei heutigen Krankenhausordnungen der Fall ist.

Anfänge der systematischen Medizin

Aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts liegen uns zwei wertvolle medizinhistorische Quellen vor. Es handelt sich dabei um die Schriften des Dr. Johann J. Reuss aus Aschaffenburg, der zwischen 1814 und 1818 ein 3bändiges Werk über das Wesen der Exantheme verfaßt hat. Die zweite Quelle ist Rudolf Virchows medizin-geographisch-historische Skizze über „Die Not im Spessart“.

Über das Vorkommen von Pocken, Röteln und Scharlach wird in den Jahren 1800 bis 1819 berichtet (Hufelands-Journal 1817 und 1824). Ziemlich genau wird die Einschleppung aufgezeigt und aus dem Jahr 1812 berichtet, daß eine Scharlachepidemie allein in Aschaffenburg 64 Menschen tötete und sich auch über den Spessart ausbreitete. Den Kriegstypus von 1813 bezeichnet Reuss bereits als Fleckfieber und beschreibt ihn klinisch äußerst genau. Nach einem seit März 1811 anhaltenden warmen, trockenen und gleichförmigen Wetter sei im November 1811 in einem begrenzten Bezirk der Altstadt Aschaffenburg ein epidemisches Fieber ausgebrochen, das erst 1812 erlosch. Reuss hielt es für ein rheumatisches Fieber, sprach aber später von einer „Entzündung im Gangliensystem“

*) Eine frühe, vernünftiger Form der heute so modernen O-Olät.



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-Darmerkrankungen und weitere neurovegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangneurosen 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 Anesthesiologie:

Präoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Voreabend 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 leichterem dysphorischen Verfassungszuständen beginnend mit 1–3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungs- (6 bis 7,5 mg) 2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosisanpassung.

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 Zerebralskieroliken und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewandt werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwanger-

schaft 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 komplizierter Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitiger 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

(Hufelands-Journal 58, S. 71). Zur gleichen Zeit soll die Ruhr in Aschaffenburg und ein epidemisches Kindbettfieber in Heidelberg gewütet haben. Nach Abklingen dieser Epidemie trat im Juli 1812 ein „idiopathisches Nervenfieber, der eigentliche Hirnbrand“, verbunden mit einer sehr rauhen und kalten Witterung auf.

Anfang März 1813 sammelte sich in der Gegend um Aschaffenburg eine französische Militärdivision, die viele Kranke mit Brustentzündungen, intermittierendem Fieber, gastrischen Krankheitsbildern und später bes. mit „dem eigentlichen Hirnbrand, welcher unter der Form des Heimweh zum Vorschein kam“ zu verzeichnen hatte. Den ersten Fleckfieberfall entdeckte Reuss am 31. März 1813 in Seligenstadt; es handelte sich um den dortigen Arzt Braun, der von französischen Militärpersonen, welche aus Polen zurückkehrten, angesteckt war. Von dieser Infektionsquelle aus sei das Fleckfieber bis zum Spätjahr 1813 nicht mehr unterbrochen worden. Im März 1813 hatte J. J. Reuss in Schmerlenbach ein Militärlazarett aufgebaut, welches seinen ersten Verwundetentransport nach der Schlacht von Lützen (23. Mai) empfing und in welchem vorwiegend Fleckfieber behandelt wurde. Die Mortalität wird als gering bezeichnet, da vom 19. März bis zum 25. Oktober nur 70 Personen gestorben seien.

Die Infektionsketten seien zweimal ganz unterdrückt worden, durch Neuankömmlinge aber immer wieder aufgeflackert. Eine schwüle, feuchte und stürmische Witterung im Herbst hätte zur Verbreitung des Fleckfiebers in der ganzen Umgebung beigetragen. Wahrscheinlich war an dieser Entwicklung aber mehr die Verlegung erkrankter Soldaten in die Dörfer beteiligt. Ende 1813 wären nur wenige Ortschaften im Department Aschaffenburg vom Fleckfieber nicht befallen gewesen. Die Epidemie sei im April 1814 in den meisten Orten erloschen, den letzten Fall verzeichnet Reuss am 10. August 1814 auf einer ganz isoliert gelegenen Mühle im tiefen Spessart. Die Sterblichkeit an der Seuche sei am größten gewesen bei Menschen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr, in Kleinostheim starben von 213 Fleckfieberkranken 13, in Dettingen von 82 Kranken 4, in Haibach von 160 Kranken 12.

Im einzelnen werden dann noch Epidemien beschrieben, die zwischen 1816 und 1817 im Innern des Spessarts in Krommenthal ausbrachen, ähnliche Häufungen wurden in Mainaschaff, Großostheim, Gailbach, Haibach und Straßbessenbach beobachtet, 1818 ein epidemisch-rheumatisches Fieber, meistens mit einer entzündlichen Affektion der Gebilde des Gehirns und des Rückenmarks, welches vom Eisenwerk in Laufach ausging und sich vom Dezember 1818 bis Juni 1819, vor allem in der Hauptstraße von Aschaffenburg, ausbreitete. So genau J. J. Reuss die Krankheiten und die epidemiologischen Züge beschrieb, so wenig liegen in den nach 1820 folgenden Jahren Unterlagen über die Seuchenzüge vor. Erst Virchow greift später unter Berufung auf die Quellen von Reuss die Problematik erneut auf. (Schluß folgt)

Aus aller Welt

Lärm im Krankenhaus

Eine der Hauptklagen der Krankenhaus-Patienten

von W. Schweishelmer

Das U.S. Public Health Service zusammen mit der „American Hospital Association“ hat eine große Umfrage bei etwa 10 000 Krankenhaus-Patienten durchgeführt. Sie sollten mitteilen, was ihnen im einzelnen an ihrem Aufenthalt im Hospital besonders angenehm und besonders unangenehm aufgefallen sei.

Die Patienten beklagten sich insgesamt über zehn Punkte. Die beiden ersten davon, die also am häufigsten als störend bezeichnet wurden, waren:

1. Es war zuviel Lärm in den Vorhallen und
2. andere Patienten verursachten Lärm, der die Ruhe störte.

Die Umfragen wurden weiterhin auf rund 10 000 Krankenhausleitungen, Krankenhausärzte, Krankenschwestern und Pfleger ausgedehnt. Auch vom Krankenhauspersonal wurde als Hauptstörungspunkt im Hospitalbetrieb der Lärm genannt, namentlich Lärm, der von einem Teil der Patienten hervorgerufen wurde, aber weiterhin auch jener Lärm, der durch verschiedene Umstände auf der Abteilung entstand.

Eine ähnliche Untersuchung wurde vor kurzem auch in England durchgeführt. Das Gesundheitsministerium wandte sich dort an mehr als 3000 staatlich konzessionierte Krankenhäuser, um das Urteil von Patienten und Personal über den Lärm im Krankenhaus zu erhalten. Es wurden regelmäßig wiederkehrende Konferenzen des Ärztestabes eingerichtet, in denen Abhilfemaßnahmen bei Patientenbeschwerden über den Lärm vorgeschlagen wurden.

Drei Hauptquellen für Lärmentstehung kommen im Krankenhaus in Betracht:

1. Der Lärm außerhalb des Hospitals,
2. der Lärm, der vom Krankenhauspersonal, Instrumenten, Werkzeugen und Maschinen hervorgerufen wird und
3. der von den Patienten selbst erzeugte Lärm.

Nach dem englischen Bericht ließen sich am leichtesten jene Lärmarten unterdrücken, die in den Krankenzimmern und Korridoren entstehen. Hierher gehören: laute Gespräche des Krankenhauspersonals, das Tragen von Schuhen ohne Gummiabsätze, nachlässiges Hantieren mit Geräten aller Art, besonders mit Töpfen und Pfannen in den Abteilungsküchen, das geräuschvolle Transportieren von Sauerstoffbomben, Waschkörben usw.

Es wurde vorgeschlagen, die Abteilungsküchen und andere an die Krankenzimmer anschließende Ge-

brauchsräume schallsicher zu machen, Gummieimer, Gummiservierbretter, Gummikästen sollten solche aus Metall nach Möglichkeit ersetzen. Bei Benützung von Radio und Fernsehen muß bewußt Sorge dafür getragen werden, daß andere Kranke nicht gestört werden.

Bei einer Umfrage der amerikanischen Gesundheitsbehörden wurden von den Krankenhausärzten eine Reihe von Abhilfevorschlägen gemacht. Es hat sich verschiedentlich bewährt, spezielle Komitees zur Abmilderung der Lärmerzeugung durch Radios, Fernsehapparate, Lastautos, Lieferwagen usw. einzusetzen. Der Lärm, der von den Patienten ausgeht, könnte durch die Absonderung schwerkranker Patienten in seiner Wirkung gemildert werden. Weiter wurde vorgeschlagen, die Besuchsstunden zu vermehren und zu verlängern, weil damit weniger Besucher auf einmal in die Krankenzimmer kommen, wodurch die Erzeugung von Lärm verringert wird.

Der Lärm, der vom Krankenhauspersonal ausgeht, könnte durch ein besonderes Training in der geräuschvermindernden Benützung von Apparaten und Pflegegegenständen verringert werden. Zweckmäßig ist es, Telefongespräche in schalldichten Ständen vornehmen zu lassen. Es sollten Warnungsanschlüsse gegen Erzeugung von Lärm in den Lifts, auf den einzelnen Stationen, in den Stationsküchen, den Waschräumen usw. erfolgen. Eigene Konferenzräume für die Erstattung von Krankenberichten durch Schwestern und Pfleger an den Krankenhausarzt würden die Stationszentren ruhiger gestalten.

Die Einführung von schalldämpfenden Belägen an Decken, Wänden und am Fußboden wird als ein wirksames, wenn auch kostspieliges Mittel zur Lärmbekämpfung betrachtet.

Schädigung durch Lärm

Lärm macht die Menschen mißmutig. Es erniedrigt alle Fähigkeiten, läßt das Denken langsamer ablaufen, erzeugt Reizbarkeit und Pessimismus. — Alles Dinge, die beim Krankenhausaufenthalt ausgeschaltet sein sollten. Menschen reagieren körperlich und psychologisch auf Lärm und Angst ungefähr auf dieselbe Weise.

Die durchschnittliche Stärke der Stimme beim Sprechen kann mit 50 db angenommen werden, Flüstern in

2 m Entfernung entspricht etwa 10 db. In einer Kessel-fabrik mag der Lärm 105 db sein, bei einem Flugzeug-motor in 7 m Entfernung ist er 120 db. Der durchschnittliche Straßenlärm entspricht 60 db. 50 db werden z. B. im durchschnittlichen Büro, in der mäßig lauten Vorhalle eines Krankenhauses, von einem Staub-sauger erzeugt. Normale Konversation liegt zwischen 35 und 65 db. Lärm, der über 130 db geht, beginnt, schmerzhaft für das Ohr zu werden.

Hans WIETHAUPT, Dortmund, hat folgende Lautstärken (in Dezibel) aufgrund der bisherigen Erfahrungen ärztlich als wünschenswert bezeichnet: in Schlafräumen allgemein, bei geöffneten Fenstern 25 bis 30 db; in Krankenzimmern und Ruheräumen von Kurhotels tagsüber bei geöffneten Fenstern 30 bis 40 db, in ärztlichen Untersuchungszimmern 20 bis 25 db.

Genauere Beobachtungen sind über die Einwirkungen von Lärm auf den Magen- und Darmkanal gemacht worden. Es zeigte sich, daß der Aufenthalt in lärmender Umgebung häufig nervöse Magen- und Darmstörungen im Gefolge hat. Lärm von 60 db und darüber führte zur Verlangsamung der normalen peristaltischen Bewegung von Magen und Darm. Lärm von 80 bis 90 db verringerte die Anzahl der Kontraktionen der Magenmuskulatur in der Minute um 37%.

Die Sekretion aller Verdauungssäfte wurde erniedrigt, wenn ein Lärmniveau von 60 db oder darüber in der Nähe des Speisenden bestand. Zunahme des Körpergewichts scheidet zuweilen trotz guter Krankenhaus-Verpflegung und Appetit des Kranken, wenn er seine Mahlzeiten bei Lärmeinfluß zu sich nehmen muß.

Eine ganze Reihe von Krankheiten wurden mit Lärm als Ursache in Beziehung gebracht: Schlaflosigkeit, Erhöhung des Blutdrucks, Schweißausbrüche, schwere Kopfschmerzen, Leibschmerzen.

Vielfach sind diese Störungen nicht direkt körperlich bedingt, sondern auf dem Umweg über nervöses Ärgernis entstanden. Manche Patienten reagieren auf den Lärm, dem sie im Krankenhaus ausgesetzt sind, mit der gleichen Ärgerreaktion wie auf einen tropfenden Wasserhahn oder stundenlanges nächtliches Katzenmiauen. Manche Patienten können sich an den Lärm in und um das Krankenhaus gut gewöhnen, sie betrachten ihn mit Gleichmut. Andere können sich absolut nicht daran gewöhnen, sie werden erregt und



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100g Salbe: Extr. Chabaeg. 2,2g - Valerian 17g Tinct. Corval. 0,8g

-Castor: 0,6g, Camph. 10g, Menthol 0,5g, Nicotin 0,155g. • OR 30g DM 450

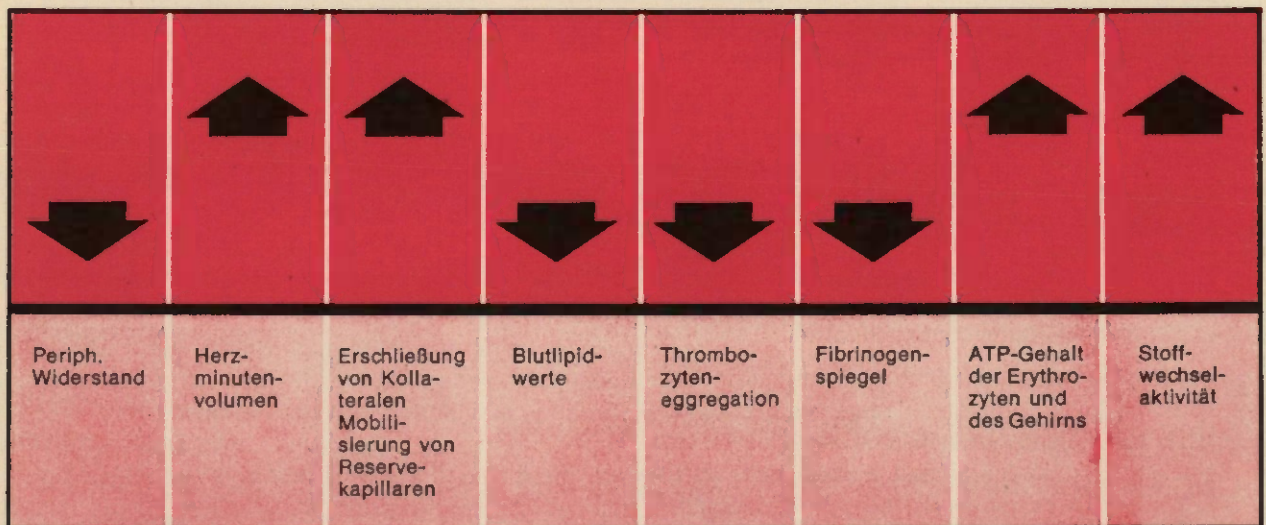
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

COMPLAMIN[®]

