



Zur ärztlichen Versorgung in Bayern

Professor Dr. SEWERING hat an den bayerischen Sozialminister Dr. Fritz PIRKL im Zusammenhang mit der Veröffentlichung einer „Analyse“ der Landesverbände der RVO-Kassen in Bayern über die kassenärztliche Versorgung nachstehenden Brief gerichtet:

„Sehr geehrter Herr Staatsminister, die Landesverbände der RVO-Kassen haben sich veranlaßt gesehen, eine eigene ‚Analyse‘ der kassenärztlichen Versorgung in Bayern in der Öffentlichkeit zu verbreiten. Sie begründen dies mit der Behauptung, die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS habe sie bei der Erstellung der von ihr vorgelegten Dokumentation ausgeschlossen und sie deshalb gezwungen, selbst eine Analyse zu erarbeiten. Schon diese Behauptung ist unzutreffend. Die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS hat mit ihrer im September 1973 erschienenen Dokumentation lediglich eine Ist-Stand-Erhebung vorgelegt, die ausschließlich Zahlenmaterial verwendet und enthält, welches sich lückenlos in den Händen der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS befindet. Für diese rein zahlenmäßige Ist-Stand-Erhebung wäre eine Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der RVO-Kassen völlig sinnlos gewesen, weil von dieser Seite keine zusätzlichen Zahlen hätten beigetragen werden können. Wir haben die Krankenkassen wiederholt darauf hingewiesen, daß bei den weiteren Schritten, wie der Untersuchung der örtlichen Verhältnisse im einzelnen und der Erstellung eines Bedarfsplanes, selbstverständlich die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hergestellt wird. Die Bezirksstellen der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS haben in diesem Sinne schon Ende November 1973 Einladungen an die örtlichen Krankenkassen und im weiteren Verlaufe auch an die Repräsentanten der Gebietskörperschaften ergehen lassen, um mit ihnen die Situation der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen zu besprechen. Solche Gespräche haben inzwischen in großer Zahl stattgefunden, und es ergab sich dabei weitestgehende Übereinstimmung in der Beurteilung der örtlichen Verhältnisse. Wir haben außerdem auch darauf hingewiesen, daß nach Abschluß dieser örtlichen Gespräche eine Zusammenfassung der Ergebnisse und die Erarbeitung einer Bedarfsanalyse auf Landesebene gemeinsam mit den Landesverbänden erfolgen soll. Dies zeigt, daß die Begründung für die jetzt erfolgte Bekenntnahme der Analyse der RVO-Kassen einer Nachprüfung nicht standhält.

Es muß aber leider auch festgestellt werden, daß die Veröffentlichung der Landesverbände der RVO-Kassen, welche für sich in Anspruch nimmt, ‚in nüchternen Analyse der Wirklichkeit eine Grundlage für bedarfsorientierte Planung der ärztlichen Dienste‘ zu schaffen, Zahlenangaben, Wertungen und Behauptungen enthält, die im einzelnen kritischer Würdigung nicht gewachsen sind.

1. Quantitative Verschiebungen im ärztlichen Potential

Die Analyse behauptet, es zeichne sich vor allem seit 1960 zunehmend eine quantitative Verschiebung im ärztlichen Potential der beiden Arztbereiche – ambulanten und stationärer ärztlicher Tätigkeit – ab. Die Zahl der hauptamtlichen Krankenhausärzte sei geradezu sprunghaft angestiegen, während die Zunahme an Ärzten in freier Praxis hinter dem Wachstum der Wohnbevölkerung zurückbliebe. So sei die Bevölkerung in Bayern seit 1960 um mehr als 14 v. H., die

Zahl der Ärzte in freier Praxis jedoch nur um rund 8 v. H. gewachsen. Demgegenüber habe sich die Zahl der Krankenhausärzte fast verdoppelt. Der eindrucksvolle Ärztezuwachs sei fast ausschließlich den Krankenhäusern zugute gekommen. Das Durchschnittsalter der Ärzte in den Krankenhäusern und Universitätskliniken liege wesentlich niedriger als bei den Ärzten in freier Praxis, und die Tendenz gehe also eindeutig zum angestellten Arzt mit Versorgungsanspruch. Richtig hiervon ist die Feststellung, daß die Zahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte sich in Bayern mehr als verdoppelt hat, die Wohnbevölkerung in diesem Zeitraum um 14,39 Prozent zunahm. Alle anderen Behauptungen und Folgerungen sind falsch und irreführend.

Die Zahl der freipraktizierenden Kassenärzte betrug in Bayern 1960 5788 (Stand 1. 4. 1960), während 1972 bereits 8271 Kassenärzte zugelassen waren.

Dies bedeutet bei den Kassenärzten eine Steigerung um 42,90 Prozent gegenüber der Steigerung der Wohnbevölkerung um 14,39 Prozent.

Inzwischen ist die Zahl der freipraktizierenden Kassenärzte auf 8447 (Stand 31. 12. 1973) weiter angewachsen.

Die geradezu rasant angestiegene Zahl der Krankenhausärzte ist eine Folge der enormen Zunahme an ärztlichem Nachwuchs. Aus dieser Zunahme kann nicht eine ‚Tendenz zum angestellten Arzt‘ gefolgert werden. Es ist auch den Krankenkassen bekannt, daß der junge Arzt nach Beendigung seiner Ausbildung keinen anderen Weg offen hat als den in das Krankenhaus, wo er im allgemeinen 6 bis 8 Jahre tätig ist. Erst dann trifft der ärztliche Nachwuchs seine Entscheidung und nach eigenen bisherigen Erfahrungen wenden sich mindestens 80 Prozent des Nachwuchses der freien Praxis zu. Das Krankenhaus ist also nichts anderes als das große Sammelbecken des ärztlichen Nachwuchses, aus dem heraus mit einer Verzögerung von 6 bis 8 Jahren dann die freie Praxis gespeist wird. Diese Frist ist aber seit der fühlbaren Zunahme an Nachwuchsärzten noch nicht abgelaufen, und deshalb steigt die Zahl der Krankenhausärzte derzeit so steil an, und die freie Praxis bleibt rein optisch zurück. Geradezu absurd muß es ermuten, wenn die Krankenkassen die Situation damit kennzeichnen wollen, daß das Durchschnittsalter der Ärzte in Krankenhäusern und Universitätskliniken wesentlich niedriger sei als bei den Ärzten in freier Praxis. Aus den dargelegten Fakten ergibt sich ganz von selbst, daß dieses Durchschnittsalter wesentlich niedriger sein muß, wenn 88 Prozent der im Krankenhaus tätigen Ärzte der Gruppe des ärztlichen Nachwuchses angehören. Es fällt einem schwer, zu unterstellen, daß diese Verhältnisse den Verfassern der Analyse unbekannt sein sollen und ihnen hier lediglich ein ‚Irrtum‘ unterlaufen ist. Auch das wäre allerdings ein Signum für mangelnde Qualifikation der Verfasser der Analyse.

2. Numerus clausus

Mit dieser Frage beschäftigt sich die Analyse – was die Fakten betrifft – absolut oberflächlich und benützt die Ge-

legenheit lediglich dazu, auch hier den Ärzten eigensüchtiges Verhalten zu unterstellen. Die Tatsachen sind folgende: Wir Ärzte haben Ende der fünfziger Jahre die Abiturienten auf die schweren Probleme des ärztlichen Berufes hingewiesen, denn damals arbeiteten Tausende junger Ärzte ohne Bezahlung an den Krankenanstalten und Tausende warteten vergeblich auf eine Kassenzulassung, die zu dieser Zeit noch gesperrt war. Die Zahl der Studienanfänger hat nunmehr eine Höhe erreicht, wie sie vor wenigen Jahren noch nicht im entferntesten für notwendig gehalten wurde. Der Gesundheitsbericht der Bundesregierung sprach noch 1972 von einer notwendigen Zahl von 4500 Studienanfängern der Humanmedizin. In einem neuerlichen Gutachten, welches der Bundeswissenschaftsminister anfertigen ließ, wurde ein zukünftiger Bedarf von maximal 7500 Studienanfängern genannt und darauf hingewiesen, daß damit bis gegen Ende dieses Jahrhunderts eine Relation von 1 Arzt : 340 Einwohnern erreicht werden würde. Im Jahre 1973 wurden vom Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag etwas mehr als 7500 Studienanfänger registriert, die maximale Forderung des erwähnten Gutachtens also bereits erreicht.

3. Verschiebung Allgemeinärzte — Fachärzte

Die Analyse versucht darzutun, daß die Zahl der neuzugelassenen Allgemeinärzte fortlaufend rückläufig, die der Fachärzte ansteigend sei.

Aus Tabelle 6 auf Seite 24 geht aber eindeutig hervor, daß die Zulassungszahlen der Allgemeinärzte seit 1970 von Jahr zu Jahr angestiegen sind, während die der Fachärzte in der gleichen Zeit prozentual rückläufig sind. Diese aus der Tabelle zu entnehmende positive Entwicklung versucht die Analyse abzuwerten und als ‚nur scheinbar‘ zu bezeichnen, indem sie behauptet, ein Teil der Allgemeinärzte erhalte nämlich erst in einigen Jahren seine Facharztanerkennung. Diese Behauptung ist frei erfunden. Es ist auch den Krankenkassen bekannt, daß niedergelassene und zur Kassenpraxis zugelassene Allgemeinärzte gar nicht in der Lage sind, eine Facharztanerkennung zu erwerben. Dies ist durch die Berufsordnung ausdrücklich ausgeschlossen. Die zugelassenen Allgemeinärzte haben sich also definitiv für die Kassenpraxis als Allgemeinarzt entschieden. Es wurde von uns niemals bestritten, daß in den letzten Jahren mehr Allgemeinärzte aus der Kassenpraxis ausgeschieden sind als neu zugelassen wurden. Allein im Jahre 1973 wurden aber in Bayern 258 Allgemeinärzte zur Kassenpraxis zugelassen, das sind um 50 mehr, als in diesem Jahre ausschieden. Damit konnte zugleich der gesamte Rückgang seit 1965 aufgefangen werden.

Wenn die Kassen als negative Entwicklung darauf hinweisen, daß 1959 der Anteil der Allgemeinärzte noch 71 v. H. betrug und bis zum Jahre 1973 auf 53,5 v. H. zurückging, so verkennen sie die medizinische Entwicklung. In dieser Zeit hat sich nun einmal — und das ist ein ausgesprochen positives Zeichen der Fortentwicklung — die Zahl der in freier Praxis tätigen Fachärzte vermehrt, und es steht dadurch den Versicherten ein wesentlich breiteres Angebot medizinischer Versorgung zur Verfügung. 1959 waren Fachärzte in Kreisstädten noch relativ selten, und die Versicherten mußten oft weite Reisen zum nächsten Facharzt unternehmen. Die seither eingetretene Entwicklung, welche auch für die Landbevölkerung den Weg zum Facharzt wesentlich abkürzte, kann demnach nur als ausgesprochen positiv für die kassenärztliche Versorgung in unserem Lande gesehen werden. Die Argumentation der Kassen steht hier in krassem Gegensatz zu ihrer Behauptung, ihr Anliegen sei ausschließlich eine stetige Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten. Nachdem zur Kassenpraxis voll zugelassene Fachärzte von den Versicherten direkt in Anspruch genommen werden können, mußte sich zwangsläufig durch die Zunahme der Fachärzte das Volumen der primärärztlichen Versorgung verschieben, was verständlicherweise einen prozentualen Rückgang der Zahl der Allgemeinärzte zur Folge hatte.