Xantinol-nicotinat

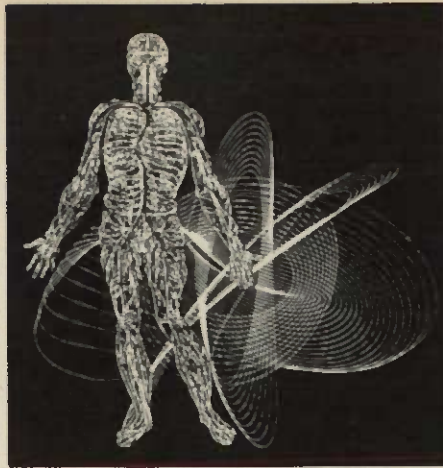
300

**Das umfassende Wirkungsprinzip
zur Therapie peripherer
und zerebraler Durchblutungsstörungen**

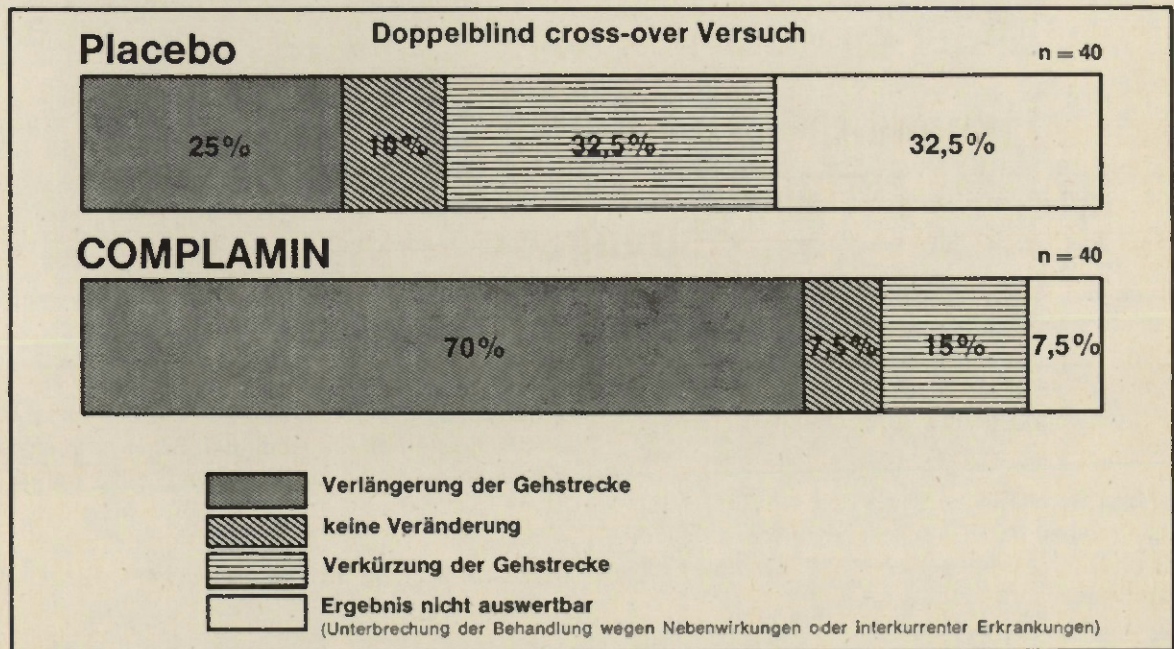


Das bedeutet für die Behandlung:

- **Deutliche Therapieerfolge, belegt in über 500 Veröffentlichungen im In- und Ausland**
- **Dankbare Patienten durch spürbare Besserung der Krankheitssymptome**



Complamin in der Therapie z. B. Claudicatio intermittens



Im gekreuzten Doppelblindversuch ergab sich unter COMPLAMIN-Behandlung im Vergleich zur Placebo-Behandlung eine statistisch signifikante Verlängerung der mittleren Gehstrecke. (Joos, F. et al.: Foilia St. Jan. Nr. 13, 1973)

Der spürbare und objektivierte Therapieerfolg: Nachlassen des Claudicatio-Schmerzes und Verlängerung der Gehstrecke

INDIKATIONEN

Periphere Durchblutungsstörungen:

Gefäßverschlüsse mit Claudicatio intermittens oder Gangrän;
Endangiitis obliterans; diabetische Angiopathie; Morbus Raynaud;
akute Thrombosen und Embolien; Thromboseprophylaxe;
Ulcus cruris; Decubitus; bei Sudeck-Syndrom.

Zerebrale Funktionsstörungen:

Zerebrale Dekompensation infolge chronischer Mangeldurchblutung;
Operations-, Hirntrauma- und Apoplexiefolgen; Sehstörungen
infolge Retinopathie; Hörsturz; Meniere'sche Krankheit.

KONTRAINDIKATIONEN

Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt,
akute Blutungen.

BESONDERE HINWEISE

Entsprechend den heute allgemein gegebenen Empfehlungen
sollen Arzneimittel während der Schwangerschaft, besonders in
den ersten 3 Monaten, nur unter strenger Indikationsstellung
angewendet werden.

DOSIERUNG COMPLAMIN 300

Im allgemeinen 3 x täglich 1-2 Tabletten nach den Mahlzeiten.

ZUSAMMENSETZUNG

COMPLAMIN 300-Tabletten: 1 Tablette enthält 300 mg
Xantinol-nicotinat.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

COMPLAMIN RETARD-Tabletten mit 500 mg Xantinol-nicotinat
COMPLAMIN-Ampullen zu 2 ml (300 mg Xantinol-nicotinat) und
zu 10 ml (1500 mg Xantinol-nicotinat).

PACKUNGSGRÖSSEN

COMPLAMIN 300: OP mit 60 Tabletten DM 19,-; AP;
COMPLAMIN-RETARD: OP mit 20 Tabletten und 60 Tabletten
DM 10,30 und DM 27,40; AP;
COMPLAMIN-Ampullen: OP mit 10 Ampullen zu 2 ml DM 10,65; AP;
Anstaltspackung mit 10 Ampullen zu 10 ml.



zittrig und betrachten jegliche Lärmerzeugung als persönlichen Affront.

Dr. F. HÄRTING, Remagen, hat in einer Studie über Lärmbekämpfung in Krankenanstalten betont, wie genesungshemmend Lärm im Krankenhaus ist. Er betrachtet den Anteil lärmempfindlicher Patienten größer, als allgemein bekannt ist. „Darüber darf auch nicht ein gewisser Anteil von vor allem jungen Patienten täuschen, die vor der inneren Leere in den ablenkenden Lärm fliehen.“

Als individueller Schutz wird vielfach das Einlegen von Watte in die Ohren oder Antiphone empfohlen. Die Lärmwirkung läßt sich durch sie bis zu 80% ab-

mildern. Schon eine Lärmreduktion von 10 oder 20% macht viel aus, kann Wohlfühl und Behagen anstelle von Irritation setzen. Nicht selten läßt sich durch solche persönlichen Schutzmaßnahmen eine störende Lärmatmosphäre in eine gut erträgliche verwandeln. Das sind aber Aushilfsmittel, die nicht darüber wagtäuschen sollten, daß die Lärmbekämpfung im Krankenhaus von der grundsätzlichen Ausschaltung und Reduzierung aller möglichen Lärmquellen ausgehen muß.

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

Amtliches

Verordnung zur Bestimmung der an der Krankenhaus- bedarfsplanung wesentlich Beteiligten vom 30. Oktober 1973

Aufgrund des § 6 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) erläßt die Bayerische Staatsregierung folgende Verordnung:

§ 1

Wesentlich Beteiligte im Sinne des § 6 Abs. 3 Satz 1 KHG sind neben der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände
der Bayerische Städteverband,
der Bayerische Gemeindetag,
der Landkreisverband Bayern,
die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten,

die Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern,
der Verband der privaten Krankenanstalten in Bayern,
der Landesausschuß Bayern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und
die Bayerische Landesärztekammer.

§ 2

Jeder der in § 1 genannten Beteiligten benennt dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung einen ständigen Vertreter sowie dessen Stellvertreter.

§ 3

Diese Verordnung tritt am 1. November 1973 in Kraft.

München, 30. Oktober 1973

Der Bayerische Ministerpräsident
Dr. h. c. Goppel

(aus „Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt“, Nr. 23 vom 28. November 1973)

Passlorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. apir. sicc.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. apir. sicc.	12.0 mg
Anaurin	0.3 mg

Passlorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos episs.	6 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 Kontre-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:


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

Passlorin liq.:

Flesche mit ca. 100 ml	DM 6.80
Kurpackung mit ca. 500 ml	DM 23.80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passlorin®

Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen

vom 24. November 1973 — gültig ab 1. Januar 1974

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen gibt folgenden, am 24. November 1973 in Bad Nauheim abgeschlossenen, zum 1. Januar 1974 in Kraft tretenden neuen Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen bekannt:

Manteltarifvertrag

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, 5000 Köln 41, Haedenkampstraße 1

und

... *)

wird folgender Manteltarifvertrag geschlossen:

§ 1: Geltungsbereich

(1) Dieser Tarifvertrag gilt für Arzthelferinnen, die im Bundesgebiet und im Lande Berlin in den Praxen niedergelassener Ärzte tätig sind.

(2) Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages sind die Angestellten, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und die die entsprechende Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben.

(3) Bei einer Beschäftigung mit einer geringeren als der in § 7 festgelegten regelmäßigen Arbeitszeit, mindestens jedoch durchschnittlich 18 Stunden in der Woche, gilt dieser Tarifvertrag entsprechend.

(4) Dieser Tarifvertrag gilt sinngemäß auch für Auszubildende.

§ 2: Arbeitsvertrag

Der Arbeitsvertrag wird schriftlich abgeschlossen; der Arzthelferin ist eine Ausfertigung auszuhändigen. Nebenabreden sind nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden. Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, die Bestimmungen dieses Tarifvertrages einschränken, sind unwirksam.

§ 3: Probezeit

Die ersten drei Monate der Beschäftigung gelten als Probezeit. Sie entfällt, wenn die Arzthelferin in unmittelbarem Anschluß an ein erfolgreich abgeschlossenes Ausbildungsverhältnis in derselben Praxis eingestellt wird.

§ 4: Allgemeine Pflichten der Arzthelferin

Die Arzthelferin hat die ihr übertragenen Obliegenheiten gewissenhaft wahrzunehmen und ihr Verhalten

den besonderen Verhältnissen der ärztlichen Praxis anzupassen.

§ 5: Schweigepflicht

Die Arzthelferin ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie hat insbesondere alle Praxisvorgänge sowie den Personenkreis der Patienten geheimzuhalten. Dies gilt auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

§ 6: Ärztliche Untersuchungen

(1) Die Arzthelferin hat auf Verlangen vor ihrer Einstellung durch das Zeugnis eines anderen Arztes nachzuweisen, daß gegen ihre Beschäftigung keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.

(2) Der Arbeitgeber kann bei gegebener Veranlassung durch einen anderen Arzt feststellen lassen, ob die Arzthelferin arbeitsfähig und frei von ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten ist. Von der Befugnis darf nicht willkürlich Gebrauch gemacht werden.

(3) Die Kosten der Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 trägt der Arbeitgeber.

(4) Aus Gründen der Gesundheitspflege und zur Verhütung von Berufserkrankungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer verpflichtet, die zum Schutze der Arzthelferin notwendigen, mindestens aber die gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen vornehmen zu lassen.

§ 7: Arbeitszeit

(1) Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich:

ab 1. Januar 1974 42 Stunden,

ab 1. Januar 1975 41 Stunden,

ab 1. Januar 1976 40 Stunden

wöchentlich.

(2) Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit richten sich nach den Erfordernissen der Praxis. Die Bestimmungen der Abs. 3 und 4 bleiben unberührt.

(3) Läßt sich eine durchgehende Arbeitszeit nicht einrichten, so ist der Arzthelferin eine zusammenhängende Mittagspause von anderthalb Stunden zu gewähren. Hiervon soll nur in Ausnahmefällen abgewichen werden.

(4) Die wöchentliche Arbeitszeit soll auf die einzelnen Werkzeuge so verteilt werden, daß in jeder Woche ein ganzer Tag oder zwei halbe Tage arbeitsfrei bleiben und daß die Nachmittage an Sonnabenden und am Tage vor Weihnachten und Neujahr freibleiben.

(5) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Arzthelferin an den Tagen, an denen er selbst zum Notfalldienst eingeteilt ist, auch außerhalb der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu beschäftigen. Besteht für einen Arbeitgeber kein geregelter Notfalldienst, so findet diese Bestimmung sinngemäß Anwendung.

*) Es wurden gleichlautende Tarifverträge abgeschlossen: mit
— dem Berufsverband der Arzthelferinnen, 4152 Kempen, Vorster Str. 12
— dem Verband der weiblichen Angestellten (VWA), 3000 Hannover, Königstraße 21
— der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG), 2000 Hamburg, Karl-Muck-Platz 1
— der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (OTV), 7000 Stuttgart 1, Theodor-Heuss-Straße 2.



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β -benzylsäuresäureethylester)-ammoniumbromid	4-Acetylmorphin	Amobarbital	Codeinphosphat	Cottelnphosphat
Tabletten	20 mg	400 mg	30 mg	10 mg	50 mg
Suppositorien f. Erwachsene	20 mg	400 mg	30 mg	20 mg	50 mg
Suppositorien f. Kinder	10 mg	200 mg	30 mg	5 mg	2,5 mg

Kontraindikationen:

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

Besondere Hinweise:

Der Koffeingehalt von Lonarid gleicht eine sedierende Begleitwirkung weitgehend aus. Eine individuelle Beeinträchtigung der Verkehrsfähigkeit 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 2,60
	20 Stück DM 4,10
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,10
	10 Stück DM 5,35
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,50
	10 Stück DM 4,45
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,05
Klinikpackungen	

**Boehringer
Ingelheim**



(6) Für Jugendliche gelten die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

§ 8:

Überstunden, Sonntags-, Feiertags- und Nachterbeit

(1) Als Überstunden gelten die, über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit (§ 7) hinaus geleisteten Arbeitsstunden, soweit innerhalb eines Zeitraumes von längstens drei Wochen keine entsprechende Freizeit gegeben wird. Sonntags- bzw. Feiertagsarbeit ist die an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen in der Zeit von 00.00 bis 24.00 Uhr geleistete Arbeit. Als Nachterbeit gilt die Arbeit, die in der Zeit von 20.00 bis 6.00 Uhr geleistet wird.

(2) Die Höhe der Zuschläge für Überstunden, Sonntags-, Feiertags- und Nachterbeit wird in dem Gehaltstarifvertrag festgelegt.

§ 9: Arbeitsversäumnis, Arbeitsunfähigkeit

(1) Persönliche Angelegenheiten hat die Arzthelferin unbeschadet der Bestimmungen des § 16 außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben von der Arbeit ist nur mit vorheriger Zustimmung des Arbeitgebers gestattet. Kann diese Zustimmung den Umständen nach vorher nicht eingeholt werden, so ist der Arbeitgeber unverzüglich über die Gründe des Fernbleibens zu unterrichten.

(2) Bei nicht genehmigtem Fernbleiben hat die Arzthelferin insoweit keinen Anspruch auf die Fortzahlung des Gehaltes.

(3) Arbeitsunfähigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.

Spätestens am vierten Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat die Arzthelferin eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen.

§ 10: Gehaltsfortzahlung in besonderen Fällen

Die Arzthelferin hat bei unverschuldetem Arbeitsversäumnis infolge eines in ihrer Person liegenden Grundes sowie bei durch Unfall verursachter Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes bis zum Ende der sechsten Woche.

§ 11: Gehalt, einmalige Zuwendungen und vermögenswirksame Leistungen

(1) Das Gehalt richtet sich nach den Berufsjahren der Arzthelferin.

(2) Die Berufsjahre zählen von dem Zeitpunkt an, in dem der Arzthelferin von der Ärztekammer der Helferinnenbrief (Abschlußzeugnis) erteilt wurde. Unterbricht die Arzthelferin ihre berufliche Tätigkeit, so ist die dazwischenliegende Zeit zur Hälfte auf die Berufsjahre anzurechnen. Hat die Arzthelferin vor ihrer Prüfung (§ 1 Abs. 2) eine berufsnaher Tätigkeit ausgeübt, so ist diese Zeit der Tätigkeit zur Hälfte auf die Berufsjahre nach Satz 1 anzurechnen.

(3) Die Bezüge werden monatlich, und zwar am 15. des Monats gezahlt.

(4) Auf Spitzenbeträge kann die Arzthelferin durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber verzichten. Bei Minderjährigen ist hierzu die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(5) Die Höhe des Gehalts wird in einem gesondert abzuschließenden Gehaltstarifvertrag geregelt.

(6) Die Arzthelferin erhält zum 1. Dezember eines jeden Kalenderjahres eine einmalige Zuwendung von dem Arbeitgeber, bei dem sie am 30. November im Angestelltenverhältnis steht. Voraussetzung ist, daß dieses Angestelltenverhältnis nicht in der Zeit bis einschließlich 31. März des folgenden Kalenderjahres aus einem Verschulden oder auf eigenen Wunsch der Arzthelferin endet, es sei denn, daß das Ausscheiden wegen Schwangerschaft, Niederkunft oder Inanspruchnahme des Altersruhegeldes der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt. Die Arzthelferin hat die bereits gewährte Zuwendung in voller Höhe zurückzuzahlen, wenn der Anspruch nachträglich gemäß Satz 2 wegfällt.

(7) Die Zuwendung nach Abs. 6 beträgt 100% des Gehaltes, das der Arzthelferin für den Monat November zusteht. Zahlungen für Überstunden, Sonntags-, Feiertags- und Nachterbeit (§ 8) werden bei Bemessung der Zuwendung nicht berücksichtigt. Hat die Arzthelferin nicht während des gesamten Kalenderjahres Gehalt von dem Arbeitgeber erhalten, zu dem am 30. November das Arbeitsverhältnis besteht, so ermäßigt sich die Zuwendung; für jeden angefangenen Monat des Arbeitsverhältnisses zu diesem Arbeitgeber ist ein Zwölftel der Zuwendung nach Satz 1 und 2 zu zahlen.

(8) Der Arbeitgeber gewährt der Arzthelferin nach zweijähriger Tätigkeit in derselben Praxis eine vermögenswirksame Leistung in Höhe von monatlich DM 13,-; sie erhöht sich auf DM 26,- monatlich nach vierjähriger Tätigkeit in derselben Praxis.

§ 12: Teilzeitbeschäftigung

Nicht vollbeschäftigte Arzthelferinnen, die unter diesen Tarifvertrag fallen (§ 1 Abs. 3), erhalten von dem Gehalt, das für vollbeschäftigte Arzthelferinnen festgelegt ist, den Teil, der dem Maß der mit ihnen vereinbarten Teilzeit entspricht, und zwar pro Stunde:

ab 1. Januar 1974: $\frac{1}{183}$,

ab 1. Januar 1975: $\frac{1}{178}$,

ab 1. Januar 1976: $\frac{1}{174}$

des jeweiligen Monatsgehalts.

§ 13: Schutzkleidung

Der Arbeitgeber hat der Arzthelferin die notwendige Schutzkleidung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ebenso trägt der Arbeitgeber die Kosten der Reinigung der Schutzkleidung. Die Schutzkleidung muß

den Unfallverhütungsvorschriften entsprechen. Die Schutzkleidung bleibt Eigentum des Arbeitgebers.

§ 14: Sachbezüge

Für die Gewährung von Kost und Wohnung sind die aufgrund des § 160 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung in den Ländern festgesetzten Bewertungssätze anzurechnen, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Gehalts.

§ 15: Urlaub

(1) Die Arzthelferin hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Urlaub. Der Urlaub soll unter Berücksichtigung der Belange der Praxis und der Wünsche der Arzthelferin nach Möglichkeit zusammenhängend gewährt werden.

(2) Der volle Urlaubsanspruch wird erstmalig nach sechsmonatiger Tätigkeit in derselben Praxis erworben.

(3) Der Urlaub beträgt 25 Werktage. In dem Kalenderjahr, in dem die Arzthelferin das 30. Lebensjahr vollendet, erhöht er sich auf 27 Werktage und in dem Kalenderjahr, in dem sie das 40. Lebensjahr vollendet, auf 29 Werktage.

(4) Werktage im Sinne des Absatzes 3 sind alle Kalendertage mit Ausnahme der Sonntage und gesetzlichen Feiertage.

(5) Für Jugendliche regelt sich der Urlaubsanspruch nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in der jeweiligen Fassung.

(6) Anspruch auf ein Zwölftel des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat des Bestehens des Arbeitsverhältnisses hat die Arzthelferin, die im laufenden Kalenderjahr eintritt oder ausscheidet. Dieser Anspruch besteht nicht, wenn die Arzthelferin von ihrem früheren Arbeitgeber für diese Kalendermonate bereits Urlaub erhalten hat. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden.

(7) Bei verschuldeter fristloser Entlassung oder vertragswidriger Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Arzthelferin entfällt der Urlaubsanspruch.

(8) Erkrankt die Arzthelferin während des Urlaubs, so hat sie ihrem Arbeitgeber unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung unverzüglich Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit zu machen. Der Urlaub ist dann für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unterbrochen. Nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der Rest des Urlaubs — je nach Vereinbarung — sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt zu gewähren.

(9) Konnte der Urlaub wegen Arbeitsunfähigkeit oder dienstlichen und betrieblichen Gründen bis Ende des Jahres nicht angetreten werden, so ist er innerhalb der nächsten 3 Monate zu gewähren und zu nehmen.

(10) Der Arzthelferin ist beim Ausscheiden aus der Praxis eine Bescheinigung darüber auszustellen, ob

und wie lange im Laufe des Kalenderjahres Urlaub gewährt wurde. Die Arzthelferin ist verpflichtet, diese Bescheinigung bei der Einstellung vorzulegen.

§ 16: Arbeitsbefreiung

In den nachstehenden Fällen wird der Arzthelferin auf Antrag Arbeitsbefreiung und Fortzahlung des Gehaltes gewährt:

a) Zwei Arbeitstage:

— bei eigener Eheschließung

— bei Eheschließung ihrer Kinder

— bei Wohnungswechsel der Arzthelferin mit eigenem Hausstand;

b) bis zu drei Arbeitstagen:

— bei Todesfällen von Eltern, Ehegatten, Kindern und Geschwistern der Arzthelferin;

— bei schwerer Erkrankung der mit der Arzthelferin in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder, sofern der Arzt bescheinigt, daß die Anwesenheit der Arzthelferin zur vorläufigen Pflege erforderlich ist.

§ 17: Kündigung

(1) Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Innerhalb der Probezeit ist die Kündigung am 15. zum Monatschluß zulässig.

(3) Die außerordentliche Kündigung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB).

(4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 18: Zeugnis

(1) Die Arzthelferin hat nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf Aushändigung eines vorläufigen Zeugnisses, das bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umzutauschen ist.

(2) Die Arzthelferin ist berechtigt, aus triftigen Gründen während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenzeugnis zu verlangen.

(3) Das Zeugnis muß Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Es ist auf Wunsch der Arzthelferin auf Leistung und Führung im Dienst zu erstrecken.

§ 19: Sterbegeld

Stirbt eine Arzthelferin, so wird nach mindestens fünfjähriger Beschäftigung in derselben Praxis das Gehalt für den Sterbemonat und einen weiteren Monat an:

a) den überlebenden Ehegatten,

b) die unterhaltsberechtigten Kinder oder

c) ihre Eltern oder einen Elternteil, wenn die Verstorbene überwiegend zum Unterhalt beigetragen hat, als Sterbegeld gezahlt.

§ 20: Ausschlußfristen

Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis sind innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach ihrem Entstehen schriftlich geltend zu machen.

§ 21: Wahrung des Besitzstandes

Waren für die Arzthelferin vor Inkrafttreten dieses Tarifvertrages günstigere Arbeits- und Gehaltsbedingungen vereinbart, so werden diese durch diesen Vertrag nicht berührt.

§ 22: Inkrafttreten und Lautzeit

(1) Dieser Manteltarifvertrag tritt am 1. Januar 1974 in Kraft.

(2) Dieser Tarifvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden, frühestens zum 30. Juni 1976.

Bad Nauheim, 24. November 1973

gez. Unterschriften

Protokollnotiz zum Manteltarifvertrag vom 24. November 1973

Zu § 1

Staatlich geprüfte Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern sind den Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages gleichgestellt, sofern sie eine Tätigkeit als Arzthelferin ausüben.

Zu §§ 1 und 11

Angestellte ohne Lehrabschlußprüfung in der Tätigkeit von Arzthelferinnen, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet haben und die an diesem Stichtage mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig gewesen sind, werden den Arzthelferinnen im Sinne des § 1 gleichgestellt. Bei der Gehaltsfestsetzung ist die Zahl der Berufsjahre (§ 11) um zwei zu verringern.

Bad Nauheim, 24. November 1973

gez. Unterschriften

Bemerkungen

Der Tarifvertrag ist nur für Mitglieder der vertragsschließenden Organisationen verbindlich, d.h., es muß sowohl die Arzthelferin einem der am Vertragsabschluß beteiligten Verbände der Arbeitnehmer als auch der Arzt der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung

der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen angehören.

Die ärztliche Berufsvertretung hat bereits bei den früheren Tarifverträgen und Gehaltstarifabkommen den niedergelassenen Ärzten empfohlen, bei Abschluß von Arbeitsverträgen die Normen dieser Tarifverträge anzuwenden.

Im übrigen ist davon auszugehen, daß die Rechtsprechung die Normen des Tarifvertrages bei arbeitsgerichtlichen Streitigkeiten zugrunde legen wird.

Die von der Bundesärztekammer herausgegebenen Vordrucke für Arbeitsverträge mit Arzthelferinnen richten sich nach diesem Tarifvertrag. Sie können beim Deutschen Ärzte-Verlag GmbH, 5023 Lövenich (Kreis Köln), Dieselstraße 2, bestellt werden.

Zur weiteren Erläuterung des Tarifvertrages wird auf den Kommentar zum Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen von Franz Stobrawa im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 52 vom 27. Dezember 1973, verwiesen.

Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Der Vorsitzende Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, Senatspräsident Bernhard WEICHMANN, wird mit Wirkung vom 1. März 1974 für die Dauer seines Hauptamtes zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

Erstellung von Unfallberichten und -gutachten

Der Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute weist in seiner Funktion als Vermittler zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaften darauf hin, daß in zunehmendem Maße die mit der Begutachtung beauftragten Ärzte vom Zeitpunkt des Gutachtauftrages bis zur Erstellung des Arztberichtes viele Monate, häufig sogar ein Jahr und länger benötigen. Nach den vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen genehmigten und verbindlichen Unfallversicherungsbedingungen ist der Umfang des Dauerschadens spätestens ein Jahr nach dem Unfall-

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Labortechnik, Hämodialyse

Beratung	EEG
Projektierung	Echo-EEG
Finanzierung	EKG
Kundendienst	EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

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

tag festzustellen und für beide Vertragspartner – die Versicherten und die Versicherer – verbindlich. Die verspätete Erstellung der Gutachten führt zusammen mit der vertraglich vereinbarten Karenzzeit von 365 Tagen nach dem Unfall dazu, daß Verletzte in vielen Fällen zwei bis drei Jahre auf ihre Invaliditätsentschädigung warten müssen.

Der Bitte des Berufsverbandes Deutscher Versicherungskaufleute folgend, dem die schwierigen Arbeitsbedingungen, insbesondere der in der Unfallchirurgie tätigen Ärzte infolge Personalmangels usw. bekannt sind, ersucht die ärztliche Berufsvertretung die mit der Erstellung solcher Gutachten beauftragten Ärzte dringend, unter Berücksichtigung der dargestellten Folgen für den Verletzten, für den eine späte Entscheidung häufig zu spät kommt, darum besorgt zu sein, daß die Gutachten auch im Sinne der entsprechenden Vorschrift der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in einer angemessenen Frist erstellt werden.

Feuilleton

Kunst und Kultur beim Coburger Ärztetag

Ein wahrer Heilender, ein stets einsatzbereiter Helfer wird sicher bald als Freund und Vertrauter des Volkes anerkannt. Als großer Mensch, als Charakter wird aber wohl nur der hochgeachtet werden, an welchem man noch andere Inhalte, mehr Fähigkeiten und Ideale entdecken kann als nur in seinem Beruf.

In der Tat weist unser Stand mehr Kunstbeflissene, Kulturelle im Schnitt auf, als alle ähnlichen oder vergleichbaren Gruppen der Bevölkerung. Als sicher gilt, daß von den neun Musen, den Zeustöchtern, keine einzige nicht irgendwann einen Mediziner geküßt hätte, der ihr dann restlos verfallen war. Insonderheit gilt das aber von Musikbegeisterten, den Liebhabern bildender Künste und, eigentlich natürlich, vom Schreiben, vom Nacherzählen, vom Verdichten all dessen, was der dicht am Brunnen des Lebens und am Tor des Seins stehende Arzt erfahren.

Diese besonderen Eignungen und Eigenheiten der Ärzte in eine harte berufspolitische Tagung als gelungenen Blickfang einzubauen, war das Verdienst des Vizepräsidenten der Bayerischen Ärztekammer, Braun. Er rief auf, einmal zu dokumentieren, wie diese nicht nur Löwen in der Kassenarztstätigkeit, sondern Besessene im Ausdruck der Gefühle, des Erlebens, sowie auch Gestalter sein können, was der Alltag als grobes Material hinwirft und was sie umzuformen wissen zu einem gültigen Kunstwerk, damit es den Betrachter, darunter Patienten und Kollegen, erbaue oder erschüttere.

Und Präsident Sewering war bei der Eröffnung des Coburger Ärztetages den Malern, Plastikern und Dichtern unter seinen Weißkitteln ein deutlich vernehmbarer Rufer.

Manch sorgenvoller und besorgter Teilnehmer dieser arbeitsreichen Jahrestagung – welche echte, ethische, soziale und Gewissensprobleme aufwarf – mag sich in kurzen Pausen an den Gemälden, Gedichten und Geschichten der erstmaligen Ausstellung erholt und daran neue Kraft geholt haben.

Eine lichte Halle im gefälligen neuen Kongreßhaus war für diesen Zweck geradezu wie geschaffen.

Zwar waren die meißeledenden Mediziner, Männer, die dem Mächtigen, dem Michelangelo nacheifern möchten, ebenso wie die Praktizierenden, denen der polypragmatische Picasso den Pinsel aus seiner sterbenden Hand auf ihre Staffelei hatte fallen lassen, vom Raum her begünstigt (Busso Karp, Erich Distel, H. Heid, Michael S. Bake-vel-Bakin, H. Schuff).

Die Schüler und Schaffenskollegen Schillers und Schauweckers waren eingeeengt, eingeklemmt, allerdings nur vom Platz her, nicht geistig. Das bezeugen die anspruchsvollen Titel ihrer Bücher, wie etwa:

Der Arzt und das Wort. Tochtermann.

Oder von Schauwecker: Die Sternstunde der Barbara Blomberg.

Die Liebe kann alles.

Die Meister.

Alter, Krankheit und Tod. Paschke.

Lyrik deutschsprachiger Ärzte. Jüngling.

Den Sternen verschwistert.

Brautzug nach Kärnten. Rottler.

Ein Menschenleben. Stetter. –

Apollon, doppelt beschäftigt auf dieser Arbeitstagung, nämlich als Heilgott und als der Kytharaträgende, holte sich zum Schlußball noch Terpsichore herbei. Sie half ihm, die Asklepiosjünger selbst und ihre über die Maßen angedichteten Frauen auf das Tanzbein zu stellen. Andererseits bewies sie zuletzt im Zusammenschwingen von Körper und Geist, von Rhythmus und Ruhe, von Tanz und gymnastischen Übungen ästhetischer, junger, weiblicher, bewegter Leiber eine Heilwirkung nicht nur auf Kranke, sondern auch auf den Arzt.

Allein diese Vorführung der Medauschule rechtfertigte nachträglich den vergangenen Weltkongreß der Union mondiale des écrivains médecins von den deutschen „Dichterärzten“ vorzüglich ausgerichtet in Regensburg unter dem Leitthema „Der spielende Mensch“.

Kunst und ihre Ausübung, Liebe zum Musischen, Begeisterung am Schönen und deren Vermittlung durch Ärzte an andere zählt wohl zu den höchsten Anlagen. Sie geziemend zu fördern, wäre eine edle Aufgabe unserer berufsständischen Vereinigungen.

Dr. med. A. Rottler, Nürnberg

Wer, bitte, hat schon gerne Schnupfen?

Eine verstopfte Nase, ein verwünschtes Kribbeln, ungebärdiges Tropfen und ein dumpfes Druckgefühl in Nasenwurzel und Stim 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 Schneußer, Nasentropfen, Inhalation, Nasentropfen, erleichtertes Aufatmen, Nasentropfen.

Und wie wär's mit Nasenspray?

Aber natürlich: Nasenspray.

Noch besser

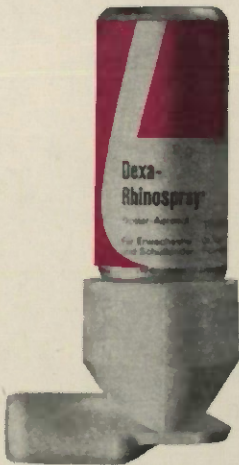
Dexa-Rhinospray®

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

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

Dexa-Rhinospray®

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



Dexa-Rhinospray® Dosier-Aerosol

Indikationen

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 11,20 lt. AT
Klinikpackung
Unverbindl. empf. Preis lt. AT
Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Damenrede zum Festabend des Coburger Ärztetages

Wenn Ich um Aufmerksamkeit bitte,
dann nur, weil jetzt nach elter Sitte
noch eine Damenrede kommt,
zu welcher die Gedichtform frommt.