4. Verteilung der Kassenärzte in Stadt- und Landkreisen

Wer mit der Materie der kassenärztlichen Versorgung einigermaßen vertraut ist, muß wissen, daß die ärztliche Versorgung der einzelnen Landkreise immer nur unter Einbeziehung der Kreisstadt gesehen werden kann, gleichgültig, ob diese Kreisstadt ‚kreisangehörig‘ oder ‚kreisfrei‘ ist. Die von den Krankenkassen vorgenommene Trennung zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen kann demnach nur als der bewußte Versuch gesehen werden, eine ‚Unterversorgung‘ von Landkreisen zu konstruieren. Es bedarf wohl keiner besonderen Begründung, daß z. B. die Fachärzte innerhalb eines Landkreises in der Regel in den Kreisstädten praktizieren. Dies liegt aber auch im Interesse der Bevölkerung eines Landkreises, da zu zentralen Orten, also in der Regel zur Kreisstadt, gute Verkehrsverbindungen bestehen.

5. Ärztliche Versorgung in Gemeinden bis 500 Einwohnern

Auf Seite 32 der Analyse wird folgendes behauptet:

‚In Gemeinden bis zu 500 Einwohnern leben ca. 450 000 Bürger. Für sie stehen 18 Allgemeinärzte zur Verfügung; das bedeutet, daß auf jeden Allgemeinarzt rund 24 000 Menschen entfallen.‘

Diese Behauptung ist geradezu grotesk und in ihrer Unwahrscheinlichkeit kaum zu überbieten. Es kann den Landesverbänden der Krankenkassen nicht ergehen, über die tatsächlichen Verhältnisse der ärztlichen Versorgung auf dem Lande nicht orientiert zu sein. Sie wissen ganz genau, daß der Landarzt in der Regel in einer etwas größeren Gemeinde wohnt und die umliegenden Dörfer, welche zu einem solchen Arztsitz gehören, versorgt. Anders wäre die ärztliche Versorgung nicht möglich und eine Existenzgrundlage für den einzelnen Kassenarzt nicht gegeben. Diese zu den Arztsitzen der Landärzte gehörenden Dörfer nun mit ihrer Bevölkerung zusammenzuzählen und zu behaupten, es stünden für diese 450 000 Bürger nur 18 Allgemeinärzte zur Verfügung, es seien also pro Arzt 24 000 Menschen zu versorgen, ist ein so böses Zeichen für den Geist, in welchem diese Analyse abgefaßt wurde, daß sie sich damit in ihrer Glaubwürdigkeit selbst entwertet.

Sie, sehr geehrter Herr Staatsminister, dürfen versichert sein, daß die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS den ihr vom Gesetzgeber übertragenen Sicherstellungsauftrag zu jeder Stunde ernst genommen hat und sich der damit verbundenen Verantwortung stets voll bewußt war. Man muß sich fragen, wie die Landesverbände der Krankenkassen ihre Beteuerung, mit den Kassenärzten vertrauensvoll zusammenarbeiten zu wollen, noch glaubhaft machen können, wenn sie in einer derartig ungläubigen Weise, wie in dieser Analyse geschehen, in der Öffentlichkeit den Eindruck zu erwecken versuchen, es seien sie allein von dem Gefühl der Verantwortung für die Versicherten erfüllt, während es den Kassenärzten und ihren Vertretern nur darauf ankomme, die Verhältnisse zu bagatellisieren. Wir sind uns noch wie vor bewußt, daß die Aufrechterhaltung und Fortentwicklung der kassenärztlichen Versorgung am besten in gemeinsamer Bemühung erfolgt. Wir sind auch gerne bereit, dem von Ihnen wiederholt ausgesprochenen Wunsch auf gute Zusammenarbeit zu folgen. Sie werden aber verstehen, sehr geehrter Herr Staatsminister, daß die auch Ihnen zugegangene Analyse der Landesverbände der RVO-Krankenkassen dieses Bemühen erheblich beeinträchtigt hat. Im Interesse der unserer ärztlichen Sorge anvertrauten Bürger des Freistaates Bayern und der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sind wir zu einer solchen Zusammenarbeit nach wie vor bereit. Eine sachliche und faire Basis ist aber unabdingbare Voraussetzung.

Mit den besten Grüßen

Ihr

gez. Professor Dr. Sewering
Vorstandsvorsitzender“

27. Bayerischer Ärztetag in Ingolstadt

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 27./28./29. September 1974

Tegungsort: *Festsaal des Stadttheaters Ingolstadt*

Eröffnung des Ärztetages: *Freitag, den 27. September 1974, 19.30 Uhr s. t.,
im Festsaal des Stadttheaters Ingolstadt*

Beginn der Arbeitstegungen: *Samstag, den 28. September 1974, 9 Uhr s. t., und Sonntag,
den 29. September 1974, 9 Uhr c. t., im Festsaal des Stadt-
theaters Ingolstadt*

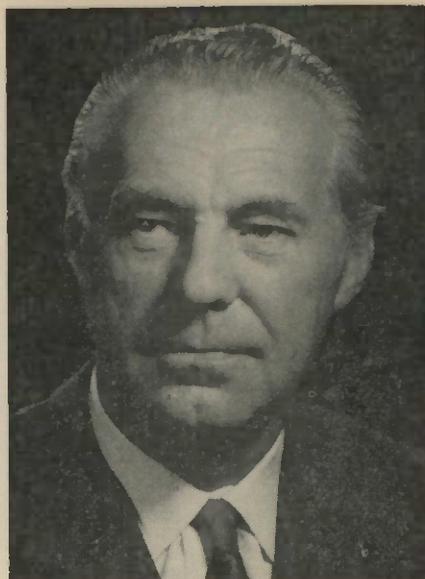
*Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt,
zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als
Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.*

*Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zu-
lässig.*

Tagesordnung:

1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - 2.1 *Rechnungsabschluß 1973*
 - 2.2 *Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden
Geschäftsjahres*
 - 2.3 *Haushaltsvoranschlag 1975*
3. *Besetzung des Landesbarufgerichts für die Heilberufe
bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der
Berufgerichte für die Heilberufe bei den Oberlandesge-
richten München und Nürnberg mit nichtrichterlichen Bei-
sitzern und Stellvertretern*
4. *Ärztliche Versorgung in Bayern*
5. *Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung*
6. *Wahl des Tegungsortes des 28. Bayerischen Ärztetages
1975*

**Oberbayern begrüßt
die Teilnehmer des
27. Bayerischen Ärztetages**



Zur diesjährigen Vollversammlung der Delegierten der bayerischen Ärzteschaft anläßlich des Bayerischen Ärztetages in Ingolstadt begrüße ich alle Teilnehmer auf das herzlichste.

Es freut mich besonders, daß für den diesjährigen Ärztetag eine Stadt im Regierungsbezirk Oberbayern gewählt wurde. Die Stadt Ingolstadt mit ihrer Tradition als ehemalige Universitätsstadt und ihrer schon seit Jahrhunderten bestehenden Verbindung zur Medizin eignet sich in besonderem Maße für einen Ärztetag, bei dem die berufliche Fortbildung ein bestimmendes Thema sein wird. In Ingolstadt, der Geburtsstätte der Münchener Universität, wurden bereits im 17. und 18. Jahrhundert grundlegende Entscheidungen für die Medizin getroffen, insbesondere mit der Verselbständigung der Anatomie als eines eigenen Faches und u.a. mit der Erbauung des Anatomiegebäudes.

Auch die Entwicklung des Krankenhauswesens dieser Stadt ist in diesem Zusammenhang erwähnenswert. Bereits im Jahre 1317 wurde das erste Aussätzigenhaus urkundlich erwähnt; in den folgenden Jahrzehnten und Jahrhunderten kam es über die Errichtung von Blattern- und Brechhäusern ab 1823 zur Entwicklung des Allgemeinen Städtischen Krankenhauses. Diese Entwicklung findet nun vorerst ihren Abschluß durch die Neuerrichtung des Krankenhauses der II. Versorgungsstufe.

Ich wünsche den Delegierten des Bayerischen Ärztetages eine erfolgreiche Arbeit und hoffe, daß ihnen auch Zeit bleiben wird, Ingolstadt so zu sehen, wie es der Medizinprofessor Heinrich Palmaz von Leveling im 18. Jahrhundert beschrieb: „Eine vorteilhafte Lage, gesunde Luft, annehmlliche Gegend und Wohlfeile der Lebensmittel.“

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dr. Deinein', with a stylized flourish at the end.

Dr. Deinein
Regierungspräsident

Willkommen in Ingolstadt



Die Stadt Ingolstadt weiß es zu schätzen, daß sich die Delegierten der bayerischen Ärzteschaft beim 27. Bayerischen Ärztetag in ihren Mauern versammeln. Wer sie doch 328 Jahre lang Sitz einer großen Universität, deren Spuren in der Geschichte der Wissenschaften nicht zu übersehen sind. Die Ludwig-Maximilians-Universität in München hatte von 1472 bis 1800 ihren Sitz in Ingolstadt und gehörte von Anfang an zu den namhaften deutschen Ausbildungsstätten für Mediziner.

Bedeutende Professoren wie Leonhard Fuchs, Franz Ignaz Thiermeir, Johann Jacob Treyling, Johann Leonhard Obermayr und Palmetius von Leveling, um nur einige von ihnen zu nennen, forschten hier und führten die Studenten in die Heilkunde ein. Sie halfen mit, die abendländische Medizin aus jahrhundertealten Bindungen zu lösen und unter dem Einfluß naturwissenschaftlichen Denkens neue Kenntnisse und Erfahrungen zu sammeln und neue Therapien zu entwickeln. Manche Anregungen und Erkenntnisse der Ingolstädter Medizinischen Fakultät sind fruchtbar geworden.

Im Jahre 1735 erhielt diese Fakultät ein eigenes Unterrichtsgebäude. Das Gebäude diente vorrangig anatomischen Lehrvorführungen, was dem Hause bis in die Gegenwart den Namen „Alte Anatomia“ erhalten hat. Seit dem Sommer 1970 liefen Bemühungen, das Gebäude wieder einer seiner ursprünglichen Aufgaben verwandten Zweckbestimmung zuzuführen. Der Vorschlag, darin ein Medizinhistorisches Museum, das einzige seiner Art in der Bundesrepublik Deutschland, unterzubringen, und schließlich mein Bestreben, die Trägerschaft des Museums in die Hände der Stadt zu übernehmen, fand die einhellige Zustimmung des Stadtrates. Die „Gesellschaft der Freunde und Förderer des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e. V.“ hat mit dem Erwerb wertvoller Ausstellungsstücke entscheidend zum Gelingen dieses Vorhabens beigetragen.

Als Oberbürgermeister der Stadt Ingolstadt schätze ich mich glücklich, Ihnen das Deutsche Medizinhistorische Museum mit seiner interessanten Sammlung vor Augen führen zu können. Auf die Erkenntnisse von früher aufbauend, verstärkt die ärztliche Forschung unter Zuhilfenahme der modernen Technik den Kampf gegen die Krankheit und für das Leben. Mit dem in nächster Zeit beginnenden Bau eines Krankenhauses der Hauptversorgung unternimmt die Stadt Ingolstadt große Anstrengungen für das gleiche Ziel.

Ich heiße die Vollversammlung der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer in Ingolstadt an der Donau herzlich willkommen und wünsche der Tagung einen guten Verlauf. Es würde mich freuen, wenn die Delegierten neben ihrer Arbeit auch den Sehenswürdigkeiten unserer Stadt einige Aufmerksamkeit widmen könnten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Peter Schnell'.

Peter Schnell
Oberbürgermeister

**Grußwort zum
27. Bayerischen Ärztetag**



Allen Teilnehmern am 27. Bayerischen Ärztetag – den Delegierten der bayerischen Ärzte und allen Gästen – entbiete ich einen herzlichen Willkommensgruß. Wir tegn in einer Stadt, die ein Stück bayerischer Geschichte und Tradition repräsentiert und zugleich zum Symbol für Wiederaufbau und Fortschritt in unserem Freistaat geworden ist. Der Fleiß der Bürger, unternehmerische Initiative und eine weitblickende Wirtschaftspolitik der Regierung des Freistaates Bayern haben hier fruchtbar zusammengewirkt.

Wir Ärzte – Angehörige eines Berufsstandes, der durch persönliche Leistung und Verantwortung geprägt wird – werden uns deshalb in dieser Stadt besonders angesprochen fühlen.

Unser Ärztetag fällt in die heiße Zeit eines Wahlkampfes. Die Themen, welche zur Beratung anstehen, werden davon nicht berührt. Sie gelten allein der Fortentwicklung der ärztlichen Versorgung unserer Mitmenschen – einer ihrer Natur nach „unpolitischen“ Aufgabe. Dennoch wollen wir nicht verkennen, daß Bestand und Erhaltung unserer freiheitlichen Demokratie auch für uns Ärzte Voraussetzung einer sinnvollen Berufsausübung sind. Unseren demokratischen politischen Parteien wünschen wir deshalb bei der Erfüllung dieser ihnen zufallenden Aufgaben eine glückliche Hand. Wir verbinden damit den Wunsch, daß das Verständnis für ärztliche Belange wieder wachsen möge; denn nur im vertrauensvollen Zusammenwirken zwischen Ärzten und politischen Kräften kann eine sinnvolle und fortschrittliche Gesundheitspolitik gestaltet werden.

Wir werden uns bemühen, dazu gute Beiträge zu leisten.

Professor Dr. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

**Die Ärzte Oberbayerns
grüßen den
27. Bayerischen Ärztetag
in Ingolstadt**



Die Ärzte des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern begrüßen die Teilnehmer des 27. Bayerischen Ärztetages in Ingolstadt auf das herzlichste.

Die Bayerischen Ärztetage wählten in Oberbayern zu ihren Tagungsstätten bevorzugt die balneologischen Zentren und Kurorte als die pulsierenden Adern aktueeller medizinischer Therapie. Der diesjährige Tagungsort, Ingolstadt, läßt sich nicht in diese Kategorie einreihen, auch wenn der Ingolstädter Anatom Heinrich Palmatius von Leveling in seiner „Medizinischen Ortsbeschreibung von Ingolstadt in Baiern“ 1797 an der Stadt die „vorteilhafte Lage, die gesunde Luft und annehmliche Gegend“ rühmt.

Doch Ingolstadts Wahl als Tagungsort des 27. Bayerischen Ärztetages legitimiert allein schon sein medizinhistorischer Steckbrief: in der Stadt entstand nämlich Bayerns erste Medizinische Fakultät; ihre Einrichtung fiel mit der Gründung der Ingolstädter „Hohen Schule“ durch Herzog Ludwig den Reichen von Bayern-Landshut im Jahr 1472 zusammen. Diese älteste bayerische medizinische Lehranstalt neigte von Anfang an stark der experimentell-praktischen Seite zu und bahnte damit der Gestalt der modernen Medizinischen Fakultät den Weg. Schon 1507 wurde erstmalig auf die Wichtigkeit der Pflege von Chirurgie und Anatomie verwiesen. Das erste gedruckte Vorlesungsverzeichnis von 1571 spricht von Vivisektionen. 1641 bereits fanden erste öffentliche Leichensektionen statt. Der kurfürstliche Leibarzt Franz Ignaz Thiermair erhob 1661 die Anatomie zum ordentlichen Unterrichtsfach. Als Krönung der Fakultätsentwicklung entstand durch tatkräftige finanzielle Mithilfe der Medizinprofessoren 1723 bis 1735 ein eigenes medizinisches Unterrichtsgebäude mit einem theetrum anatomicum, Unterrichtsräumen für Chemie und Physik, einer Fakultätsbibliothek und einer Instrumentensammlung; eingeschlossen war ein botanischer Garten mit Heilkräutern. Das Gebäude trägt bis zum heutigen Tag den Namen „Alte Anatomie“ und beherbergt seit der Renovierung von 1972/73 die einzigartige Einrichtung des „Deutschen Medizinhistorischen Museums“.

Um den hohen medizinischen Standard Ingolstadts kurz vor der Universitätsverlegung nach Landshut (1800) zu veranschaulichen, sei noch einmal Heinrich Palmatius von Leveling zitiert, der 1797 in der 7400 Einwohner umfassenden Stadt 7 Ärzte, 5 Professoren der Medizin, 1 Garnisons-, 1 Stadtarzt, 5 Bader und 2 Apotheker zählt; eine auch für heutige Verhältnisse ersteunliche medizinische Versorgung!

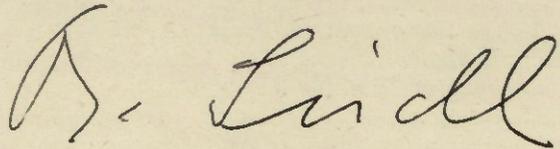
Von der allgemein-historischen Bedeutung Ingolstadts kann sich der heutige Besucher anhand der erhaltenen Baudenkmäler ein plastisches Bild machen: „Herzogkisten“ und Herzogschloß repräsentieren die höfische, das Liebfrauenmünster die

bürgerliche Welt des Spätmittelalters. Neben der „Alten Anatomie“ sind das Gebäude der „Hohen Schule“ und die prächtige Asamkirche S. Maria Victoria, ein ehemaliger akademischer Kongregationssaal, die wichtigsten Zeugen der „gelehrten“ Vergangenheit Ingolstadts.

Auch die Umgebung Ingolstadts birgt so manche kunstgeschichtliche Kostbarkeit. Vor allem aber lädt sie zu reizvollen Ausflügen in landschaftlich recht kontrastreiche Gebiete, wie den Fränkischen Jura und das Altmühltal im Norden und das Hopfen- und Hügelland der Holledau im Süden, ein. Dabei wird Ingolstadts Funktion als Bindeglied zwischen Altbayern und Frenken auch geographisch so recht deutlich.

Den steilen Aufstieg Ingolstadts nach dem Zweiten Weltkrieg und die heutige industrielle Bedeutung der Stadt ausführlich zu schildern, erübrigt sich. Allgemein bekennt ist ihre wichtige Stellung als Ölumschlaghafen und als Zentrum der Autoindustrie. Die damit verbundene wirtschaftliche Blüte hat nicht zuletzt dazu geführt, daß in die „Schanz“ – jahrhundertlang bayerische Landesfestung – die Museen eingezogen sind und den Kriegsgott Mars abgelöst haben: das 1966 fertiggestellte Stadttheater – im Volksmund „Öloper“ genannt – hat Ingolstadt auch zu einem kulturellen Zentrum avancieren lassen. Ein leistungsfähiges eigenes Ensemble und aufsehenerregende Aufführungen haben dafür gesorgt, daß Ingolstadts Theater mit München, Augsburg und Nürnberg in Konkurrenz treten kann. Der kühngelungene Theaterbau wird auch die räumlichen und atmosphärischen Voraussetzungen für den Ablauf des 27. Bayerischen Ärztetages schaffen.

Für den Ablauf dieses Ärztetages wünschen wir das Allerbeste.



Dr. med. Josef Seidl
1. Vorsitzender des
Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern

Willkommen zum 27. Bayerischen Ärztetag

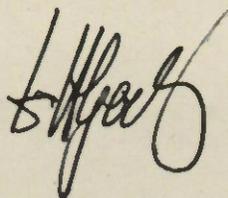


Zum ersten Male findet der Bayerische Ärztetag in den Mauern Ingolstadts, der Alten Schanz, wie sie genannt wird, statt. Was die Stadt als Tagungsort eines Ärztetages legitimiert, ist aber nicht ihre Rolle als die alte Landestestung, es ist ihre geschichtliche Bedeutung als Gründungsort der bayerischen Landesuniversität, deren Sitz sie von 1472 bis 1800 war. In diesen Jahren hat sie nicht nur auf dem Gebiete der Philosophie, Theologie, Jurisprudenz ganz wesentliche Impulse der abendländischen Kultur gegeben, sie hat auch auf dem Gebiete der Medizin und der Naturwissenschaften Bedeutendes geleistet. Die Stadt Ingolstadt hat vor zwei Jahren das 500. Gründungsjahr der Landesuniversität in festlichem Rahmen begangen und aus diesem Anlaß durch die Errichtung eines Deutschen Medizinhistorischen Museums in der sehr schön renovierten Alten Anatomie ein Denkmal gesetzt.

Doch auch als moderne Stadt hofft Ingolstadt, den Anforderungen einer Kongreßstadt entsprechen zu können, um so mehr, als Oberbürgermeister und Landrat die Ausrichtung des Ärztetages in dankenswerter Weise unterstützt haben.

So darf ich nun alle unsere Ehrengäste, den Vorstand der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und aller ärztlichen Verbände im Namen des Ärztlichen Kreisverbandes Ingolstadt-Eichstätt herzlich in unserer Stadt willkommen heißen. Ein herzliches Willkommen auch den Delegierten, als den gewählten Vertretern der bayerischen Ärzteschaft. Unseren Damen gilt ein besonders herzlicher Gruß! Sie werden die ernste Berufserbeit der Tagung lieblich und festlich umrahmen. Wir hoffen, sie in unserem Damenprogramm, das sie mit den Sehenswürdigkeiten unserer Stadt und den Schönheiten der Umgebung bekanntmachen soll, in etwa für die Opfer zu entschädigen, die sie als Arzttrauen dem Beruf ihrer Männer bringen.