Bei manchem ärztlichen Gedicht
denkt man zwar an die Schweigepflicht
und meint, der Arzt soll lieber heilen,
statt sich in Versen mitzuteilen — —
es sei, er zählt zu den beherzten
und routinlerten Dichterärzten,
von welchen oft im Ärzteblatt,
Herr Paschke uns berichtet hat.

Doch da ich nicht zu jenen zähle,
und Sie mit meinen Versen quäle,
wird Ihnen sicher dabei kler,
wie gut Kollege Schiller war,

Wenn man die Damen so betrachtet,
und nicht nur auf das Äußere achtet,
dann kommt es auf den Standpunkt an,
von dem eus man sie schildern kann.
Der Pessimist, wenn Sie den fragen,
der würde stirnerunzelnd sagen:
„Gleub' mir, mein Freund, ich habe recht,
Die Freuen, die sind alle schlecht!“
Der Optimist erwidert offen:
„Sind alle schlecht? Ich will es hoffen!“
Man sollte zwischen d e n Extremen
nach Möglichkeit die Mitte nehmen.

Doch sei man außerdem bestrebt,
zu finden, was die Welt erhebt!
Und das ist doch seit elter Zeit
schon immer uns're Weiblichkeit!
Wie wohl drum die Behauptung tut:
„Die Freuen, die sind elle gut!“

So will ich jetzt mit meinen Weisen
die Güte unserer Frauen preisen,
die Liebe, die Bescheidenheit,
die Kochkunst und die Häuslichkeit.

Auch muß von ihrem Charme ich sprechen,
mit dem sie uns're Herzen brechen,
und von dem Etwas, dem gewissen,
von dem wir einst so hingerissen.
Sie zaubern für uns ew'ge Jugend,
und haben noch so menche Tugend!

So sparen Freuen unbeirrt,
trotzdem jetzt alles teurer wird.
Und brauchen sie ein neues Kleid,
sind selten sie dazu bereit.
Sie tragen lieber elten Plunder —
sind oft halt unser Wirtschaftswunder!

Auch alle Damen Künstler sind,
wie Rubens, Cranach und Corinth.
Das äußert sich dann dergestalt,
daß Jede sitzt und malt und malt —
hier etwes Rouge, dort etwas Schatten,
wie wir's ja schon bei Rembrandt hatten.

Doch ist das wohl, ich unterstell' es,
im großen Ganzen Generelles.
Denn von der Arztfrau, na, von der
verlengen wir schon etwas mehr!
Denn sie muß ihren Mann auch lieben,
wenn sie ellein zu Haus' geblieben,
und sei es mitten in der Nacht,
die weil ihr Mann Besuche macht.

Nie darf die Liebe mal erkalten.
Sie muß auch dann noch zu ihm halten,
wenn er beruflich Spezialist
für end're schöne Frauen ist.

Am Teg, da teilt sie ohne Rast
oft mit dem Arzt die Praxislast,
und trotzdem steht dann warm und frisch
das Essen pünktlich auf dem Tisch.

Sodann am Tag, wie in der Nacht
die Arztfrau Telefondienst macht
und nimmt uns ab so manche Bürde,
wenn uns der Kragen platzen würde.

Auch rechnet brev die gute Frau
die Scheine ab mit der KV
und sie besänftigt „ihn“ geduldig,
ist beim Finanzamt er was schuldig.



Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfemidobenzoesäure 0,06 g
Dimethylemino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

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

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

Dosierung:	Packung mit 15 Tabletten	DM 3,10
2-3 mal täglich	Packung mit 150 Tebletten	DM 24,-
eine Teblette	Klinikpackung mit 500 Tebletten	DM 58,-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Brief aus Bonn

Und nimmt er sie als Blitzableiter,
dann ist sie trotzdem froh und heiter – –
sie weiß, sie darf auf jeden Fall
mit ihm zum Ärztetag zum Ball.
Das ist ihr dann ein Trostpaket,
besonders, wenn's nach Coburg geht.

Sie eilt mit ihm durch Dick und Dünn,
sie folgt ihm tapfer sonstwohin,
sogar, was ich hier unterstelle,
wenn's wirklich sein muß in die Hölle,
ja selbst in Coburger Hotels,
und drum herum bis Lichtenfels.

Die Zimmer nicht, weshalb wir bangten,
für alle Delegierten langten.
Auch folglich nicht für alle Damen.
Verzeih'n Sie, falls zu kurz Sie kamen:
Das „Hilton“ ist nicht gegenwärtig,
das „Sheraton“ ist noch nicht fertig.

Doch wie gesagt: die Arztfrau, ja,
ist Tag und Nacht für uns nur da.
Wir sollten uns drum nicht genieren,
das denkbar hier zu registrieren!

Doch wenn mich jetzt die Damen fragen,
ich möchte mal ganz ehrlich sagen,
was ich von Gleichberechtigung hieße –
ob ich gar nur mit Worten spielte?

Oh, meine Damen und Kollegen:
D e bin ich absolut dagegen!

Warum auch, frage ich mich, nein,
soll'n w ir denn gleichberechtigt sein?

Die Damen sind in uns'rer Welt
ganz hoch auf ein Podest gestellt.
Die Herren jedoch, das sind wir,
sind Sklave und sind Arbeitstier,
und wir sind meistens ganz zufrieden
mit unser'm Los, das uns beschieden.
Und wir gestehen ehrlich ein:
W ir woll'n nicht gleichberechtigt sein,
weil d i e Regierung unser Glück ist –
nicht so, wie's in der Politik ist.

Nun dachte ich mir: So ein Ball,
der ist doch eigentlich ideal,
in einem festlich-schönen Rahmen
den oft zu kurz gekommenen Damen
mal Dank zu sagen so im Ganzen.
Wir sollten heut' mit ihnen tanzen,
d e ganz aus der Reserve rücken!
Das wird die Damen dann beglücken!

Und bitte: Geh'n Sie nicht nach Haus',
eh' die Musik – recht spät wohi – aus.
Doch macht mai Pause das Orchester,
dann darf der M a n n als Ehebesten
die Gläser heben, daß sie blinken,
und dankbar auf die Damen trinken!

So bitte ich zuguterletzt:
Tun Sie es schnell, zum Beispiel jetzt!
Gleich kommt Musik mit viel Getön – –
drum: Auf Ihr Wohi und – Denkeschön!

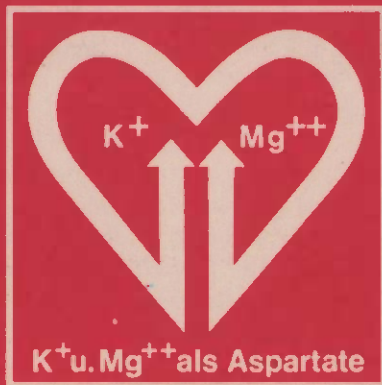
Dr. med. R. V a t k e, 8630 Coburg

Die Sozialdemokraten suchen den Konflikt mit den Ärzten. Wer daran noch zweifelt, der lese die neueste Ausgabe der Zeitschrift „Die Neue Gesellschaft“. Diese Monatszeitschrift, die neben anderen von Willy Brandt und dem DGB-Vorsitzenden Vetter herausgegeben und von Herbert Wehner verantwortlich redigiert wird, zielt auf die parteiinterne theoretische Diskussion. Als Sonderthema hat sie sich die Gesundheitspolitik vorgenommen. Nun wäre es sicherlich falsch, die dort vertretenen Auffassungen zur Parteilinie hochzuspielen, aber sicher ist doch, daß hier die Akzente für die parteiinterne Aussprache gesetzt werden, die dann auf dem nächsten Parteitag das gesundheitspolitische Programm der SPD bestimmen sollen.

Die Auswahl der Autoren und der Themen ist sicherlich nicht zufällig erfolgt; sie ist an linker Einseitigkeit kaum noch zu überbieten. Wortführer der Linken in der Gesundheitspolitik ist Friedel Läßle, designierter SPD-Kandidat für das Amt des Ministerpräsidenten im Saarland und bis in die jüngste Zeit hinein prominenter Juso-Sprecher. Seit einem halben Jahr leitet er die gesundheitspolitische Kommission der SPD, deren Aufgabe die Ausarbeitung eines neuen gesundheitspolitischen Programms ist. Aufmerksam registriert man in Bonn, daß sich auch Gesundheitsminister, Frau Focke, als Autorin betätigt, und zwar in einem gemeinsamen Beitrag mit ihrem Staatssekretär Wolters. Das kann doch nur heißen, daß sich Frau Focke inzwischen mit den Auffassungen von Wolters identifiziert, der vor zwei Monaten ja sehr zugespitzt die Politik der ärztlichen Standesorganisationen kritisiert hatte und für ein stärkeres staatliches Engagement im Gesundheitswesen eingetreten war.

Da Frau Focke als Autorin beteiligt ist, fällt auf, daß Arbeitsminister Arendt und auch sein parlamentarischer Staatssekretär Rohde in dem Sonderheft über die Gesundheitspolitik als Autoren fehlen. Das kann kein Zufall sein. Was es für die praktische Politik bedeutet, daß sich die amtierende Ministerin so offenkundig nach links orientiert, läßt sich heute noch nicht übersehen. Zumindest ist das als taktischer Schachzug zu werten. Frau Fockes Stellung ist nicht unbestritten; aus der Parteibaracke der SPD ist jedenfalls Kritik an der mangelnden Aktivität der Frau Minister zu hören. Mit linkem Engagement, so mag Frau Focke denken, ließe sich vielleicht ihre Stellung festigen.

Doch nun zum Inhalt der Broschüre. Die Sozialdemokraten, so schreibt Läßle, seien ihrem gesellschaftlichen Auftrag, die Strukturreform des Gesundheitswesens einzuleiten, bislang ausgewichen. „Die Privilegien derer, die das große Geschäft mit der Krankheit machten, wurden bislang nicht angetastet“. Die Partei brauche heute mutige Entscheidungen, die Konflikte auslösen würden. Hier wird also der Konflikt als Teil



Tromcardin[®] FORTE

sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner. V.: MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

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

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ H₂O 360,42 mg
Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H₂O 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

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

Handelsformen und Preis

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



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

2-84-11

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

der politischen Strategie programmiert. Läßle macht im übrigen kein Hehl daraus, wie er vorgehen will. Zunächst einmal wird der Öffentlichkeit und insbesondere dem Parteivolk eingeredet, daß das Gesundheitswesen, das nachweislich in der Bundesrepublik besser funktioniert als in fast allen Ländern dieser Welt, in einer tiefen Krise stecke. Mehrfach wird von Krise geredet, ohne daß Belege für diese Behauptung hergebracht werden. Dann wird der Eindruck erweckt, als sei die „Krise“ darauf zurückzuführen, daß die ärztlichen Standesorganisationen ihre „Privilegien“ verteidigten. In diesem Zusammenhang wird die Niederlassungsfreiheit und das Erstbehandlungsrecht angeführt.

Als eines der Hauptprobleme wird die Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung genannt. Wenn die Beiträge auf breiter Front die Zehnprozentgrenze überschreiten, so drohe das System der sozialen Sicherung selbst zur Quelle der Unzufriedenheit zu werden. Läßle empfiehlt der Partebasis dann, den Informationsstand zu verbessern. Als Lektüre wird u. a. empfohlen: Scholmer, „Die Krankheit der Medizin“ und von demselben Autor „Patient und Profitmedizin“, auch die umstrittene Spiegel-Serie. Die Marschrichtung ist also klar. Läßle möchte die Partebasis einseitig unterrichten, um dann entsprechende Beschlüsse auf den unteren Ebenen zu erreichen, denen der nächste Parteitag folgen soll. Es ist anzunehmen, daß diese Rechnung aufgehen wird. Läßle verschweigt, was er konkret will. Offensichtlich will er „Krisenbewußtsein“ wecken, um den Boden für systemverändernde Initiativen zu bereiten.

Wer den Vortrag von Wolters vor den Ortskrankenkassen nicht kennt, wird auch aus dem Gemeinschaftsbeitrag der Ministerin und ihres Staatssekretärs nicht so recht klug. Da wird jedoch deutlich, daß die Gesundheitsreform auch gegen widerstreitende Gruppeninteressen durchgeführt werden muß. Dies zielt wohl auf die Ärzte, da unmittelbar zuvor die bestehende Abgrenzung von stationärer und ambulanter Versorgung in Zweifel gezogen wird. Im übrigen setzen Wolters/Focke darauf, daß u. a. die steigende Zahl von Krankenhausärzten, die wachsende Sensibilität der jüngeren Ärzte für soziale Fragen, das zunehmende Gewicht anderer Gesundheitsberufe und der Wille der Gewerkschaften, Arbeitnehmerinteressen auch in der Gesundheitspolitik zu vertreten, die „nicht zu unterschätzende Gefahr abwenden helfen, daß Teile der Ärzte dem Staat seine ordnende Funktion in der Gesundheitspolitik bestreiten, wenn sie mit ihren Interessen kollidieren.“ Die Autoren setzen also auf die Uneinigkeit der Ärzte und gehen davon aus, daß die Zeit für sie arbeitet.

Da finden sich dann aber auch so merkwürdige Sätze, daß die Bereitschaft zu selbständiger Vorsorge und zur Eigenverantwortung gegenüber der haftenden Gemeinschaft nicht leiden dürften. Eine vom Kostenbe-

ußtsein ungetrübte Erwartungshaltung sei ein Problem. Da man nicht annehmen kann, daß dies ein Plädoyer für eine Kostenbeteiligung sein soll, so bleibt wohl nur der Schluß, daß eine staatliche Regulierung der Ausgaben oder Kosten befürwortet wird.

Im übrigen wiederholen Scholmer und Lüth in ihren Beiträgen in dem Heft ihre bekannten Thesen. Alfred Schmidt vom DGB, der in der Gefahr ist, weit links überholt zu werden, setzt sich dafür ein, das Kosten-erstattungsverfahren auch für die besserverdienenden Ersatzkassen-Mitglieder zu streichen. Martin Woythal, der Propagandist des klassenlosen Krankenhauses, empfiehlt medizinisch-technische Zentren als Zentren der Vorsorgemedizin; niedergelassene Ärzte sollten in Polikliniken arbeiten können und sich dort weiterbilden, Krankenhausärzte sollten auch in Gemeinschaftspraxen und Landambulatorien arbeiten können. Ein Autor namens Stössel vertritt die Auffassung, daß sich die Forschung der Pharmaindustrie nicht nach den Bedürfnissen der Kranken, sondern nach dem Bedarf richte, womit wohl gemeint ist, daß der erwartete Gewinn die Zielrichtung der Forschung bestimme. Er warnt vor dem „Trugschluß“: „mit der Verstaatlichung der pharmazeutischen Industrie können in einer kapitalistischen Gesellschaft die anstehenden Probleme nicht gelöst werden.“ Was doch wohl heißen soll: nicht um die Verstaatlichung geht es, sondern um die Beseitigung unserer auf dem persönlichen Eigentum beruhenden marktwirtschaftlichen Ordnung.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Petra, die rosenrote Stadt der Nabatäer

Die beiden Nürnberger Ärzte Dr. Dr. Manfred LINDNER, 1. Vorsitzender der Naturhistorischen Gesellschaft Nürnbergs, der schon mehrfach in Jordanien gewesen war und als Ergebnis dieser Reisen das Buch „Petra und das Königreich der Nabatäer“ herausgegeben hat, und unser Confrère Alfred RÖTLER, Generalsekretär der Union mondiale des écrivains médecins, organisierten anfangs des Jahres 1973 mit sechzehn Teilnehmern eine siebzehntägige erfolgreiche Expedition ins heilige Land. Die Mitglieder trugen die Kosten von rund DM 32 000,- selbst, ein Zeichen dafür, daß es auch heute noch in unserer materialistischen Zeit der Erpressungen Idealisten gibt. Ein Kamerateam des Zweiten Deutschen Fernsehens begleitete sie.

Die Stadt Petra, das biblische Sela, liegt dort, wo vor rund 2000 bis 2500 Jahren die beiden wichtigsten Handelswege der Karawanen vom Orient zum Roten Meer die Weihrauchstraße von Ägypten zum Mittelmeer kreuzten. Es war einstmals der Treffpunkt der Händler und Kaufleute aus aller Welt. Es ist jenes Petra, wo

Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



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

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

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

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.

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

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

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, halluzinolytisch, antiautistisch.

DOGMATIL® (Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[(1-Rhät)-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larvante Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, Psychosomatische Erkrankungen, Organerkrankungen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexia. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren, Wiertherien, Schwereidrosyndrome jeder Genese. **DOSIERUNG:** Psychoide oder psychovegetative Syndrome: 2x tgl. 1 bis 2 Kapseln, N. M. O. (Vergiftet): 2x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pflichten:** 3 mg/kg Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft) verteilt auf 3 Einzeldosen pro die. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLEITWIRKUNGEN:** Gielegentlich sexuelle Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundschleimhaut, Nasen-, Akkommodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen: Parkinsonismen, Zyklastörungen, Galaktorrhoe, Einachtstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAIKATIONEN:** Alkohol: Keine relative. Epilepsie, manische Phasen. In der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für die Mutter und das Kind notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgenuss nicht voraussehbar ist, sollte mit gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und DOGMATIL, vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann verändert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei kardial vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenzen anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.

VERPACKUNGSFORMEN: DOGMATIL Kapseln, 25 zu 50 mg DM 18,95, 30 zu 50 mg DM 20,45. DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17,50 - DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13,50 - DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 29,90 incl. MWST. Ferner: Anstaltsbedingungen, Ärztemuster, Literatur und Bestelldaten durch:

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

UNRUHE



NERVO-OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diäthylbarbituric, 100 mg, Acid. phenyläthylbarbituric, 10 mg, Aminophenaz. 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 Dosierungsvarschrift des Arztes kleinere Mengen NERVO-OPT-Dragees.

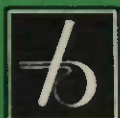
HINWEISE:

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

HANDELSFORM UND PREIS:

OP zu 50 Dragées DM 3,60 m. MWSt.

Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Moses das Haderwasser aus dem Felsen geschlagen und seinen Bruder auf den Berg Hor verwiesen hat und wo wohl in erster Linie aus strategischen Gesichtspunkten im 12. Jahrhundert die Kreuzritter sich niedergelassen hatten. Petra war etwa ein halbes Jahrtausend lang eine mächtige und reiche Stadt (etwa 200 v. Chr.). Später verfiel es durch Sandstürme, Regengüsse, Fluten und Wechsel von Hitze und Kälte, unterbrochen von einer römischen Besatzungszeit, byzantinischem Einfluß und dann nochmals von der Herrschaft der Kreuzritter. Nichts ist bekannt von einer kriegerischen Zerstörung oder Niederbrennung der Stadt.

Petra — einstmals Hauptstadt und religiöser Mittelpunkt des Nabatäerreiches — ist praktisch unausgegraben und auch die Umgebung der Stadt steckt voller Überraschungen. Die Expedition unter Führung der beiden Ärzte machte bemerkenswerte Funde, die zur Zeit noch in Jordaniens Hauptstadt Amman gezeichnet und wissenschaftlich ausgewertet werden. Etwa die Hälfte der Schätze wird nach Abschluß der wissenschaftlichen Registrierung den Weg nach Nürnberg antreten. Noch einen Erfolg hatte die Expedition: die jordanische Regierung bot an, die englische Ausgabe von Dr. Lindners Buch „Petra und das Königreich der Nabatäer“ zu finanzieren. Die zweite Auflage der deutschen Ausgabe wird in der nächsten Zeit auf den Markt kommen.

Die Erlebnisse dieser archäologischen Reise haben unseren Confrère Rottler zu einer Elegie inspiriert, die ein lebendiges Bild von dem Land, den Leuten und den Begebenheiten bei den Ausgrabungen vermittelt, und die hier folgen soll.

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

Petra, die rosenrote Stadt im heiligen Land

eine Elegie von Alfred Rottler

Verschüttet

Gottheiten schlafen auf rosigen Felsen
unbegreifbar, unsichtbar, unhörbar,
wesenlos, ohn' Berechtigung;
schweigen. Aufgelöst sind sie.
Wollten sie sich mittellen, müßten sie
schreien, fluchen, zürnen, hassen,
Gegenwart bejammern und Lob zollen
einem halben, glücklichen Jahrtausend,
unbestrittene Hochzeit der Nabatäer,
da sie froh feierten, da Wein wuchs
und grüne Gärten die Gegend zierten.

Ausgrabung

Schaufelt, schürft und wühlt in Tiefen
reubt die Ruhe Abgeschied'nen,
schreckt euch nicht solch schlechtes
Beispiel?

Ihr gebt vor, das Band zu knüpfen,
In Jahrtausenden zerrissen. —
Pickelschläge, Knochenfund,
Hub von Scherben, Werkzeug, Inschrift
stellen stets die Freg', wiesodenn
wir verlorne Bindung brechen ließen
mit Lebend'gen, die wir liebten.

Die Archäologen-Gruppe

Einsam bin ich mit der Vorzeit Göttern,
ungehobnen Schätzen von der Hand
der Töpfer, Steinmetz' und Bildhauer,
ganz allein trotz vieler Freunde,
Weil die dumme Sehnsucht weh tut. —
Brend in Eingewelden heilt;
wieder wächst wie ehedem Lust:
des Organ'schen, Geist'gen Kreislauf.
Neidet nicht das Glück den endern,
die ihr Giashaus Schicksal bauen.

Mond über den Zelten

Führ mich Fuß, wohin du willst
keine Richtung hat mein Kopf,
schlepp mich Leib, solange du kennst,
wirst den Mond doch nicht erreichen.
Ist das Schnee, dies weiche Milchlicht,
das die Kehlheit schier verzaubert?
Was heißt Lenz? In solcher Leere!
Winzige kleine bleue Biüte
euch dir gilt der Schein heutnacht.
Wovon träumt der Schmetterling
wohl, der mich am Tag erfreut?
Schönheit dieser Nacht zu schauen
komm' ich blind, gelenkt von Hoffnung.
Heiligenschein vergoldet Altes;
Duschara, einst gleich ich dir.

UMM EL BYARA (Mütter der Quellen)

Schatten schenkt mir die uralte
krüpp'lige Zypresse eines Felsspaits.
Hitze brütet um den Rosenstein
Wüste eus. Trostlos voll Ergebenheit
dösen Frauen, schwer gekleidet,
Ziegen hütend. — Blick vom Gipfel:
unter mir gelbbraun ein Bussard
sonst nur Ödnis, reglos leblos.
Blendlicht sperrt ein weh Gedenken
ins Gehäus, als ob ich Hirsch
rauche mit den Beduinen. —
Eingeritzt ein Vogel im Porphyrr;
Meine Zehe malt ein Herz daneben.
Von dem felnen Sand, nur Tränen,
könnten meine Augen waschen.

Gedemütigt

Ostern ritt ich ein in Petra,
Ein geschlagener Erobrer
Wie der Narazener damels
auf dem Rücken eines Esels,
weil sie mir mein Pferd gestohlen,
hinterrücks die Braut entführt.
Zeckenberge glühen, flammen
in der Abendsonne Feuerbrand,
wie von Blut Geopferter —
rot — als bräche mir das Herz!

Bei allen Formen der Hypotonie:

Novadral[®] retard Liquidum

hält den Blutdruck stabil

Zusammensetzung:

Norfefrin-hydrochlorid
Novadral retard-Oragée 15 mg
Novadrel Liquidum 8 mg/ml (= 20 Tropfen)

Indikationen:

Alle Formen der Hypotonie: essentiell, orthostatisch, postoperativ,
postinfektös oder wetterbedingt. Kreislaufregulationsstörungen.

Kontraindikationen:

Sind nicht bekannt.

Zur Beachtung:

MAO-Hemmer verzögern den Novadral-Abbau und verstärken damit den
pressorischen Effekt.

Dosierung:

Novadral retard 1-2 Oragées täglich.
Novadral Liquidum 2-3 mal täglich 20-30 Tropfen.
Ist schneller Wirkungseintritt erwünscht, empfiehlt sich die kombinierte
Anwendung von Novadrel Liquidum und Novadral retard.

Handelsformen und Preise:

Novadrel retard Packung mit 20 Oragées	OM 6,20 m/MwSt. DM 12,45 m/MwSt.
Novadrel retard Packung mit 50 Oragées	DM 21,65 m/MwSt.
Novadrel retard Packung mit 100 Oragées Anstaltspackungen	
Novadrel Liquidum Packung mit 20 ml	OM 6,90 m/MwSt. DM 15,90 m/MwSt.
Novadrel Liquidum Packung mit 50 ml Anstaltspackungen	

GÖDECKE

169/0

Krank

Wie ich mich auf schwülem Lager
keuchend unter Krämpfen wälze
hebt ein Sandsturm an
und erschüttert unser Zelt.
Staub dringt durch die feinsten Schlitze.
Wirbel fauchen in die Wipfel
der neun Eukalyptusbäume.
Hört auch sie ihn, die nur unweit
unterm Schweiß des Räubers trieft,
hört ihn die Geliebte? Oder
wirft der Wind Verwünschtes her
und es war ein Fieberwahn?

Schöner Schein

Kobaltblau auf rosigem Grabmal
atmet schwer die Echse. Ob sie trauert
um den besten König, um Aretas
über das gestorbne Sela?
Während ich dies Bild aufnehme
blaßt das Tier zusehends grauer.
Trotz dem kupfergoldnen Leuchten
sind auch meine Sinne trüb.

Belchta oder Buße

Meine stolze Stute Selua
trägt mich auf den Berg Harun.
In geschliffne Platten kritzelten
Pilger ihren Fußtritt ein.

Soll ich meine eigne Schuld
oder den Verrat Vertrauter
einem fremden Gotte klegen,
der für sich die Rache fordert –
gleich dem unsern – und des Lieben
schwachen Menschen anbefiehlt?
Kraa, Kraa lachen hämisch Dohlen
hoch von Aarons Grabmoschee.

MANZEFF

Einen Hemmel hat Sol'men geschlachtet
vorm Fassadengrab, das er bewohnt
uns zu ehren, Freudenmahl der Sippe.
Droben strahlt gestirnter Himmel;
dunkle Stille;
fern ein Hund bellt. Esel äsen. Feuer
flackert,
unsrer Köpfe Schetten zucken an der
Felswand.
Frau und Kinder warten keuernd, rückwärts.
Strenge Sitte, Trunk und Waschung,
Polsterlager.
Mit den Fingern trennt der Hausherr auf
der Platte
Fleisch und Innereien, reicht das Beste
dem er zugeneigt, nach Rang und Würde.
Niemand will von mir verwöhnt sein.
Händeguß, Palaver, Rauchen,
Reden, Dank, rührseliger Abschied.

Kongresse

53. Augsburger Fortbildungskongreß für Praktische Medizin

vom 22. bis 24. März 1974 in Augsburg

Thema: Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis

Freitag, 22. März 1974

16.00 Uhr:

Laborseminar – Klinische Visiten

20.00–22.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 23. März 1974

9.00–9.30 Uhr:

Schockbekämpfung

Dr. J. Schreiber, Osnabrück

9.30–9.45 Uhr:

Reanimation

Dr. R. O. Scheemann, Osnabrück

9.45–10.30 Uhr:

Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes

Prof. Dr. G. Junge-Hülsing –
Dr. K. E. Windhegen, Osnabrück

11.00–11.30 Uhr:

Endogene Komata I (Coma basedowicum, Myxödem, ADDISON-Krise)
Dr. R. O. Scheemann, Osnabrück

11.30–12.00 Uhr:

Endogene Komata II (Coma diabetikum, hypoglykämischer Schock)
Dr. J. Schreiber, Osnabrück

14.00–15.15 Uhr:

Podiumsgespräch

Organisatorische und wissenschaftliche Grundlagen des ärztlichen Notfalldienstes

unter Teilnahme der Referenten des Vormittags sowie Privatdozent Dr. K. H. Welsch, München, Dr. K. Hellmann, Augsburg, Dr. G. Fischbach, Augsburg, Dr. H. Gerlach, Aystetten

Sonntag, 24. März 1974

9.00–9.30 Uhr:

Notfalldiagnostik und Notfalltherapie beim akuten Abdomen

Prof. Dr. E. Ungeheuer, Frankfurt

9.30–10.00 Uhr:

Die Verbrennungskrankheit

Prof. Dr. H. U. Buff, Zürich

10.00–10.30 Uhr:

Der psychiatrische Notfall (ainschließlich Drogennotfall)

Univ.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wien

11.00–11.30 Uhr:

Notfallkardiologie

Dr. J. Schmidt-Volgt, Bad Soden

11.30–12.00 Uhr:

Notfallpulmonologie

OMR Dr. G. Reusch, Ruppertshain

14.00–16.00 Uhr:

Die ekute Lunge bei Kindern

Prof. Dr. K. D. Bechmann, Münster

Das akute Abdomen bei Kindern

Priv.-Doz. Dr. L. Diekmann, Münster

Differentialdiagnose der Bewußtseinsstörung

Dr. H. Gröbe, Münster

Während des gesamten Kongresses findet eine pharmazeutisch-medizinisch-technische Ausstellung statt, die von 8.00 bis 17.00 Uhr geöffnet ist.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 3 37 77

Fachstudienreise des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

vom 3. bis 10. Mai 1974

Reiseroute:

München – Wien – Moskau – Minsk und zurück

Studienobjekte und Fachveranstaltungen:

Sportmedizinische Institute – Leistungszentren – Sportstätten – Referate – Diskussionen – praktische Übungen und Demonstrationen

Prels:

DM 1199,- (Flug, Übernachtung und Vollpension im Hotel I. Klasse, Stadtrundfahrten, Besichtigungen, Theaterbesuch, deutschsprachige Reiseleitung, offizielle Empfänge)

Teilnehmerzahl: 30

Teilnahmeberechtigung nach Posteingang der Meldungen

Anmeldeschluß:

15. März 1974

Auskunft und Anmeldung:

Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. (Freu Zewe), 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV, Telefon (0 89) 18 35 03

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

vom 18. bis 21. März 1974

Leitung:

Privatdozent Dr. med. M. Classen

Ort:

Medizinische Universitätsklinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Mitteilungen

Bunte Kalorieninformation

Der Minikal-Beratungsdienst hat ein Kalorien-Poster herausgebracht. Dieses wurde von 200 Ärzten in Frankfurt, München, Düsseldorf und Köln getestet. 80 % der Ärzte fanden diese „Therapie“ nicht nur informativ, sondern entschlossen sich, das Poster im Warte- oder Sprechzimmer aufzuhängen. Das 20 x 100 Kalorien-Poster zeigt erschreckend, welche Mengen welcher Nahrungsmittel 100 Kalorien ergeben.

Das Poster wird jedem Arzt gegen Übernahme des Portos kostenlos auf Anforderung durch den Minikal-Beratungsdienst, 6000 Frankfurt 1, Postfach 1, zur Verfügung gestellt.

Robert-Koch-Medaille verliehen

Die Robert-Koch-Stiftung zeichnete in diesem Jahr die beiden Professoren Dr. Hans Gerhard Schwick, Marburg, und Dr. Jean Lindenmann, Zürich, wegen ihrer besonderen Verdienste um die medizinische Forschung mit der Robert-Koch-Medaille aus. Sie ist mit einem Geldpreis von je DM 25 000,- verbunden. Professor Dr. Schwick erhält die Medaille in Anerkennung seiner Verdienste um die Erforschung von Inhaltsstoffen menschlicher und tierischer Seren. Er ist seit März 1973 Honorarprofessor an der Philipps-Universität, Marburg, Fachbereich Humanmedizin.

Professor Dr. Lindenmann wird für seine Verdienste um die Entdeckung

des Interferons und für seine Beiträge zur Aufklärung der Natur und des Wirkungsmechanismus von Interferon ausgezeichnet. Er ist Ordinarius für Experimentelle Mikrobiologie am Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Zürich.

Die Robert-Koch-Stiftung, die ursprünglich nur zur Bekämpfung der Tuberkulose gegründet worden war, unterstützt heute die Forschung auch auf anderen Gebieten der Medizin. In jüngster Zeit fördert sie vor allem jüngere Wissenschaftler und deren Forschungsvorhaben.