Es wäre uns eine große Freude, wenn alle Teilnehmer des 27. Bayerischen Ärztetages in Ingolstadt diese Tage in guter Erinnerung behalten würden.



Dr. med. Hermann Goetz
1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes
Ingolstadt - Eichstätt



Alte Anatomie in Ingolstadt von 1723/35
Seit 1973 Sitz des Deutschen Medizinhistorischen Museums

Ingolstädter Medizin im 17. und 18. Jahrhundert

von Heinz Goerke

Die Medizinische Fakultät einer Universität spiegelt in den Leistungen ihrer Professoren – für die Nachwelt meist nur aus ihren Schriften ersichtlich – vielfach auch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft wider. Damit ist allerdings nur dann zu rechnen, wenn es sich um eine erfolgreiche Fakultät gehandelt hat, der die notwendige Unterstützung durch den Landesfürsten oder die Regierung zuteil wurde, das Verhältnis zu den übrigen Fakultäten gut war und ärztliche Lehrer vorhanden waren, die mit ihrer Zeit gingen. Betrachtet man die Geschichte verschiedener Medizinischer Fakultäten, so bestätigt sich, daß dies die wichtigsten Gründe für die überragende Stellung einzelner Lehrstätten waren. Natürlich haben auch äußere Umstände wie Kriege, Seuchen und Hungersnöte die Leistungsfähigkeit und damit auch den Ruf von medizinischen Schulen beeinträchtigt. Nicht anders als in der Gegenwart haben auch die den Medizinischen Fakultäten zur Verfügung stehenden Gebäude als sichtbarer Ausdruck ihrer Bedeutung schon früher eine wichtige Rolle gespielt. Im 17. und ebenso im 18. Jahrhundert handelte es sich dabei um die Unterrichtsgebäude für die Anatomen, die sogenannten Anatomischen Theater, daneben fiel aber auch den botanischen Gärten, die wirklich noch Medizinalgärten waren, eine wichtige Aufgabe zu. Erst im vorigen Jahrhundert begannen dann Krankenhäuser als

Unterrichtsstätten für angehende Ärzte in den Vordergrund zu treten, auch wenn es hier und da schon bereits im 18. Jahrhundert einige kleine Häuser mit wenigen Betten gegeben hat.

Der Ruf der bayerischen Landesuniversität war in der Ingolstädter Zeit, immerhin seit der Gründung 1472 bis zur 1800 erfolgten Verlegung nach Lendshut 328 Jahre, nicht in erster Linie ein Verdienst der Medizinischen Fakultät. Es hat wohl tüchtige und auch bemerkenswerte Persönlichkeiten unter den Lehrern der Medizin gegeben, doch waren manche nur kurze Zeit in Ingolstadt, andere wurden durch äußere Umstände an ihrer Entfaltung gehindert. Wir kennen die Namen der ersten Ingolstädter Professoren der Medizin, viel mehr aber wissen wir über sie nicht. Und ähnlich ist es im 16. Jahrhundert. Hier ragt jedoch ein Name heraus, der des bekannten Arztes und Botanikers Leonhard Fuchs (1501 bis 1566), der aber nur kurze Zeit in Ingolstadt der Universität angehörte.

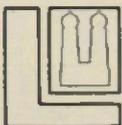
Die gerade in Ingolstadt lebhaft angefachte und überaus tatkräftige Gegenreformation unter Johann Eck als dem führenden Gegner Luthers, blieb nicht ohne Auswirkung auf die Medizinische Fakultät. Fuchs hatte selbst in Ingolstadt an der Artistenfakultät, wie damals die Philosophische Fakultät als Vertreterin der Artes liberales noch genannt wurde, sein Studium

**Salbe
Gel**

Mobilat[®]

**zur perkutanen
Behandlung
von traumatischen
entzündlichen
und degenerativen
Erkrankungen
der Gelenke,
Sehnen, Bänder
und Muskeln**

LUITPOLD



Zusammensetzung:

Extract. suprarenal.	1,0 g
Mucopolysaccharid. polysulf.	0,2 g
Acid. salicylic.	2,0 g
Salben- bzw. Gel-Grundlage	ad 100,0 g

Indikationen:

Entzündliche, traumatische und degenerative Erkrankungen der Sehnen, Bänder und Gelenke, Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Reizergüsse, Bewegungsschmerzen, Meniskusschäden.

Hinweis:

Das alkoholhaltige Gel soll nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleimhaut in Berührung kommen.

Handelsformen und Preise:

50 g Salbe DM 6.95	50 g Gel DM 6.95
100 g Salbe DM 11.95	100 g Gel DM 11.95

begonnen und war dann in die Medizinische Fakultät übergewechselt. Nach Erlangung der Doktorwürde ließ er sich 1524 in München nieder. Kurze Zeit darauf wurde er bereits als Professor nach Ingolstadt zurückberufen. Nachdem er vier Jahre Mitglied der Fakultät gewesen war, ging er als Leibarzt an den Hof des Markgrafen Georg von Brandenburg nach Ansbach. Im Jahre 1533 hat er dann wieder für wenige Monate als Professor in Ingolstadt gewirkt, sehr schnell aber Anstoß bei den Vertretern der Theologischen Fakultät erregt, und zwar durch eine Schrift, in der er sich kritisch über das Fasten geäußert hatte. Wohl gelang es ihm, sich der letzten Verantwortung zu entziehen, er blieb jedoch verdächtig, zumal seine in Ansbach bekundete Sympathie für die Lehre Luthers bekanntgeworden war. Schließlich erhielt er Vorlesungsverbot. Fuchs kehrte zurück nach Ansbach in die Dienste des Markgrafen und folgte zwei Jahre später einem Ruf an die Universität Tübingen. Bis zu seinem Tode hat er dort als hochangesehener Lehrer und durch seine Schriften weithin berühmter Gelehrter gewirkt. Sein botanisches Hauptwerk „De historia stirpium“ (1542) ist als eines der klassischen Kräuterbücher neben denen von Hieronymus Bock (1498 bis 1554) und Otto Brunfels (1488 bis 1534) in die Botanikgeschichte eingegangen. Sein Name ist in der botanischen Nomenklatur verwendet worden, die „Fuchsie“ wurde nach ihm benannt.

Aus dem 16. Jahrhundert verdient nur noch Cyriacus Lutz (Luz) (gest. 1599) Erwähnung, ein überzeugter Paracelsist, der literarisch hervorgetreten ist, für die Fakultät selbst aber wenig getan hat. Es wird berichtet, daß er in den 28 Jahren seiner Zugehörigkeit zur Universität nur acht Jahre lang Vorlesungen gehalten hätte. Als Leibarzt der herzoglichen Prinzen war Lutz viel auf Reisen, im Jahre 1595 geriet er im Orient in türkische Gefangenschaft, wo er dank seiner beruflichen Kenntnisse aber gut behandelt wurde und sogar das Manuskript seiner Schrift „De medicina philosophia“ fertigstellen konnte.

Zu Beginn des 17. Jahrhunderts haben sich in Ingolstadt Philipp Menzel (1546 bis 1613) und sein Sohn Albert Menzel (gest. 1632) einige Verdienste, vor allem als Botaniker, erworben. Der Vater Menzel hat den Aufbau eines Unterrichtsherbariums begonnen, in dem bevorzugt die in Ingolstadt und Umgebung wachsenden Pflanzen enthalten waren, der Sohn veröffentlichte 1618 eine Flora Ingolstadt.

In der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts hatte Ingolstadt unter den Einwirkungen des Dreißigjährigen Krieges erheblich zu leiden, die Studenten blieben aus und die Existenz der Universität war in Frage gestellt. Im Jahre 1629 gab es noch neun Studenten der Medizin, gegen Ende des Krieges nur zwei und schließlich einen einzigen. Die kurfürstliche Regierung war fest entschlossen, das Gehalt eines Professors einzuziehen. Die Fakultät wehrte sich jedoch erfolgreich dagegen mit dem Hinweis, daß schließlich den

Professoren keine Schuld am Ausbleiben der Studenten gegeben werden könne, sondern die Folgen des Krieges sich auswirkten, die Unsicherheit, die allgemeine Not und die Heranziehung zu Kriegsdiensten ebenso wie die Abwanderung an ausländische Universitäten. Dies bestätigt sich darin, daß im Jahre des Westfälischen Friedens sich bereits wieder 16 Medizinstudenten einfanden und ihre Zahl bald auf 20 stieg. Dabei ist interessant, daß die Medizinische Fakultät dennoch die geringste Hörerzahl unter allen Fakultäten aufwies. Den Fakultätsmitgliedern, damals meist zwei, manchmal aber auch nur ein Professor, hatten neben ihren Lehrverpflichtungen auch Aufgaben in der Seuchenbekämpfung, sie mußten bei der Medizinalgesetzgebung beratend mitwirken und übten ärztliche Praxis aus. In den Jahren 1625 und 1649 suchten Pestepidemien die Stadt heim und forderten viele Opfer unter der Bevölkerung, zwischendurch traten auch andere Epidemien auf. Der schon erwähnte Albert Menzel wurde übrigens Opfer einer Typhusepidemie.

Bezeichnend für die medizinische Ausbildungssituation ist der 1611 von der Ingolstädter Medizinischen Fakultät verabschiedete und vom Herzog genehmigte Unterrichtsplan. Vorgesehen war ein dreijähriges Studium der Medizin, das nach Ableistung des philosophischen Grundstudiums begann. Um dieses Grundstudium hat es Auseinandersetzungen gegeben, die sich im 17. Jahrhundert verschärften, endgültig aber erst im 19. Jahrhundert durch die Umwandlung des Philosophicums in ein Physicum, also die Prüfung in den naturwissenschaftlichen Grundfächern, der Form nach ein Ende fanden. Daß heute noch an deutschen Universitäten die naturwissenschaftliche Ausbildung der Medizinstudenten in den philosophischen oder naturwissenschaftlichen Fakultäten erfolgt und nicht eigene Lehrer für diese Fächer bestellt sind, ist ein Überbleibsel aus dieser Zeit.

Der Unterricht war aufgeteilt auf die Professoren und nach Studienjahren gegliedert. Der Professor für theoretische Medizin hatte im ersten Jahr aus Avicenna und Galen vorzutragen, im zweiten und dritten Jahr mußte er über die Aphorismen und die Prognostik des Hippokrates berichten. Der Professor für praktische Medizin las im ersten Jahr aus den Schriften des Galen über Fieber, Puls und Urin, in den beiden folgenden Jahren aus anderen Schriften des gleichen Verfassers. Der dritte Professor der Medizin las über Anatomie, Chirurgie und Materia medica und war verpflichtet, auch die botanischen Exkursionen durchzuführen. Die einflußreiche Stellung der Fakultät hinsichtlich der Medizinalgesetzgebung und des gesamten Medizinalwesens beruhte schließlich auch darauf, daß eine vor der Ingolstädter Fakultät abgelegte Lizentiatenprüfung das Recht zur Praxisausübung eröffnete. Allerdings bewirkten der Niedergang der Ausbildung infolge des Dreißigjährigen Krieges und die Auseinandersetzungen mit den herzoglichen Leib-



Titelblatt der von Leveling 1783 herausgegebenen Neuauflage der anatomischen Tafeln des Andreas Vesalius

ärzten die Einführung besonderer Zulassungsprüfungen für solche Ärzte, die sich in München niederlassen wollten. Alle Einsprüche der Ingolstädter Professoren gegen diese Regelung blieben vergeblich, man verwies auf die bei den Juristen übliche Handhabung und auf den auch bei Medizinern erheblichen Unterschied zwischen der theoretischen Ausbildung und der praktischen Berufsausübung. Häufig mußten die Ingolstädter Professoren auch gegen Studenten einschreiten, die trotz einer Verordnung aus dem Jahre 1479, in der ihnen die Ausübung ärztlicher Praxis in Ingolstadt und 6 Meilen Umkreis verboten war, sich ärztlich betätigten.