Ludwig-Heilmeyer-Medaille verliehen

In Anerkennung seiner besonderen wissenschaftlichen Verdienste auf dem Gebiet der Inneren Medizin und Hämatologie wurde Professor Dr. Jan Waldenström, Malmö, in diesem Jahr mit der Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Gold ausgezeichnet. Die Arbeiten von Professor Waldenström – der deutschen Medizin durch seine Ausbildungszeit in München sowie durch zahlreiche Vorträge verbunden – haben wichtige neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der Hämatologie ermöglicht und dazu geführt, daß zwei Krankheitsbilder mit seinem Namen bezeichnet wurden.

Die Medaille in Silber erhielt Privatdozent Dr. H.-J. Seidel, Ulm, der die Auszeichnung anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin in Freiburg entgegennahm. Der junge Preisträger erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit über Pathophysiologie der Hämo-poese bei Mäusen nach Infektion mit dem leukomogenen Rauscher-Virus.

60 Jahre Heumann-Arzneimittel

Die Firma Ludwig Heumann & Co. GmbH feierte ihr 60jähriges Firmenjubiläum.

Im Jahre 1913 wurde die Firma von Konsul Dr. phil. h. c. Robert Pfaller in Nürnberg gegründet, nachdem zuvor mehrere Jahre die Heumann-Arzneimittel von zwei fränkischen Apotheken hergestellt wurden.

Die in dieser Zeit gewonnenen Erkenntnisse und die weite Verbreitung der Heumann-Arzneimittel führten in den folgenden Jahrzehnten zur Entwicklung neuer, bedeutender Präparate.

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am 21. Februar 1974, 20.00 Uhr, im Deutschen Theater, München, einzuladen.

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

Abendanzug, Abendkleid, Uniform.

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

Kartenvorverkauf und Tischbestellung: Bayerisches Rotes Kreuz, München 22, Seitzstraße 8, Zimmer 223, Telefon (089) 223191, oder Deutsches Theater, München, Schwanthalerstraße 13, Tel. (089) 59 29 11.

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

Ehrenprotektorat: Frau Gertrud G o p p e l

Wer hilft Ihnen, wenn Sie nicht mehr helfen können?

Die Deutsche Ärzteversicherung leistet mit Ihrem neuesten Informationsdienst „Berufsunfähigkeit – Begriffe und Hinweise“ einen Beitrag dazu, eine klare Abgrenzung der Begriffe Berufs-, Erwerbs-, Dienst- und Arbeitsunfähigkeit sowie Gebrechen aufzuzeigen. In übersichtlicher und leicht verständlicher Form geschrieben, wird neben der Situation des niedergelassenen auch auf die des angestellten Arztes, Zahnarztes, Tierarztes und Apothekers eingegangen: Die Basisversorgung für den Fall der Berufsunfähigkeit sowie für die Hinterbliebenen, gegebenenfalls durch die berufständischen Versorgungswerke, die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung, durch Zusatzversorgung im privaten und öffentlichen Bereich, durch Beihilfen (für Beamte), Sozialhilfe usw.

Der Informationsdienst kann kostenlos bezogen werden bei der Deutschen Ärzteversicherung, 5000 Köln 1, Maria-Abieß-Platz 15.

Wissenschaftspreis der Kind-Philipp-Stiftung

Die Kind-Philipp-Stiftung für Leukämieforschung bereitet zur Zeit Ihr Vergabeprogramm für das Jahr 1974 vor.

Die Stiftung vergibt darüber hinaus einen mit DM 10 000,— dotierten Wissenschaftspreis für die beste deutschsprachige wissenschaftliche Arbeit zur Erforschung der Leukämie, besonders bei Kindern. Zugelassen zur

Bewerbung sind nur unveröffentlichte bzw. im Druck befindliche Arbeiten. Sie müssen in dreifacher Ausfertigung beim Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung im Kindesalter e. V., Professor Dr. Landbeck, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52, eingereicht werden.

Buchbesprechungen

J. F. Volred DENEKE: **Heben die Freien Berufe noch eine Chance?** Schriftenreihe des Hartmannbundes, 70 S., brosch., Mainz, 1973.

Der Autor, Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), legt hier das Ergebnis einer Untersuchung des Instituts für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg vor. Auftraggeber war der Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen. Minister Dr. Horst-Ludwig RIEMER führt in seinem Vorwort aus, daß „das Leistungsangebot der Freien Berufe als ein typischer Teil der freien Marktwirtschaft zu den Grundvoraussetzungen der gesellschaftlichen Entwicklungen in der Bundesrepublik gehört und ... durch diese Schrift mit Ihren klar herausgearbeiteten Ergebnissen und Thesen der Standort der Freien Berufe in unserer auf Leistung ausgerichteten Gesellschaft transparent gemacht wird“.

Die Studie charakterisiert die Zwischenposition der Freien Berufe –

zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer – im Wirtschaftsleben einer Industriegesellschaft, in der die besondere Stellung und die besonderen Aufgaben der Freien Berufe in Gesellschaft, Wirtschaft und Staat vom Gesetzgeber erkannt und anerkannt werden. Es wird ein Überblick über die Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Zusammenhang mit freiberuflichen Leistungen gegeben, und es werden Mittel und Methoden der Förderung des freiberuflichen Leistungsangebots aufgezeigt.

Breiten Raum nimmt die Darstellung bisher erprobter Formen kooperativer Leistungssteigerung ein. Ausblicke in die Zukunft verweisen auf die Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen. Dabei wird deutlich, daß sich die noch offenen Fragen nur unter Beachtung der sozialen Sicherheit und der individuellen und berufsständischen Vorsorge lösen lassen. Die Untersuchung dürfte weitere berufsspezifische Ermittlungen auslösen.

Doz. Dr. G. NEUHÄUSER: **„Folgen enzephalitischer Erkrankungen bei Kindern“.** 96 S., 21 Abb., 23 Tab., kart. DM 34,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Nach wie vor wird eine Enzephalitis häufiger vermutet als nachgewiesen. Die zahlreichen diagnostischen Ansätze konnten die bestehende Unsicherheit besonders bei der ätiologischen Abklärung der frühkindlichen Hirnschädigung noch nicht beseitigen. Der Verfasser ging das Problem nun über katamnestische Untersuchungen an.

Die vorliegende Studie widmet sich einer ausführlichen neuro-pädiatrischen und psychologischen Nachuntersuchung von 97 Kindern, die in der Universitäts-Kinderklinik Erlangen wegen eines enzephalitischen Krankheitsbildes behandelt wurden. Erkundigungen über das Schicksal weiterer 120 Kinder wurden per Fragebogen eingeholt. Die übersichtliche Gliederung umfaßt die strenge Gruppenauswahl (akute zerebellare Ataxie, sichere und vermutete Erkrankungen sowie eine Kontrollgruppe), die Methodik und die Darstellung der Ergebnisse. In einem Anhang folgen kasuistische Beispiele für verschiedene psychopathologische Bilder des enzephalitischen Syndroms.

Die Ergebnisse bestätigen im wesentlichen die bisherigen Erfahrungs-

URICOVAC®

Benzbromaronum

die „Nur-einmal-tägliche-Tablette“

Senkt
schonend den
Serumharnsäure-
Spiegel
in den
Normbereich

auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz*

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

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.
Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benz-
bromaronum. Handelsformen: 30 Tabletten zu
je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- ein-
schließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.
Hinweis: Bei niereninsuffizienten Patienten mit
Serumkreatininwerten über ca. 5 mg% ist eine
ausreichende serumharnsäuresenkende
Wirkung von URICOVAC nicht mehr mit
Sicherheit zu erwarten.

„Durch eine frühzeitige Behand-
lung der Hyperurikämie kann
das Auftreten einer Gicht mit
großer Wahrscheinlichkeit ver-
mieden werden. Die echte
Chance der Prophylaxe einer
schwerwiegenden, risikobela-
denen chronischen Krankheit
sollte genutzt werden“.

G. Josenhans
im Vorwort zum Kolloquium in Bad Bramstedt am 24.2.73

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbe-
sondere zu Beginn der Behandlung, minde-
stens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich
nehmen. Bei Steindiarthese empfiehlt sich die
Einstellung des Urins auf den annähernd
neutralen Bereich von pH 6,4-6,8, speziell bis
zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.
Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tier-
versuchen keinerlei teratogene Wirkung
gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichts-
gründen bei bestehender Schwangerschaft
nicht verabreicht werden.

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf



gen über die Häufigkeit von Todesfällen und Defektheilungen. Darüber hinaus zeigt die sorgfältige Analyse, daß die Prognose vom Erkrankungsalter ungünstig beeinflusst wird. Im übrigen sind im Einzelfall keine genaueren prognostischen Aussagen möglich. Leider kann auch nicht rückblickend aus dem Verlauf der Entwicklung ehemals erkrankter Kinder auf eine überstandene Enzephalitis geschlossen werden.

Von vielen Pauschalbeurteilungen der Kinder, die eine enzephalitische Erkrankung überstanden haben, hebt sich diese differenzierte Studie ab. Darin liegt das Verdienst des Verfassers und der Wert für alle Interessierten.

Dr. D. Harms, Erlangen

Ernst HÖHNE: „Der Neuaufbau des Schulwesens nach dem Bildungsgesamtplan der Bund-Länder-Kommission“. 148 S., DM 6,80. Bayerische Verlagsanstalt, Bamberg.

Dr. Höhne, Ministerialdirigent a. D., vertrat Bayern von 1955 bis 1972 bei Fragen, die die Bildungsplanung betreffen. In seinem Buch schildert er chronologisch genau die Gesichtspunkte, die sich beim Neuaufbau des Schulwesens im Laufe der Jahre ergeben haben und nimmt selbst kritisch dazu Stellung. Der Leser kann anschaulich verfolgen, welche Schwierigkeiten sich ergeben, wenn man eine Reform praktisch durchführen will. Gleichzeitig erfährt man, wie unser Schulsystem in Zukunft aussehen soll und welche Probleme noch heiß umstritten sind. Bisher konnte man sich z. B. noch nicht einig über die Einschulung der Fünfjährigen, die Einrichtung von Gesamtschulen, die Orientierungsstufe, das zehnte Pflichtschuljahr, die Lehrerbildung und die Weiterbildung. Vor allem ist die Frage der Finanzierungsmöglichkeiten noch offen.

B. Schmidt, Augsburg

Dr. H. KÜGLER: „Medizin-Meteorologie nach Wetterphesen“. 124 S., 98 Abb., 8 Farbbilder, 3 Tab., kart. DM 28,-. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Die Medizin-Meteorologie ist ein Grenzgebiet, bei dessen Erforschung die besondere Schwierigkeit darin liegt, daß nicht Einzelfaktoren, sondern komplexe Systeme, die aufeinander reagieren, korreliert werden müssen. Dabei sind endgültige und schlüssige Aussagen über kausale

Wirkungsmechanismen heute zwar eindeutig, aber noch nicht effektiv möglich. Ihre Voraussetzung wären lückenlose, einheitliche physiologische Tests und müßten alle biologischen wie meteorologischen Einzelvorgänge und ihre Beziehungen zueinander reproduzierbar beschreiben können. Da wir hier aber erst bei der Grundlagenforschung sind, soll das vorliegende Buch eine Einführung über den Fragenkomplex Wetter – Krankheit darstellen und mit vielen Einzeldarstellungen und graphischen Erläuterungen zum Nachdenken und Mitbeobachten anregen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

E. LÖSCHER: „Physik“. 340 S., etwa 1000 Abb., davon 52 farbig, Tab. und Diagramme, ausführliches Register und marginalen Querverweisen, Ganzleinen. DM 58,-. Moos Verlag, München.

Autoren und Verlag gebührt für dieses Werk höchstes Lob! Wer dieses Buch aus der Hand legt, wird nicht mehr in Versuchung geraten, von der „trockenen“ Physik zu sprechen. Die ebenso straffe wie anschauliche Gestaltung dieses Bandes nimmt der komplexen Wissenschaft Physik ihren Schrecken.

Wenn man schon ein Kapitel besonders herausstellen möchte, so kann es nur das dritte sein: Stammbaum der Physik. So kommt auch die Geschichte dieses Wissensgebietes ausführlich zur Sprache. Unter Verzicht auf mathematisierende Ausführlichkeit wurde der Schwerpunkt auf die Arbeitsweisen und Problemstellungen gelegt. Die Darstellung lebt in gleicher Weise vom klargefaßten Text wie von den zahlreichen, äußerst informativen Abbildungen.

Dieses Buch wird jedem Arzt, aber auch seinem Nachwuchs in Schule und Universität, viel Freude bereiten.

Dr. K. Pollak, München

T. NICOLA: „Atlas operativer Zugangswege in der Orthopädie“. 135 S., 281 Abb., Ganzleinen, DM 48,-. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

NICOLA hat vor Jahren ein Werk geschaffen, das nun auch deutschsprachig vorliegt. In knappster, aber selbst für den Anfänger ausreichender Form werden die operativen Zugangswege aufgezeigt, die bei Operationen an Knochen und Gelenken ertahrungsgemäß am wenigsten Schä-

den setzen. Der Aufbau des Buches in drei große Kapitel (obere Extremität, Rumpf und untere Extremität) ist so übersichtlich, daß von der Gestaltung her keine Wünsche offen bleiben. Auf nur einer Buchseite wird, von klaren Zeichnungen begleitet, jeweils ein operativer Zugangsweg geschildert, unterteilt in Indikation, operativem Vorgehen und Anmerkung, so daß jede beliebige Möglichkeit in kurzer Zeit überflogen und eingepreßt werden kann.

So angenehm diese knappe Form im ganzen ist, so wäre doch eine kritische Beurteilung dieser Methoden zum Schluß eines Kapitels wünschenswert. Am Eflbogen werden auf nur neun Seiten sechs (!) verschiedene Zugänge nebeneinander demonstriert, ohne eine abschließende Wertung vorzunehmen.

Das vorliegende Werk ist auf alle Fälle eine echte Bereicherung, und zwar nicht nur für den Orthopäden, wie der Titel angibt, sondern in ganz besonderem Maße für jeden Chirurgen, der Operationen an Knochen und Gelenken vornimmt.

Dr. M. Hausel, Amberg

Dr. G. H. WILLITAL: „Grundbegriffe der Pflegetechnik“. 124 S., 83 Abb., geb., DM 12,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Der Verfasser hat sich in vorliegendem kleinen Werk die Aufgabe gestellt, auf gedrängtem Raum, dabei übersichtlich und einprägsam die Grundlagen der Krankenpflege darzustellen. Die Schrift richtet sich vor allem Dingen an die Schwesternschülerinnen bzw. Jungschwwestern. Alle vorkommenden Arbeiten wie Körperpflege, Reichen der Nahrung, Lagerung und Betten, An- und Auskleiden sowie Transport des Kranken, Prophylaxe, physikalische Maßnahmen, Routineuntersuchungen, Einläufe, Injektionen, Infusionen und Transfusion, Sauerstoffzufuhr und künstliche Beatmung, Desinfektion und Sterilisation, Assistenz bei Eingriffen und schließlich eine Medikamentenlehre werden verständlich geschildert. Unterstützt werden die Ausführungen durch instruktive Abbildungen. Schließlich werden einige praktische Beispiele zur Krankenpflege aus dem Alltag einer Schwester sehr anschaulich geschildert. Man kann das Buch seinen jungen, eingehenden Mitarbeiterinnen gern empfehlen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Ärztliche Fortbildung

vom
4.-8. Juni 1974



in
BERLIN

Seit über 20 Jahren findet in der Woche nach Pfingsten der Deutsche Kongreß für ärztliche Fortbildung statt. Aus dem anfänglichen Ärzttreffen für Ost und West wurde im Laufe der Jahre eine überregionale Fortbildungsveranstaltung für Ärzte, Zahnärzte und medizinisches Hilfspersonal, die zu den größten Europas zählt. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. G. Schettler, Heidelberg, wird ein praxisnahes Fortbildungsprogramm erstellt, das jährlich von etwa 15.000 Teilnehmern besucht wird. Für 1974 ist nachstehendes Programm geplant.

Programm

Suizidalität - Herzinsuffizienz - Akute und chronische Atmungsinsuffizienz - Arbeit und Umwelt - Sportmedizin - Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz in der Praxis - Klinische Pharmakologie - Früherkennung und Prävention von gesundheitlichen Risiken - Schwangerschaftsvorsorge - Operationsvorbereitungen in der Praxis - Virusinfektionen - Isotopen in der Praxis - Hämatologie - Säuglings- und Kinderernährung - Onkologischer Arbeitskreis - EKG-Kurs - Andrologisches Seminar - Labor-Kurs mit Demonstrationen - EEG-Seminar - Seminar Autogenes Training - Zahnärztlicher Fortbildungskongreß - Medizinisches Filmprogramm - Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und Krankenpfleger - Nuklearmedizin für medizinisch-technische Assistenten - Eidophor-Übertragungen: Das Symptom Kopfschmerz, Psychische Bedingungen somatischer Symptome, Dermatologisches und venerologisches Konsilium, Kleine Chirurgie für die Praxis.

KONGRESSGESELLSCHAFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG e.V.

1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21

Therapeutika

BayroVas® Gel

Zusammensetzung:

100 g BayroVas Gel enthalten:
0,5 g Natriumsalz eines sulfatierten Polysaccharids aus Eumycaten-Mycel (Heparinoid Bayer 5000 HDB-E), 10,0 g Monosalicylsäureester des Äthylglykols, 1,0 g Bamathan (als 2-Butylamino-1-(p-hydroxy-phenyl)-athanolsulfat 1,25 g), 0,5 g Aescin, reiner isolierter hautresorbierbarer Wirkstoff aus der Roßkastania.

Indikationen:

Zur unterstützenden Behandlung von oberflächlichen Venenbeschwerden und gegen Prallungen, Distorsionen und Hämatoma.

Kontraindikationen:

Keine bekannt.

Anwendung:

BayroVas Gel wird im allgemeinen mehrmals täglich dünn aufgetragen, am besten nicht nur im Bereich des erkrankten Gewebes, sondern auch auf die Umgebung.

Wenn man die Therapie mit BayroVas Gel mit einer Kompressionsbehandlung kombiniert, so ist es zweckmäßig, nach Auftragen von BayroVas Gel auf die Haut eine Mullbinde anzulegen und hierüber den Kompressionsverband oder den Gummistrumpf zu legen.

Handelsformen und Preise:

OP zu 40 g BayroVas Gel DM 6,40
OP zu 100 BayroVas Gel DM 12,60
OP zu 50 Manteltabletten BayroVas DM 14,75

Hersteller: Bayropharm, 5000 Köln-Mülheim

Begrivac S®

Influenza-Virus-Spaltvakzina, adsorbiert

Zusammensetzung:

Erstmals wurden bei der Herstellung zwei moderne Reinigungsverfahren

kombiniert: die Dichtegradientanzentrifugation und die Virusspaltung mit Twaen-Äther. Dadurch werden die zur Ausbildung des Schutzes wichtigen Antigene Hämagglutinin und Neuraminidase in besonders reiner und konzentrierter Form erhalten, während die unnötigen Ballastsubstanzen entfernt werden. Bei hohem Antigengehalt hat Begrivac S deshalb eine gute Verträglichkeit. Durch Aluminiumhydroxid als Adjuvans wird die immunisatorische Wirkung wesentlich gesteigert.

Mit der Aufnahme der Virus-Stämme A/England und B/Roma wurde Begrivac S der epidemiologischen Situation angepaßt. Der Impfstoff wird bereits nach den Vorschriften der Europäischen Pharmakopoe geprüft und ist zugelassen vom Paul-Ehrlich-Institut, Bundesamt für Sera und Impfstoffe. Die Antigen-Deklaration erfolgt in Internationalen Einheiten.

Eine Injektionsdosis (0,5 ml) enthält: extrahierte Influenza-Virus-Antigene vom Typ A (H₃N₂) Stamm Hongkong 2/68 200 I.E., Stamm England 42/72 200 I.E., Typ B Stamm Massachusetts 100 I.E., Stamm Roma 100 I.E. Aluminiumhydroxid (Adjuvans) 0,75 mg p-(Äthyl-mercuri-thio)-benzolsulfonsäure, Natriumsalz (Konservierungsmittel) 0,005 mg

Indikationen:

Zur aktiven Immunisierung gegen die durch Influenza-Viren A und B verursachte Grippe.

Die Impfung mit Begrivac S wird insbesondere für folgende Personengruppen empfohlen:

1. Personen mit starker Infektionsgefährdung
z. B. Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal, Angestellte und Arbeiter in öffentlichen Betrieben und großen Werken; Polizei und Bundeswehr; Lehrer, Studenten, Kinder in Heimen, Kindergärten und Schulen
2. Herz- und Kreislaufkranke
3. Personen mit chronischen Erkrankungen des Respirationstraktes

4. Alle Personen jenseits des 60. Lebensjahres

5. Diabetiker

6. Schwangerer (Begrivac S ist für die Anwendung in der Gravidität besonders auf Unschädlichkeit geprüft)

Wirksamkeit und Reinheit von Begrivac S ermöglichen eine breite Anwendung ohne Beschränkung auf besondere Risikogruppen.

Kontraindikationen:

Personen mit bekannter Hühnerallergieprotein-Überempfindlichkeit sind von der Impfung auszuschließen.

Akut Erkrankte, Rekonvaleszente und als inkubiert anzusehende Personen sind von der Impfung zurückzustellen. Personen mit chronisch-eitrigen Erkrankungen, z. B. Furunkulose, sollen nicht geimpft werden.

Verträglichkeit:

Begrivac S ist gut verträglich. Lokalreaktionen in Form von Rötung und Schwellung werden beobachtet. Allgemeinsymptome (Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Temperaturerhöhungen) sind selten und nicht anhaltend.

Anwendung und Dosierung:

Die Spritzampulle erleichtert die Individualimpfung in der ärztlichen Praxis und zeichnet sich durch schnelle und einfache Handhabung aus.

Der Impfstoff ist in Glaszylinderampullen abgefüllt.

Erwachsene und Kinder über 12 Jahre:
1x 0,5 ml i.m. oder tief subkutan

Kind unter 12 Jahren:

2x 0,5 ml i.m. oder tief subkutan im Abstand von 4–6 Wochen

Auffrischimpfung für alle Altersgruppen:

1x 0,5 ml i.m. oder tief subkutan nach jeweils einem Jahr

Handelsformen und Preise:

Spritzampulle mit 0,5 ml DM 9,25

Anstaltspackungen mit 10 Spritzampullen sowie Flaschen mit 7,5 und

Liquirit®

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl

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

50 ml (50 ml nur für Impfungen mit dem Hypospray® Jet-Injector)

Hersteller:

Behringwerke AG, 3550 Marburg

Cymbi® 500/1000

Ampicillin Dolorgiet
rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

1 Kapsel enthält: 580 mg D(-)- α -Aminobenzylpenicillin-Trihydrat entsprechend 500 mg Ampicillin.

1 Tablette enthält: 1160 mg D(-)- α -Aminobenzylpenicillin-Trihydrat entsprechend 1000 mg Ampicillin.

Indikationen:

Atemwegsinfekte, Nasennebenhöhlen- und Mittelohrentzündungen, Langzeitbehandlung der chronischen Bronchitis, Lungenentzündung, Gelenkwegentzündungen, Keuchhusten, Salmonellen- und Shigellen-Enteritis, Salmonellen-Dauerausscheider, (Enterokokken-)Endokarditis, akute und chronische Hernweginfektionen mit empfindlichen Erregern, Gonorrhoe, gynäkologische Infektionen, Hämophilus-Meningitis, Initialbehandlung der ungeklärten eitrigen Meningitis, Listeriose, Aktinomykose.

Kontreindikation:

Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Penicillinen und Cephalosporinen zur Vermeidung von schweren allergischen Hauterscheinungen oder den allerdings selten auftretenden Schockzuständen. In diesen Fällen ist unverzüglich ein Arzt zu befragen.

Eigenschaften:

Cymbi® ist ein halbsynthetisches Penicillinderivat, das sich durch ein erweitertes Wirkungsspektrum auch auf gramnegative Keime auszeichnet (sogenannte Breitspektrumpenicillin). Die wesentlichen Vorteile der Penicilline – bakterizide Wirkung und praktisch fehlende Toxizität – weist auch Cymbi® auf. Infolge seiner Säurestabilität, der guten Resorption und Verträglichkeit eignet sich Cymbi® besonders zur oralen Behandlung.

Dosierung und Anwendung:

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene und Schulkinder ein:

Cymbi® 500 3 x täglich 1-2 Kapseln, Cymbi® 1000 3 x täglich 1 Tablette. Die empfohlenen Tagesdosen reichen erfahrungsgemäß in den meisten Fällen aus. Höhere Dosen können bei verschiedenen Erkrankungen notwendig sein.

Die Kapseln und Tabletten sind unzerkerut mit etwas Flüssigkeit (Milch, Wasser o. ä.) einzunehmen. Bei Einnahmeschwierigkeiten können die Tabletten halbiert werden. Die orale Verabreichung von Cymbi® kann unabhängig von den Mahlzeiten erfolgen. Antazide (= Medikamente, die auf die Magensäure einwirken) können, falls erforderlich, im Abstand von 2 Stunden vor oder nach der Cymbi®-Gabe eingenommen werden.

Für Kinder unter 6 Jahren, Säuglinge und Neugeborene steht Cymbi® Granulat zur Herstellung von Saft zur Verfügung.

Zur Beachtung:

Cymbi® ist im allgemeinen gut verträglich. Gelegentlich auftretende Hauteusschläge sowie Magen-Derm-Störungen (Brechreiz, Übelkeit, Durchfälle) zeigen meist einen leichten Verleuf und klingen nach Absetzen des Präparates, oft aber auch noch unter der Behandlung, wieder ab. Gegebenenfalls ist der behandelnde Arzt zu befragen.

Handelsformen:

Cymbi® 500 Ampicillin Dolorgiet
Packungen mit 12 und 30 Kapseln.

Hersteller:

Dolorgiet, 5300 Bonn-Bad Godesberg

Kongreßreisen

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

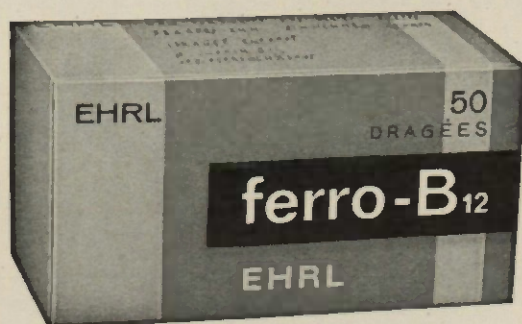
**Studienreise für Psychiater
nach Moskau und Leningrad
vom 30. März bis 8. April 1974**

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Linienmaschinen internationaler Luftverkehrsgesellschaften durchgeführt und bietet ein interessantes Fachprogramm.

Reisepreis pro Person: DM 1187,-
ab/bis München

(Fortsetzung Seite 164)

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1973*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Bedeutend häufiger als im Oktober wurden im November Scharlacherkrankungen gemeldet; jeweils umgerechnet auf ein Jahr stieg die Erkrankungsziffer von 63 auf 111 je 100 000 Einwohner. Die weit niedrigere Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung nahm im November ebenfalls etwas zu, und zwar stieg die Erkrankungsziffer an nicht durch Meningokokken verursachten, sonstigen übertragbaren Formen von 4 im Vormonat auf 7 je 100 000 Einwohner.

Mit dem Einsetzen der kalten Jahreszeit ging dagegen die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) im November zurück, nämlich von 63 auf 37 Fälle je 100 000 der Bevölkerung. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten ebenfalls etwas weniger Menschen als im Oktober; unter 100 000 Einwohnern durchschnittlich 34, im Oktober noch 39.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Oktober bis 1. Dezember 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Ophthalmie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Oehirnentzündung								Salmone		Übrige Formen					
							Meningokokkenmeningitis		Übrige Formen								Salmone		Übrige Formen					
E ¹⁾ ST ²⁾		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E BT		
Oberbayern	—	—	416	—	—	—	4	—	20	1	—	—	2	—	—	—	7	—	119	1	3	—	—	—
Niederbayern	—	—	26	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	49	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	47	—	—	—	2	—	25	1	—	—	—	—	—	—	—	—	33	1	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	134	—	—	—	2	—	13	—	1	—	1	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	249	—	—	—	1	—	7	1	2	1	1	—	—	—	4	—	53	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	162	—	—	—	3	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	85	—	2	—	—	—
Schwaben	—	—	97	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	1	—	1	—	16	1	6	—	—	—
Bayern	1	—	1151	—	—	—	15	1	73	3	3	1	6	—	3	—	13	—	387	3	12	—	—	—
München	—	—	232	—	—	—	1	—	5	—	—	—	1	—	—	—	5	—	61	1	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	73	—	—	—	—	—	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—
Würzburg	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Well'sche Krankheit		Malaria-Erkrankung		O-Fieber		Toxoplasmose		Trenchom		Wundstarrkrampf				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Palta-cose		Übrige Formen																			
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	140	2	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Niederbayern	41	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Oberfranken	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Mittelfranken	51	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	42	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Schwaben	27	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34
Bayern	352	4	—	—	4	—	2	—	1	1	3	—	4	—	3	—	1	—	1	2	—	—	—	57
München	62	2	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	19	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

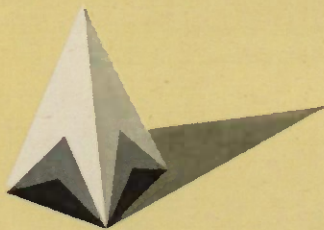
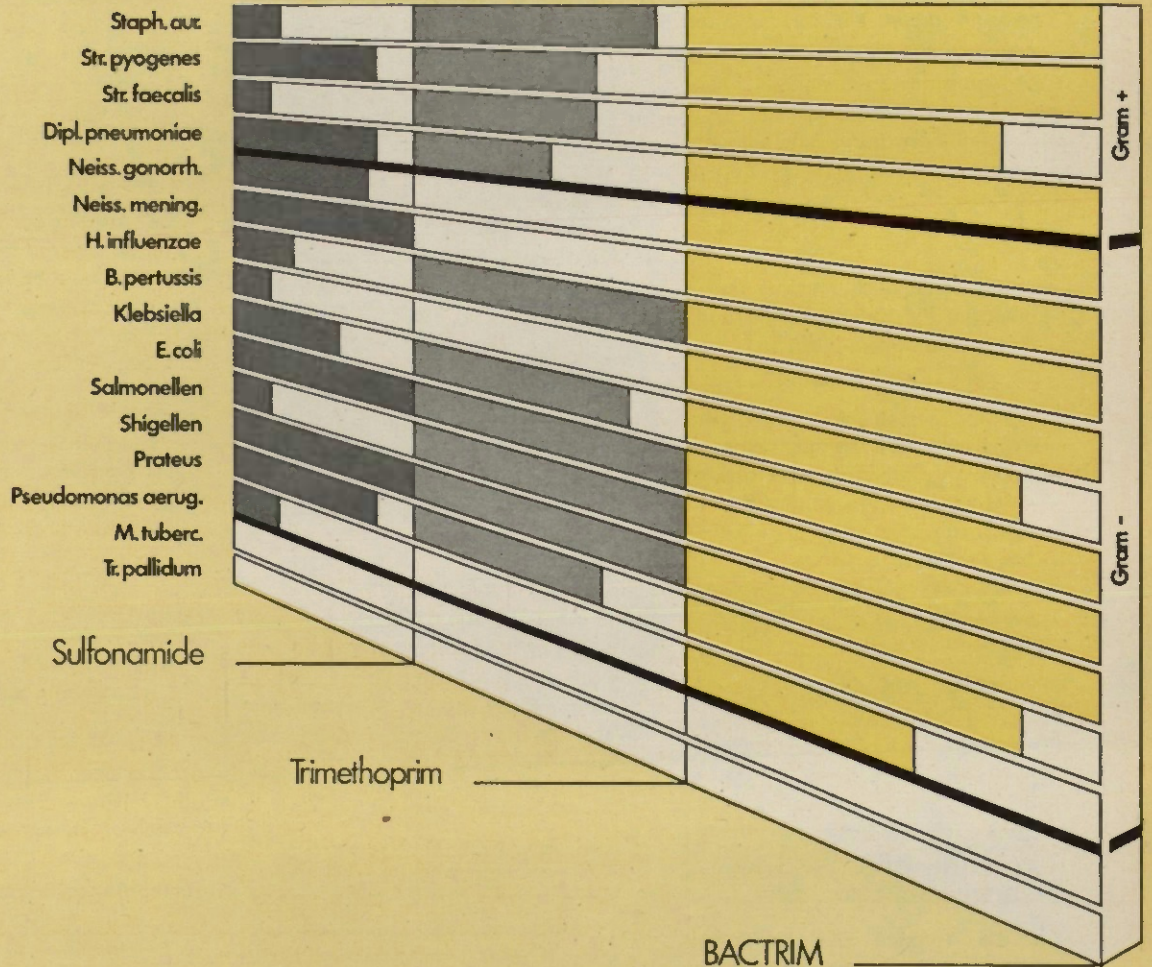
*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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.