Seit der Mitte des 17. Jahrhunderts hat die Fakultät immer wieder darauf hingewiesen, daß seitens der Obrigkeit etwas für den Unterricht in der Anatomie getan werden müsse. Ein Senatsbeschluß aus dieser Zeit hielt die Sektion einer menschlichen Leiche in jedem Jahr für erforderlich, und zwar für Hörer aller Fakultäten, nur bei Behandlung der Genitellorgane sollten allein die Studenten der Medizin zugelassen werden. Im Jahre 1661 erhielt denn der in Padua ausgebildete Professor der theoretischen Medizin Frenz Ignaz Thiermair auf Anordnung des Kurfürsten den Unterricht in der Anatomie als Lehrauftrag zugewiesen. Thiermair, der 1656 nach Ingolstadt berufen worden war, wechselte jedoch schon 1664 nach München über und wurde herzoglicher Leibarzt. In dieser einflußreichen Stellung hat er wichtige Verbesserungen an der Ingolstädter Fakultät vorgeschlagen und diese

zusammen mit dem ebenfalls als Leibarzt in München tätigen Raymund Maria Pistorini als Denkschrift vorgelegt. Auch wenn diese Vorschläge, die er als Mitglied des Medizinalkollegiums der Kurfürstlichen Regierung unterbreiten konnte, keine Auswirkungen gehabt haben, so zeigten sie doch sehr deutlich, was seiner Meinung nach an seiner ehemaligen Fakultät nicht mehr zeitgemäß war. Der Mangel an Leichen für den anatomischen Unterricht wurde beanstandet, ebenso aber auch das Fehlen von praktischer Unterweisung der Studenten in einem Hospital, wie das in Frankreich und Italien bereits üblich war. Thiermair schlug die Errichtung eines Militärhospitals vor, wo der Unterricht am Kranken sowohl in der Chirurgie als auch in der Puls- und Urindiagnostik durchgeführt werden könnte. Doch blieb es bei diesen Empfehlungen.

Bis zu dieser Zeit verfügte die Medizinische Fakultät noch nicht über eigene Unterrichtsgebäude. In der noch heute vorhandenen Hohen Schule hörten die Studenten ihre Vorlesungen. Möglich ist, daß der Raum, in dem 1924 ein Wandgemälde freigelegt wurde, das die Heilung des Hippolyt durch Askulap zeigt, den Medizinern zur Verfügung gestanden hat. Diese Raumausschmückung ist aber auch der einzige Hinweis. Nichts deutet darauf hin, daß die Studenten in dem seit 1599 bestehenden Blatternhaus Patienten vorgestellt bekamen, es ist lediglich überliefert, daß die Fakultät im Gründungsjahr dieses Krankenhauses und zehn Jahre später um Überlassung eines Raumes für die Durchführung von Sektionen nachgesucht hat. In den Jahren 1694/95 wurde in Ingolstadt die Errichtung eines neuen Universitätsgebäudes vorbereitet. Mit der Planung war der Münchener Hofbaumeister Enrico Zuccali beauftragt. Beraten haben ihn dabei

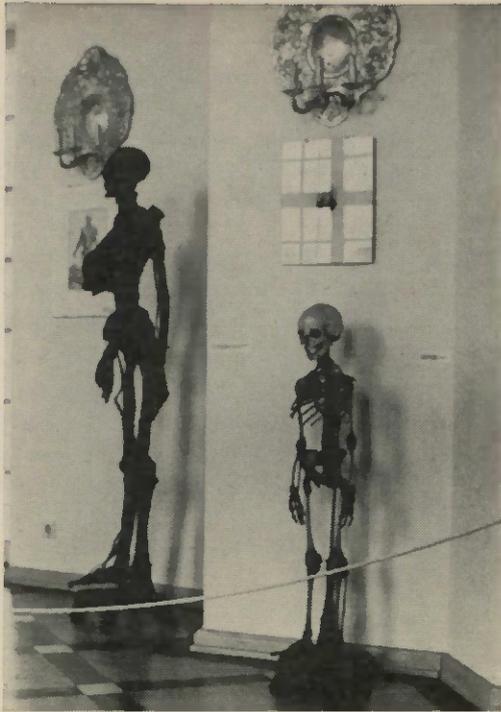
CATALOGUS PLANTARUM

SECUNDUM
SYSTEMA LINNÆANUM
EDITIONIS DECIMÆ QUARTÆ
IN USUM
HORTI BOTANICI INGOLSTADIENSIS.



INGOLSTADII
APUD BIBLIOPOLAS ACADEMICOS
KRÜLL ET ATTENKHOVER
1784

Titelblatt des Pflanzenkatalogs für den Ingolstädter Medicobotanischen Garten (1788)



Ehemaliger anatomischer Demonstrationssaal mit Ausstellungsobjekten zur Geschichte der Anatomie

die beiden Ingolstädter Professoren Johann Heinrich Scheiffler und Johann Menrad Vorwaltner, die beide ihre Ausbildung in Padua erhalten und dort vorbildlichen anatomischen Unterricht kennengelernt hatten. Es haben übrigens nicht nur diese beiden Ingolstädter Professoren ihre Ausbildung ganz oder teilweise an italienischen Universitäten erhalten, dies trifft für die Mehrzahl zu. Vor allem Padua war bevorzugte Ausbildungsstätte und ein unmittelbarer Einfluß dieser bedeutenden Fakultät auf die Ingolstädter Medizin läßt sich somit nachweisen.

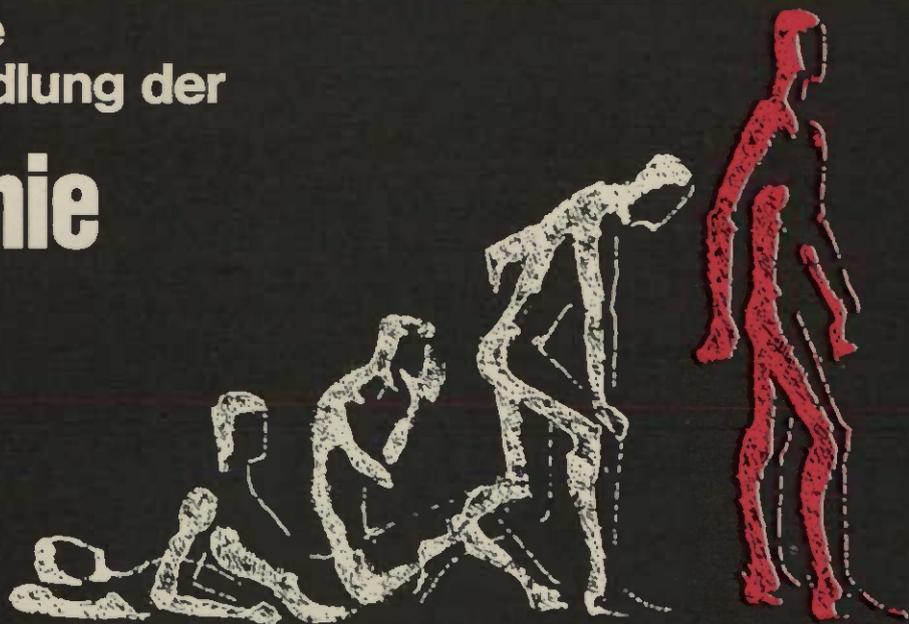
In dem von Zuccali geplanten neuen Universitätsgebäude war der Einbau eines „Theatrum anatomicum“ für 400 Hörer vorgesehen, also ein Hörsaal von beachtlicher Größe. Es kam aber nicht zur Ausführung dieser auch in anderer Hinsicht großzügigen Planung und man geht sicher nicht fehl mit der Vermutung, daß andernfalls eine spätere Verlegung der Universität wohl kaum erfolgt wäre.

Die Geschichte der Ingolstädter Medizin steht nun im 18. Jahrhundert in enger Verbindung zur sogenannten „Alten Anatomie“, dem Gebäude, in dem sich seit dem vergangenen Jahr das „Deutsche Medizinhistorische Museum“ befindet. In einer vor kurzem erschienenen ausgezeichneten Monographie unter dem Titel „Die Alte Anatomie in Ingolstadt. Ihr Schicksal als Institution und Gebäude“ hat der Ingolstädter Archivdirektor Dr. Siegfried Hofmann aufgrund von eingehenden Quellenstudien die Vorgeschichte, die Entstehung und die Verwendung dieses interessanten Gebäudes geschildert. Es hat sich bei dieser „Anato-

mie“ eigentlich mehr um ein Fakultätsgebäude gehandelt, in dem auch die Instrumentensammlung und das physikalische und chemische Laboratorium sowie die Bibliothek untergebracht werden sollten und vielleicht auch tatsächlich Platz gefunden haben. Vor allem aber muß man dieses Gebäude auch in unmittelbarem Zusammenhang mit dem auf der Rückseite anschließenden botanischen Garten sehen, dessen Bedeutung für die medizinische Ausbildung auch im 18. Jahrhundert noch erheblich war. Ein großer Raum im Erdgeschoß diente der Unterbringung nichtwinterfester Pflanzen, vor allem südländischer Gewächse. Nach der zeitgenössischen Terminologie handelte es sich hier also um ein „Exercitien-Gebäude“ mit einem „Hortus medico-botanicus“. Es verdankt seine Entstehung der persönlichen Initiative von drei Professoren, dem 1711 berufenen Johann Jacob Treyling (1680 bis 1758), der den Lehrstuhl für Anatomie und Praktische Medizin innehatte, insgesamt 47 Jahre als akademischer Lehrer in Ingolstadt gewirkt hat und wiederholt Dekan und Rektor gewesen ist, sowie dem 1710 berufenen Johann Adam Morasch (1682 bis 1734), der vorher bischöflicher Leibarzt in Eichstätt war, schließlich Johann Baptist Neff (gestorben 1737), einem Schüler von Morasch, der 1716 eine Professur erhielt, jedoch 1730 als Leibarzt an den kurfürstlichen Hof nach München ging. Alle Bemühungen, Mittel zum Bau eines Fakultätsgebäudes von der Regierung zu erhalten, waren gescheitert, nicht einmal ein Grundstück für einen botanischen Garten hatte man bekommen. Deshalb griffen diese drei Professoren zur Selbsthilfe. Man bemühte sich um Spenden, wobei durch seine früheren leibärztlichen Verbindungen Professor Morasch besonders erfolgreich war. Er sprach bei geistlichen und weltlichen Herren in Bayern und der Pfalz, in Regensburg und Augsburg vor und erhielt finanzielle Hilfe. Schließlich konnte die Fakultät 1723 ein Grundstück erwerben und erreichte beim Kurfürsten, daß ihr Baumaterialien zugewiesen wurden. Am 27. April 1723 konnte der Grundstein gelegt werden. Bis zum Ende des Jahres wurde offenbar der Rohbau fertiggestellt, damit aber war die Fakultät auch schon finanziell am Ende. Hofmann hat in der erwähnten Schrift die Bemühungen der Ingolstädter Professoren um die Fertigstellung ihres „Exercitiengepäus“ in allen Einzelheiten geschildert. Erst im Jahre 1735 konnte das Haus schließlich vollendet werden, nachdem mehr als ein Jahrzehnt seit Baubeginn vergangen war.