Hohe Sicherheit durch breites Spektrum



BACTRIM[®] ROCHE

Angina, Sinusitis, Bronchitis,
Pneumonie, Cystitis, Pyelonephritis,
Darminfektionen

KONTRAINDIKATIONEN Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen.

VERTRÄGLICHKEIT Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteltoxikose können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptotische Erscheinungen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

VORSICHTSMASSNAHMEN In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerordentlich selten können asymptotische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.
ZUSAMMENSETZUNG 1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml (1 Meßlöffel bzw. Teelöffel) Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

PACKUNGEN UND PREISE 20 Kindertabletten DM 5,70 m.U.St.
20 Tabletten DM 18,15 m.U.St. 50 Kindertabletten DM 13,60 m.U.St.
50 Tabletten DM 41,30 m.U.St. Sirup 100 ml DM 12,50 m.U.St.



Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach

**Studienreise für Gynäkologen
nach Südatrika
vom 11. bis 28. April 1974**

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Linienmaschinen der Lufthansa und South African Airways durchgeführt und bietet ein interessantes Fachprogramm.

Stationen sind: Johannesburg, Krüger Park, Mbabane/Swaziland, Durban, Pietermaritzburg, Bloemfontein, Kapstadt und Pretoria (fakultativ Victoria-Fälle).

Reisepreis pro Person: DM 3990,—

**Studienreise nach Moskau und
Leningrad für Unfallchirurgie und
Verkehrsmedizin
vom 4. bis 11. Mai 1974**

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Chartermaschinen der Lufthansa und Aeroflot durchgeführt und bietet ein interessantes Fachprogramm.

Reisepreis pro Person: DM 989,—
ab/bis Frankfurt

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

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

Kongreßkalender

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

März 1974

2. — 16. 3. in San Martino di Castrozzo:

XLVI. Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes (Friedrich-Kurs). Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

3. — 9. 3. in Bad Mitterndorf:

20. Österreichische Sozialmedizinische Tagung „Medizin, Ökologie und Pharmachemie der Zukunft“. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin, A-1150 Wien, Frankgasse 6/5.

4. — 9. 3. in Innsbruck:

Innsbrucker Chirurgische Fortbildungstage 1974. Auskunft: Chirurgische Universitäts-Klinik Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35.

10. — 13. 3. in Gießen:

Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft Dr. G.-W. Orth, 6300 Gießen 1, Postfach 6120.

10. — 23. 3. in Badgastein:

XIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

10. — 23. 3. in Davos:

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20

15. — 16. 3. in Erlangen:

7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. Auskunft: Prof. Dr. R. Ottenjann, Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51.

17. — 20. 3. in Mainz:

15. Jahrestagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Muscholl, Pharmakologisches Institut der Universität, 6500 Mainz, Obere Zahlbacherstraße 76.

18. — 21. 3. in Erlangen:

11. Einführungskurs in die gastro-

enterologische Endoskope, Biopsie und Zytologie. Auskunft: Medizinische Klinik mit Poliklinik, Kongreßbüro, 8520 Erlangen, Postfach 266.

21. — 23. 3. in Wien:

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Kongreßsekretariat Dr. N. Honetz, I. Medizinische Universitätsklinik, A-1010 Wien, Lazarettgasse 14.

22. — 24. 3. in Augsburg:

53. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis). Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.

23. — 30. 3. in Bad Hofgastein:

15. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. W. Doberauer, A-1140 Wien, Hütteldorfer Straße 188.

26. — 30. 3. in Sestriere:

Internationale Skiweltmeisterschaften der Ärzte. Auskunft: Yves Lecailion, Secrétariat de la C. M. S. M. La Balandrie, 08470 Balan/Frankreich.

30. — 31. 3. in Bad Pyrmont:

Ärztlicher Fortbildungskurs (Thema: Gesicherte Erkenntnisse für die moderne Therapie). Auskunft: Dr. med. Gosslich, 3280 Bad Pyrmont, Altenauplatz 5.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte der Firmen: **Benechemie GmbH, München** und **Deutsche Wellcome GmbH, Großburgwedel** beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgeber und Verleger: Beyer, Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, vertreten durch Dr. med. Lothar Sluka. Die Zeitschrift erscheint monatlich. **Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.**

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

Alle Rechte, insbesondere des 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 besondere zum Ausdruck gebracht werden.



**Am städtischen Marienkrankenhaus
8450 Amberg**

wird für die neu einzurichtende pathologisch-anatomische Abteilung ein

Facharzt für Pathologie als Chefarzt bzw. Belegarzt gesucht.

Nach Möglichkeit sollte der Bewerber praktische Erfahrungen in der Zytologie vorweisen können.

Das Krankenhaus ist Schwerpunktkrankenhaus, verfügt über ca. 650 Betten mit sechs geschlossenen Abteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Kinder, Röntgen, Anästhesie) und drei Belegabteilungen (Urologie, HNO und Augen). Außerdem ist für den Pathologen ein Einzugsgebiet mit etwa 200 000 Einwohnern vorhanden.

Die Anstellung erfolgt je nach Wunsch und vertraglichem Übereinkommen als Chefarzt oder als Belegarzt. Als Chefarzt richtet sich die Bezahlung nach dem BAT mit Eigenliquida-tionsrecht bei Privaten und Genehmigung der ambulanten Überweisungspraxis.

Die Stadt Amberg mit hohem Freizeitwert liegt am Rande des Bayerischen Waldes und hat etwa 50 000 Einwohner. Es sind alle weiterbildenden Schulen vorhanden. Die nächsten Univer-sitäten (Erlangen und Regensburg) sind etwa 65 km entfernt, außerdem besteht Autobahnanschluß.

Das Krankenhaus strebt den Status eines Lehrkrankenhauses, entweder für die Universität Erlangen oder Regensburg an.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, 8450 Amberg, Rathaus.

Beim Kreiskrankenhaus Burgbrach, Landkreis Bamberg, ist die Stelle des leitenden

Chefarztes (Facharzt für Chirurgie)

zu besetzen, da der derzeitige Stelleninhaber nach 26jähriger Tätigkeit mit Ablauf des Monats September 1974 in den Ruhestand tritt.

Das Kreiskrankenhaus Burgbrach ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit derzeit 120 Betten; davon entfallen auf Chirurgie 95 Betten. Eine Innere Abteilung mit 25 Krankenbetten im Belegarztssystem ist vorhanden.

Das Haus ist mit modernsten Einrichtungen ausgestattet. Angeschlossen ist eine Schule für Krankenpflegehilfe.

Burgbrach liegt in landschaftlich schöner Gegend des Steigerwaldes, 15 km westlich von Bamberg.

Es kommen nur Bewerber in Betracht, die große Erfahrung auf dem Gebiet der Chirurgie haben, dynamisch sind, eine mehrjährige Tätigkeit als Oberarzt nachweisen können und gute Führungseigenschaften besitzen.

Wir bieten einen Dienstvertrag mit Liquidationsrecht bei allen Patienten, die chetärztliche Behandlung wünschen.

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

Landratsamt Bamberg,
8600 Bamberg, Promenadestraße 2 a.

An der Chirurgischen Abteilung des Schwerpunktkrankenhauses Traunstein/Darbayern ist ab sofort die Stelle eines

Facharztes für Innere Krankheiten

zu besetzen.

Wesentlich ist, daß der Bewerber besonders gute Kenntnisse auf dem Gebiet der Intensivmedizin besitzt und gleichzeitig optimale Erfahrungen im Bereich der inneren Krankheiten nachweisen kann.

Selten der Chirurgischen und der Internen Abteilung des Hauses wird größter Wert darauf gelegt, daß der Bewerber die prä- und postoperative Betreuung des chirurgischen Krankengutes überdurchschnittlich beherrscht.

Der Bewerber muß überdurchschnittliche Kenntnisse auf dem Gebiet der Endoskopie (Gastroskopie), der Inneren Medizin und Vertrautheit mit den Problemen der operativen Medizin, sowie ein umfassendes Wissen auf dem Gebiet der Pathophysiologie besitzen.

Das modern eingerichtete und neu erbaute Krankenhaus wird in Zukunft weiter ausgebaut, wobei der Bewerber zu den Bau-maßnahmen der chirurgischen Intensivpflegestation beratend hinzugezogen werden soll.

Erwünscht sind Kenntnisse in der Handchirurgie oder Gefäß-chirurgie, aber nicht unbedingt erforderlich.

Wir bieten: Bezahlung nach Vergütungsgruppe I b/1 a BAT, Beihilfengewährung nach den tariflichen Vorschriften im Krankheitsfall, sowie beamtenähnliche Altersversorgung, Weihenachtszuwendung und vermögenswirksame Leistungen; weiterhin Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Nebeneinnahmen für prä- und postoperative Betreuung des chirurgischen Krankengutes und Nebeneinnahmen, die mit dem Chefarzt der Chirurgischen Abteilung vereinbart werden.

Traunstein liegt in unmittelbarer Nähe des Chiemsees, mitten im landschaftlich reizvollen Chiemgau, wenige Autominuten entfernt von der Autobahn München-Salzburg. Am Ort sind alle weiterbildenden Schulen vorhanden.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, beglaubigten Zeugnis-abschriften sind zu richten an **Herrn Chefarzt Dr. med. Franz Huber, Chirurgische Abteilung des Stadtkrankenhauses Traunstein, 8220 Traunstein, Cuno-Niggli-Straße 3.**

Am Kreiskrankenhaus Burgbrach (120 Betten) ist sofort die Stelle des

Oberarztes

der Chirurgischen Abteilung

zu besetzen. Der Bewerber soll die Facharztanerkennung besitzen und in der Lage sein, den Chefarzt voll zu vertreten. Anstellung nach BAT, Verg.Gr. I b/1 e je nach Vorbildung. Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung und die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Am Kreiskrankenhaus Burgbrach besteht eine einjährige Schule für Krankenpflegehilfe.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an

Landratsamt, 8600 Bamberg, Promenadestraße 2 a.

Der Landkreis Schwandorf sucht für das Kreiskrankenhaus Naunburg vorm Wald (103 Betten) als Belegarzt

1 Facharzt für Geburtshilfe und Gynäkologie

Neunburg vorm Wald liegt in landschaftlich schöner Lage im Oberpfälzer Wald und hat rund 5000 Einwohner, dazu ein Einzugsgebiet mit rund 20 000 Einwohnern. Im Kreiskrankenhaus, dessen medizinische Ausstattung dem modernsten Stand entspricht, z. B. neueste Röntgenanlage mit Bildverstärker-Fernseh-anlage und Apparatur für Mammographie, stehen nach den vertraglichen Bestimmungen Betten als Belegarzt zur Verfügung.

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

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

Für die Hör-, Stimm- und Sprechabteilung der modern eingerichteten Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung des Kreiskrankenhauses München-Pasing (Cheferzt Prof. Dr. Schreiner) wird eine gut ausgebildete

Audiometriassistentin

gesucht. Es handelt sich um eine interessante Tätigkeit, für die bei Bewährung weitgehende Selbständigkeit eingeräumt werden kann. Kenntnisse in allgemeiner Audiometrie, Kinder-Audiometrie, überschwelliger Audiometrie, Impedanzmessung und Hörgerätenpassung werden vorausgesetzt.

Vergütung nach BAT und soziale Leistungen sowie Hilfe bei der Wohnreumbeschaffung (preiswerte Unterkunft im Personalwohngebäude) werden geboten.

Bewerbungen sind zu richten an:

Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Pasing, 8000 München 60, Steinerweg 5



BAD KISSINGEN

Die Rhön-Kurklinik der BfA (250 Betten) mit sehr guten diagnostischen Möglichkeiten (großes Laboratorium, Röntgen-Fernsehen, Endoskope) und Bedeabteilung sucht für sofort oder nach Vereinbarung wegen Erweiterung des Hauses einen

Assistenzarzt (-ärztin)

Wir bieten:

Vergütung nach Gr. II a/b MTAng-BfA (BAT), bei Vorliegen der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin Vergütung nach Gr. I b/1a MTAng-BfA (BAT); Zusatzversicherung (VBL), 13. Monatsgehalt und Beihilfen. Zusätzliche Einnahmen durch Bereitschaftsdienst und Gutachten. Bei Bewährung kann Übernahme in das Beamtenverhältnis in Aussicht gestellt werden. Aufstiegschancen im Rahmen unseres Aufbauprogramms sind gegeben. Unterkunft im Personalwohnhaus bzw. Dienstwohnung. Auf Wunsch Voll- oder Teilverpflegung. Zwei Jahre der hiesigen Tätigkeit können auf die Facharztweiterbildung angerechnet werden. Es besteht Möglichkeit zu wissenschaftlicher Arbeit.

Bewerbungen erbeten an den

Ltd. Arzt der Rhön-Kurklinik Dr. H. G. Dehnhardt, 8730 Bad Kissingen, Pfaffstraße 10, Tel. (09 71) 20 34

Die Stadt Ingolstadt sucht für das Zentrallaboratorium am Städtischen Krankenhaus Ingolstadt (Cheferzt Dr. med. G. Gollsch) zum baldmöglichsten Eintritt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Voraussetzungen: Vorbildung im Fachgebiet mit dem Ziel der Weiterbildung zum Facharzt für Laboratoriumsmedizin.

Das Zentrallaboratorium verfügt über chemische Laboratorien, ein hämatologisches Labor und ein blutgruppenserologisches Labor mit Blutdepot. An mechanisierten Arbeitsplätzen wird ein breites Untersuchungsprogramm durchgeführt.

Das Krankenhaus hat 630 Betten. Die Stadt hat ca. 90 000 Einwohner.

Anstellung erfolgt nach BAT. Nebeneinnahmen.

Bewerbungen werden erbeten an:

Personalamt der Stadt Ingolstadt, 8070 Ingolstadt, Neues Rathaus.

Das Kreiskrankenhaus Altötting in Oberbayern (300 Betten) sucht für die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (70 Betten, eine Oberarztstelle, drei Assistenzarztstellen, zur fachärztlichen Weiterbildung für vier Jahre ermächtigt, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, abdominale und vaginale Operationstechnik, Intubationsanästhesie, Laparoskopie, Amnioskopie, CTG, MBU, Vidosen, reichliche Operationsmöglichkeit) eine(n)

Assistenzarzt (-ärztin)

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestelltenvertrag (BAT) vom 23. Februar 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II der Anlage 1e zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8262 Altötting, Mühldorfer Straße 16 a**, zu richten.

Gut eingeführte

HNO-Fachpraxis

mit Belegbetten, großem Einzugsbereich (landschaftlich schön gelegen, fortlaufender Jagdpacht bis 1986 bzw. Jagdübernahme) wegen Todesfalls günstig abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/41 e an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

Stellenausschreibung

In den Kreiskrankenhäusern Lauf und Altdorf sind die Stellen

mehrerer Assistenzärzte auf der Inneren Abteilung

zu besetzen. Bevorzugt werden Bewerber, welche eine Weiterbildung zum Facharzt anstreben.

Es bestehen beste Weiterbildungsmöglichkeiten auf breiter Basis, gutes Betriebsklima, tarifliche Höchstvergütung, Bereitschaftsdienstzulage u. a. m.

Bewerbungen mit kurzgeleitetem handgeschriebenen Lebenslauf, Übersicht über den beruflichen Werdegang, Zeugnisbeschriften werden an **Herrn Cheferzt Dr. Leniger im Kreiskrankenhaus Lauf** oder an **Herrn Cheferzt Dr. Schwerzbach im Kreiskrankenhaus Altdorf** erbeten.

Zum 1. April 1974 ist im Kreiskrankenhaus Landau die Stelle einer

med.-techn. Assistentin für Labor oder Laborantin

zu besetzen.

Bezahlung nach BAT VI b mit Aufstiegsmöglichkeit für MTA, Bereitschaftsdienstzulage.

Wohnung und Verpflegung im Hause möglich.

Bewerbungen an:

Kreiskrankenhausverwaltung, 8380 Landau/Isar

Die moderne Arztpraxis

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

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

W. Körper, Inh. J. Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- u. Laborbedarf, 8360 Deggendorf, Grafinger Straße 108, Telefon (09 91) 59 72