Von den Professoren der Medizin, die in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in Ingolstadt gewirkt haben, sollen lediglich noch zwei erwähnt werden. Johann Leonhard Obermayr (1721 bis 1759), der wie Leonhard Fuchs aus Wemding stammte, hatte u. a. in Leyden und Paris studiert, war 1751 als Professor berufen worden, kurze Zeit Leibarzt in München gewesen und war dann nach Ingolstadt zurückgekehrt. Er war ein erfolgreicher Lehrer, der außer seinen

Zuverlässige orale Behandlung der Hypotonie



Novadral retard®

- Kontinuierliche Wirkstoff-Freigabe
- Millionenfach in Klinik und Praxis bewährt
- Bei allen Formen orthostatischer Dysregulationen

Novadral® Liquidum

- Rascher Wirkungseintritt
- Zur Überwindung des morgendlichen Tiefs
- Bei plötzlichen Belastungen
- Für kreislauffabile Schulkinder und Jugendliche

**NOVADRAL® hält den Blutdruck stabil,
ist gut verträglich und stimuliert zentral nicht.**

Zusammensetzung

Novadral retard Dragées
1 retard-Dragee enthält
Norfenefrin-hydrochlorid 15 mg.
Novadral Liquidum
1 ml Liquidum enthält
Norfenefrin-hydrochlorid 6 mg.

Indikationen

Dragées und Liquidum
Alle Formen der Hypotonie: essentiell, ortho-
statisch, postoperativ, postinfektiös oder wetter-
bedingt.
Kreislaufregulationsstörungen: in der
Adoleszenz, während der Schwangerschaft,
im Klimakterium, nach längerer Bettlagerigkeit.

Kontraindikationen

Essentielle und symptomatische Hypertonien
jeder Genese. Thyreotoxikose.

Zur Beachtung

Atropin hebt die reflektorische Bradykardie auf.
Ganglienblockierende Substanzen, iminodibenzyl-
Derivate und MAO-Hemmer steigern den
pressorischen Effekt von Novadral,
Phenothiazine schwächen ihn ab.

Anwendung und Dosierung

Novadral retard Dragées
1 Dragée morgens, evtl. vor dem Aufstehen. Je
nach Kreislaufsituation 1 Dragée mittags. In
besonderen Fällen 1 weiteres Dragée abends. Die
Nachruhe wird hierdurch nicht gestört, da
Novadral retard keine zentral erregende Wirkung
hat. Novadral retard kann auch Kindern und
Jugendlichen verabreicht werden.

Novadral Liquidum

Erwachsene täglich 2-3 mal 20-30 Tropfen.
Kinder 2 mal täglich 2 Tropfen pro Lebensjahr.

Novadral Liquidum sollte möglichst lange im Mund
behalten werden, damit eine ausreichende
Resorption bereits durch die Mundschleimhaut
gewährleistet wird.

Handelsformen und Preise

Novadral retard Dragées
Packung mit 20 Dragées DM 6,20 m. MwSt.
Packung mit 50 Dragées DM 12,45 m. MwSt.
Packung mit 100 Dragées DM 21,65 m. MwSt.
Packung mit 500 Dragées DM 89,30 m. MwSt.
Anstaltspackung

Novadral Liquidum

Packung mit 20 ml DM 6,90 m. MwSt.
Packung mit 50 ml DM 15,90 m. MwSt.
Packung mit 250 ml DM 57,35 m. MwSt.
Anstaltspackungen

GÖDECKE Stand April '74 172/0

Godipertussin[®]

100 ml



Neu: die Monosubstanz
in Saftform von
TAESCHNER

Neu in der Galenik :

- **doppelt *)** gesicherte Retardwirkung

Neu im Geschmack :

- frisch, fruchtig

und als Beitrag zur
Arzneimittelsicherheit:

- kindersicherer Verschuß

Zusammensetzung: 100 ml enthalten : 230 mg Codein gebunden an 1,15 g Polystyrol-divinyl-benzolsulfonsäure

Indikationen: Reiz- und Krempfhusten jeder Genese

Kontraindikationen: Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, schwere chronische Obstipation.

Packungsgröße und Preis: OP mit 100 ml, DM 6,90

*) Nähere Einzelheiten bitten wir der wissenschaftlichen Basisinformation zu entnehmen.



TAESCHNER

anatomischen Vorlesungen sich auch mit Pathologie und gerichtlicher Medizin beschäftigte. Obermayr hat mit mancherlei Winkelzügen einen Umbau des Demonstrengsaales durchgesetzt, bei dem durch Eröffnung der Decke zwischen Erd- und Obergeschoß ein zweistöckiger Raum geschaffen wurde, in dem von einer Galerie im oberen Stockwerk die Zuschauer dem Geschehen am Sektionstisch im Erdgeschoß folgen konnten. Es scheint richtig zu sein, wenn diese Umbaumaßnahme auf die Erfahrungen zurückgeführt wird, die Obermayr in Paris gemacht hatte. Er hat im übrigen sich auch sonst der Pariser Schule zugehörig gefühlt, womit die traditionellen Bindungen in Italien und insbesondere Padua ihr Ende fanden.

Nachfolger Obermayrs wurde der 1771 aus Trier berufene Heinrich Pelmetius von Leveling (1742 bis 1798), der in Pont-à-Mousson und Straßburg studiert hatte und in seiner Heimatstadt Trier Professor gewesen war. Leveling hat sich um die Ingolstädter Fakultät durch Veröffentlichung einer „Historia chirurgico-anatomica facultatis medicæ Ingolstadiensis“ verdient gemacht. Er ist auch Autor einer „Medizinischen Ortsbeschreibung von Ingolstadt“ (1797), einer der beliebten medizinischen Topographien. Besonders bekannt aber wurde er durch die Herausgabe einer „Anatomischen Erklärung der Original-Figuren von Andreas Vesal“, eines 1781 erschienenen Tafelwerkes, zu dem die Originalholzstöcke der berühmten „Fabricæ“ Vesals benutzt werden konnten. Diese Holzschnittstöcke nach den Zeichnungen Stephan von Kalkars, der Vesals Werk illustriert hat, waren auf unbekanntem Wege nach Augsburg gelangt und vom Leibarzt des Kurfürsten von Bayern Johann Anton von (de) Wolter (1707 bis 1787) gekauft worden. Von ihm erhielt Leveling sie zur erneuten Veröffentlichung. Auf Empfehlung Wolters wurde übrigens der Ingolstädter Stadtapotheker Georg Ludwig Claudius Rousseau (1724 bis 1794) im Jahre 1760 als chemischer Demonstrator eingestellt. 1772 wurde er zum außerordentlichen Professor und 1776 zum Ordinarius ernannt. In der ihm gehörenden „Unteren Apotheke“ erteilte er Unterricht, nachdem er das Laboratorium für diesen Zweck erweitert hatte.

Durch die 1774 erlassene „Churfürstlich-Bayerische hoher und niederer Schulen Ordnung . . .“ wurde ein dreijähriger Studienplan für die Studenten der Medizin eingeführt und bestimmte Lehrbücher verbindlich vorgeschrieben. Auch die Vorlesungsverpflichtungen der Professoren wurden neu festgelegt, und zwar auf täglich zwei Stunden. Zehn Jahre später erfolgte eine Ergänzung des Studienplanes und die Medizin wurde in noch mehr Fächer gegliedert. Im Jahre 1799 ist dann die Gliederung des Studienjahres in Semester eingeführt worden, als neue Fächer kamen „medizinische Encyclopädie und Methodologie“ sowie der „physiologische Theil der Chemie“ hinzu und noch eine Reihe weiterer Spezialvorlesungen u. a. über „pharmazeutische Warenkunde“ und „Anthropologie“. Im Jahre 1777 wurde der Botanische Garten nach dem Vorbild des Wiener Hortus botanicus in Anlehnung an das Linnésche System neu geordnet.

Dieser kurze Blick in die Geschichte der Ingolstädter Universitätsmedizin bestätigt, daß Einflüsse aus den wichtigsten Zentren wie den oberitalienischen Universitäten, vor allem Padua, später von französischen Schulen, in erster Linie der von Paris und Straßburg, vorgelegen haben. Sie wirkten sich nicht nur auf den Inhalt des Unterrichts aus, sondern veranlaßten auch tiefgreifende Veränderungen der Ausbildungspläne. Am deutlichsten aber wurde das Bemühen ersichtlich, sich den Vorbildern an anderen Orten anzupassen, indem man eigene Anlagen für den Unterricht erstrebte, die Schaffung eines botanischen Gartens und den Bau eines Theatrum Anatomicum. Nach vergeblichen Bemühungen an der Wende zum 18. Jahrhundert konnte dann durch die Eigeninitiative der Professoren der Medizin 1723/35 ein Fakultätsgebäude geschaffen werden, das mit einem botanischen Garten verbunden war. Es stellt heute das wertvollste und schönste Denkmal bayerischer Universitätsmedizin dieser Zeit dar. Aber auch darüber hinaus finden sich nur wenige vergleichbare Bauwerke, die uns das Unterrichtsmilieu des Medizinstudenten vor 250 Jahren vor Augen führen können.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. Dr. h. c. Heinz Goerke, 8000 München 2, Pettenkoflerstraße 35

Band 32 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie“ — „Therapie bei Bluterkrankungen“
„Psychopharmaka“ — „Gesundheitsschäden durch Überlastung“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

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

Fortschritte in Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie

von H. Lydtin

In der Epidemiologie, der Pathophysiologie und in der Klinik hat die Hochdruckforschung in den letzten zwanzig Jahren große Fortschritte erzielt. Von einer lückenlosen Erklärung der Pathogenese und der Ätiologie der meisten Hochdruckformen sind wir gleichwohl noch weit entfernt. Trotzdem fordern zunehmende Einsicht in den ungünstigen Spontanverlauf aller Hochdruckformen und neue wirksame Medikamente eine kritische Überprüfung bisheriger Denkmotive und der aus ihnen abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen.

Nach neueren statistischen Erhebungen müssen wir mit über 6 Millionen Hochdruckpatienten in der BRD rechnen. Davon weiß nur der kleinere Teil von seiner Krankheit, und selbst von den bekannten Hypertonikern stirbt immer noch eine viel zu große Zahl vorzeitig an kardiovaskulären Komplikationen, weil die Therapie zu spät begonnen und/oder zu wenig konsequent durchgeführt wurde. Dieses Mißverhältnis von Theorie und Praxis fordert eine vermehrte Aufklärung der Bevölkerung und eine pragmatische Medizin. Die Hauptlast dieser Verpflichtungen wird zweifellos der Arzt in der Praxis tragen müssen. An ihn richtet sich die nachfolgende Übersicht. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen einige praktisch wichtige Aspekte beleuchtet und dabei versucht werden, derzeit Gesichertes vom Aktuellen — aber noch nicht Bewiesenen — abzugrenzen.

Normaler und pathologischer Blutdruck, Häufigkeit der Hypertonie, Risikoprofil

Bereits die Definition des „normalen Blutdruckes“ macht erhebliche Schwierigkeiten. Der Blutdruck eines Menschen ist im Gegensatz z. B. zu seiner Körpergröße eine innerhalb bestimmter Bereiche rasch wechselnde Größe. Fortlaufende Blutdruckmessungen über intraarterielle Gefäßkatheter haben schon im 24 Stundenprofil des „Normalen“ Schwankungen um 30 bis 40 mm für den systolischen und 20 mm für den diastolischen Blutdruck ergeben. Die Bestimmung von Normal- bzw. Grenzwerten des Blutdruckes sollte deshalb grundsätzlich von Ruhe- bzw. Basisblutdruckwerten ausgehen. Blutdrucknormalwerte lassen sich dann auf verschiedene Weisen festlegen. Man kann dazu Durchschnittswerte für einzelne Altersgruppen bilden, die Blutdruckdaten von Lebensversicherungsstatistiken auswerten, bestimmte Personengruppen in ihrem Blutdruckverhalten über längere Zeit beobachten und auch Grenzwerte aufgrund allgemeiner ärztlicher Erfahrung, d. h. mehr oder weniger willkürlich bestimmen. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1959 für alle Altersgruppen einen Blutdruck

von 140/90 mm Hg als oberen Grenzwert der Norm festgelegt. Diese Definition wird im Schrifttum heute allgemein akzeptiert. Selbstverständlich handelt es sich hier um eine willkürliche Grenzziehung. Für jüngere Jahrgänge liegt dieser Wert sicher zu hoch. Aus den Lebensversicherungsstatistiken lassen sich niedrigere Blutdruckwerte besonders für das jüngere Lebensalter ermitteln, die wie das „Idealgewicht“ — statistisch gesehen — mit der geringsten Mortalität verknüpft sind. Allerdings ist es eine für die Praxis utopische Forderung, derartige Idealwerte anzustreben. Einzelne Untersucher lassen bei Patienten über 40 Jahre systolische Blutdruckwerte bis 150 mm Hg — zum Teil bis zu 160 mm Hg — als obere Normwerte zu. Selbst die großzügigsten Beurteiler müssen jedoch Blutdruckwerte von über 160/90 mm Hg als eindeutig pathologisch werten.

Der arterielle Hochdruck ist heute eine der häufigsten Krankheiten in westlichen Industrieländern. Die Mehrheit der umfangreichen statistischen Untersuchungen aus letzter Zeit gibt eine Häufigkeit der Hypertonie im Erwachsenenalter um 25 Prozent (15 bis 30 Prozent) an. Die Statistik zeigt weiter, daß die Häufigkeit der Hypertonie bis in die letzte Zeit angestiegen ist. Auch wenn uns verbindliche Richtzahlen für die letzten Jahre fehlen, ist damit zu rechnen, daß dieser Trend anhält, wenn ihm nicht durch vorbeugende Maßnahmen begegnet wird. Hinter der bereits großen Zahl bekannter Hochdruck-Patienten steht eine wesentlich größere Dunkelziffer. Aufgrund von Stichprobenuntersuchungen ist damit zu rechnen, daß etwa 70 Prozent der Hypertoniker in Deutschland noch nichts von ihrer Krankheit wissen. Ähnliche Zahlen gelten für die Vereinigten Staaten und andere europäische Länder.

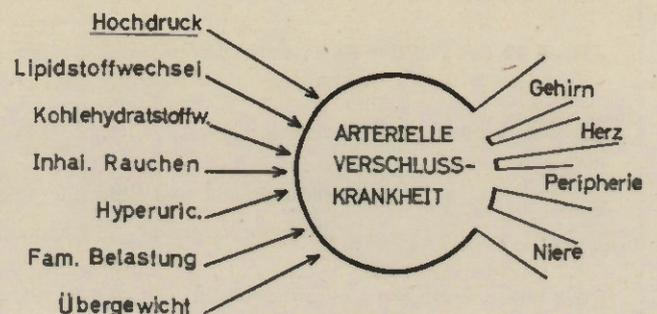
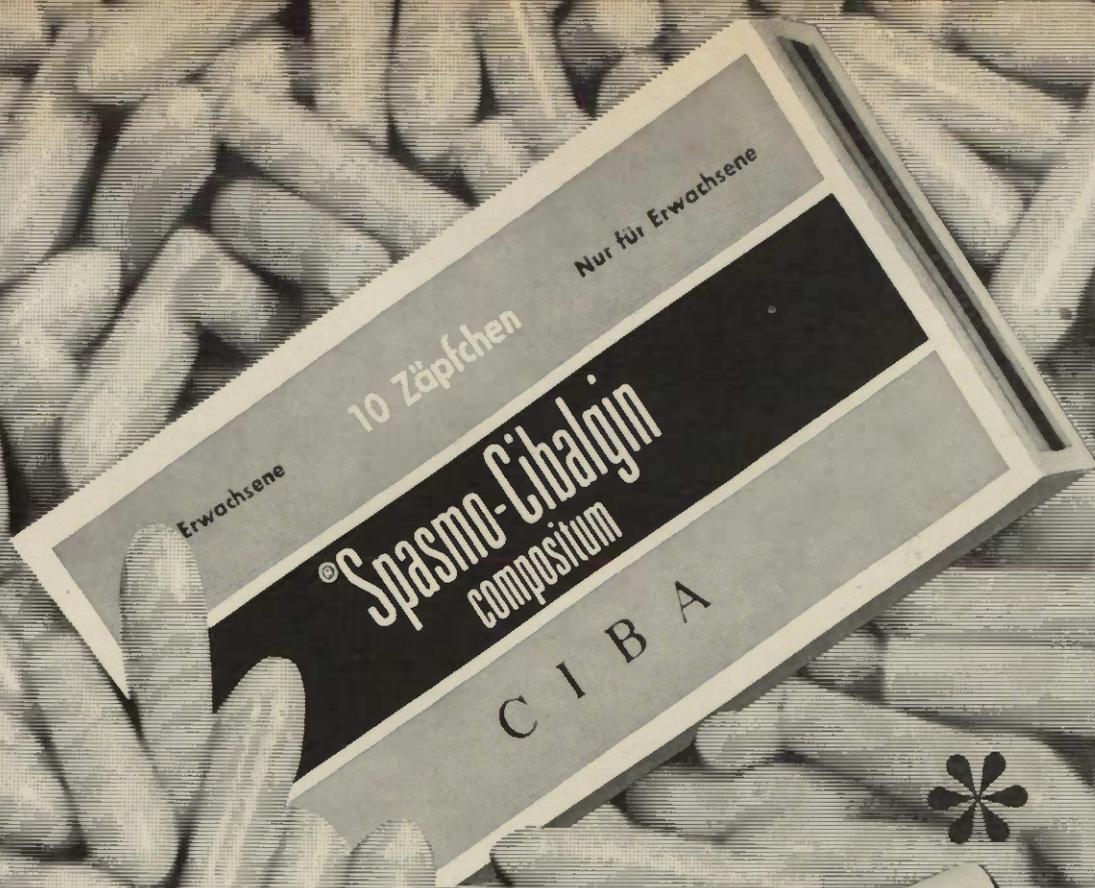


Abbildung 1

Risikofaktoren für die Entstehung einer arteriellen Verschlusskrankheit auf arteriosklerotischer Basis und ihre Organmanifestationen



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

Zusammensetzung

	Amido- pyrin®	Dial®	Tresen- tin®-6H	Codein- phosphat
Drag.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,060 g	0,050 g	0,040 g

Indikationen Krampf- und Schmerzzustände im Bereich der Gallenwege, des Magen-Darm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenorrhoe

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

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

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

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

Hendelsformen und Preis

Dragées 20 Stück - DM 6,55
Zäpfchen 5 Stück - DM 4,80; 10 Stück - DM 8,85
Anstaltspackungen



Der arterielle Hochdruck hat wesentlichen Anteil am individuellen Risikoprofil (s. Abb. 1). Der Begriff des Risikofaktors ist ein Kind der modernen Epidemiologie, die sich heute nicht nur mit Infektionskrankheiten, sondern auch mit nichtinfektiösen Erkrankungen, wie z. B. der koronaren Herzkrankheit, dem Diabetes mellitus usw. auseinandersetzt. Biochemische Befunde, Symptome und andere Merkmale bestimmen zum Zeitpunkt ihrer Feststellung bei einem Menschen die statistische Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Krankheit zu einem späteren Zeitpunkt auftritt. Damit wird in keiner Weise ein direkter Kausalzusammenhang zwischen dem einzelnen Faktor und dem Auftreten dieser Krankheit gefordert. Fast alle bis jetzt vorliegenden epidemiologischen Studien, vor allem aus dem angloamerikanischen Raum (u. a. FRAMINGHAM, TECUMSEH) kennzeichnen die arterielle Hypertonie als wichtigsten Risikofaktor für arteriosklerotische Veränderungen im Bereich des Herzens, der Hirngefäße und der Kreislaufperipherie. Diese Studien zeigen weiter, daß sich die Risikofaktoren offenbar addieren und unter Umständen sogar potenzieren können. Bei einer Kombination von Cholesterinwerten über 250 mg %, einem systolischen Blutdruck über 160 mm Hg und einem Zigarettenkonsum über 20 Zigaretten pro Tag ist die Chance, einen Herzinfarkt zu erleiden, zehnmal höher als bei einem Nichtraucher mit normalen Cholesterin- und Blutdruckwerten. In besonderer Weise wirken offenbar auch starkes Übergewicht, Diabetes und Hochdruck innerhalb des individuellen Risikoprofiles zusammen. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist eine wichtige Voraussetzung für den richtigen Einsatz der Therapie bei grenzwertigen Blutdruckwerten.

Pathogenese der Hypertonie, Häodynamik, Renin-Angiotensin-Aldosteron-System, Sympathikusaktivität

Am Kreislaufmodell der Abbildung 2 läßt sich veranschaulichen, daß eine arterielle Drucksteigerung prinzipiell sowohl durch eine Erhöhung des peripheren Gefäßwiderstandes als auch durch eine Steigerung des Herzminutenvolumens, d. h. eine gesteigerte Pumpfunktion des Herzens, bedingt sein kann. Selbstverständlich können auch beide Größen gemeinsam zu einer Blutdruckerhöhung führen. Herzminutenvolumen und peripherer Gefäßwiderstand werden durch zahlreiche Regulationsmechanismen unter Normalbedingungen so aufeinander eingestellt, daß ein „normaler Blutdruck“ resultiert.

Der von den Blutdruckfühlern im Bereich der Aorta und des Karotissinus ausgehende Barorezeptorenreflex operiert im wesentlichen in einem Bereich zwischen 80 und 100 mm Quecksilbersäule (Mitteldruck). Dazu kommen Regelvorgänge über Chemorezeptoren, über zentrale Ischämie reflexe und über den Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA)-Mechanismus. Zusätzlich kommt es zu transkapillären Flüssigkeitsverschie-

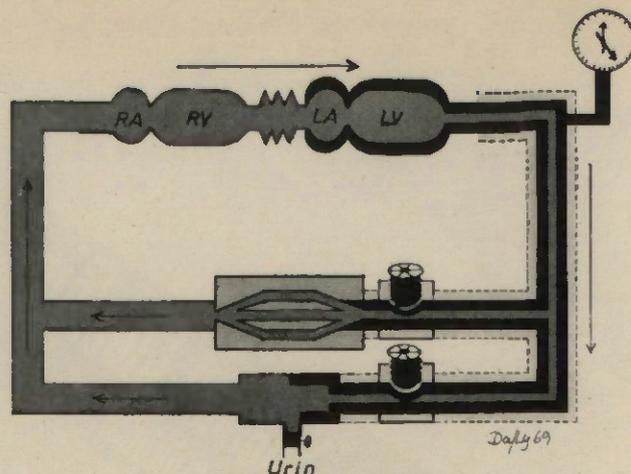


Abbildung 2

Einteilung des Kreislaufes in ein „Hochdruck-“ und in ein „Niederdrucksystem“. Auf der arteriellen Seite ist der Druck eine Funktion der kardialen Pumpleistung (Herzzeitvolumen) und der Einstellung der peripheren Widerstandsgefäße. Auf der Niederdruckseite ist der Druck abhängig vom (statischen) Füllungszustand des Gefäßsystems (Blutvolumen) und der Dehnbarkeit (Compliance) dieses Kreislaufabschnittes (in Anlehnung an GAUER und HENRY) – Einzelheiten im Text

bungen vom intravaskulären in den extravaskulären Raum, zu myogenen Dehnungsreflexen an den Arteriolen, und auch die volumenregulatorischen Vorgänge mit Änderung der Wasserausscheidung durch die Niere sind an der Regulation des Blutdruckes beteiligt. In allen Regelvorgängen, die über einen längeren Zeitraum wirksam werden, spielt die Niere eine ganz besondere Rolle als Stellglied bzw. Erfolgsorgan. Jede arterielle Hypertonie kann letztlich als eine gestörte Regulation der Blutdruckeinstellung interpretiert werden. An der Pathogenese der einzelnen Hochdruckformen (s. unter „Diagnostik“) sind die verschiedenen Regulationsmechanismen in unterschiedlicher Weise beteiligt.

In der Frühphase der essentiellen Hypertonie, aber auch z. B. bei renovaskulären Hochdruckformen, ist primär das Herzzeitvolumen und nicht der periphere Gesamtwiderstand erhöht. Im Verhältnis zu dem erhöhten Herzminutenvolumen wird allerdings der periphere Gesamtwiderstand nicht wie beim Gesunden ausreichend gesenkt. Der rechnerische Absolutwert des peripheren Widerstandes ist also zwar „normal“, aber relativ zu hoch. Während prospektive Langzeitstudien an jugendlichen Hypertonikern erst anlaufen, sprechen die Ergebnisse bei Patienten mit essentieller Hypertonie in verschiedenen Altersgruppen dafür, daß mit fortschreitender Entwicklung des Hochdruckes das primär gesteigerte Herzminutenvolumen allmählich abnimmt und der periphere Gefäßwiderstand ansteigt.

Zusätzlich zum Herzzeitvolumen und dem peripheren Gefäßwiderstand ist das Extrazellulärvolu-

men als Summe von Plasmavolumen und interstitiellem Volumen ein wichtiger, die Hämodynamik beeinflussender Parameter. Bei einer Natriumretention durch renale oder extrarenale Mechanismen (Zufuhr natriumretinierender Pharmaka, wie z. B. Süßholzextrakte, Aldosteronismus) kommt es über eine Steigerung des Extrazellulärvolumens und damit auch des Plasmavolumens zu einer Erhöhung des Herzzeitvolumens mit Anstieg des Blutdruckes. Infolge des erhöhten Körpergesamtnatriums sprechen die Widerstandsgefäße bereits auf normale pressorische Reize verstärkt an. Bei den übrigen Formen des Hochdruckes, der Mehrheit der essentiellen Hypertonien, dem renovaskulären Hochdruck und auch beim Phäochromozytom ist das Plasmavolumen im allgemeinen erniedrigt. Dies kann als Versuch einer Anpassung an den erhöhten Blutdruck gedeutet werden.

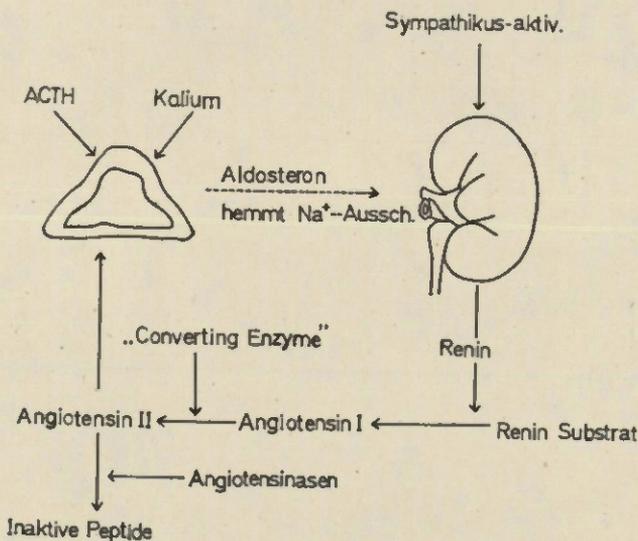


Abbildung 3

Das Renin-Angiotensin-Aldosteronsystem (RAA-System) in schematischer Darstellung – Einzelheiten im Text

Die Bestimmung von Renin und Aldosteron hat uns Einblicke in die Funktion des Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA)-Systems im Rahmen der Hypertonie vermittelt (Abb. 3). Das eiweißabbauende Enzym Renin wird vorwiegend in den juxtaglomerulären Zellen der Niere gebildet und gespeichert. Sowohl extra- als auch intrarenale Faktoren können die Renin-Produktion und -Abgabe beeinflussen. Eine endgültige Entscheidung über die intrarenale Regulation der Reninfreisetzung ist heute noch nicht möglich. Nach einer Theorie reagieren Chemorezeptoren im Bereich der Macula densa-Zellen der Niere auf Veränderungen des Natriumangebotes im distalen Tubulus und beeinflussen auf diesem Wege die Reninsekretion. Andere Befunde sprechen für eine Beteiligung von Barorezeptoren im Bereich der afferenten Arteriolen, die je nach Veränderung des arteriellen Blutdruckes und auch des interstitiellen Druckes in der Niere die Reninproduktion regulieren.

Unter den extrarenalen Faktoren, die auf die Reninabgabe einwirken, sind Änderungen des Körpernatriumgehaltes und des arteriellen Blutdruckes führend.

Renin setzt aus dem Reninsubstrat, das in der α_2 -Fraktion der Plasmaglobuline wandert, das Dekapeptid Angiotensin I frei. Die Reninaktivität wird sowohl durch das Reninsubstratangebot als auch durch die – absolut pro Zeiteinheit abgegebene – Reninmenge bestimmt. Die Aktivierung zu Angiotensin II (unter Abspaltung von zwei Aminosäuren) erfolgt vornehmlich in der Lunge durch ein „konvertierendes“ Enzym-system. Angiotensin II wird durch Angiotensinasen zu inaktiven Peptiden abgebaut.

Angiotensin II ist eine stark vasokonstriktorische Substanz. Es stimuliert die Aldosteronabgabe von der Nebennierenrinde. Eine erhöhte Aldosteronabgabe kann zusätzlich durch eine Erhöhung des Plasmakaliums, durch Salzzug und auch durch ACTH induziert werden. Aldosteron stimuliert am distalen Tubulus die Natriumrückresorption und vermindert über eine Erhöhung des Natriumgehaltes und eine Vergrößerung des Extrazellulärvolumens die Reninsekretion. Es handelt sich hier also um eine Regulation nach dem Prinzip der negativen Rückkopplung.

Es ist heute gesichert, daß eine erhöhte Mineralokortikoidwirkung zu einem Anstieg des arteriellen Blutdruckes führen kann. Entsprechend den hohen Aldosteronspiegeln ist dabei die Reninsekretion gehemmt. Dies gilt besonders für den primären Aldosteronismus (CONN' Syndrom). In typischer Weise findet sich dabei ein aldosteronproduzierendes Adenom der Nebennierenrinde. Auch beidseitige noduläre Hyperplasien der Nebennierenrinde kommen als Ursache eines primären Hyperaldosteronismus in Betracht.

Angeborene, sehr seltene Biosynthesestörungen der Kortikosteroide können ebenfalls zu Hochdruck führen. Bei Mangel an 17- α -Hydroxylase ist infolge verminderter Hydroxylierung die Produktion von 17-Hydroxykortikosteroiden (Desoxykortisol, Kortisol) eingeschränkt. Desoxykortikosteron und Kortikosteron werden an ihrer Stelle vermehrt gebildet. Bei 11- β -Hydrolysemangel kommt es u. a. zu einer Anhäufung von Desoxykortikosteron (im Rahmen eines adrenogenitalen Syndroms). Der bei diesen Patienten feststellbare Mineralokortikoidhochdruck geht wie der primäre Aldosteronismus des CONN' Syndroms mit Hypokaliämie, Hypervolämie und erniedrigter Plasmareninaktivität einher.

Bei den insgesamt sehr seltenen Mineralokortikoid-syndromen mit Hypertonie ist zu beachten, daß bei normaler Aldosteronsekretion die Abgabe anderer Mineralokortikoide gesteigert ist. Solche Bilder kommen nicht nur beim adrenogenitalen Syndrom (11- β -Hydroxylase-Mangel), sondern auch als paraneoplastische Syndrome vor.

Der Hauptschrittmacher der Herzinsuffizienz ist die Hypertonie.
Deshalb rechtzeitige Hochdrucktherapie.

Modenol®



senkt den erhöhten Blutdruck im nebenwirkungsarmen Bereich:

1. allmählich

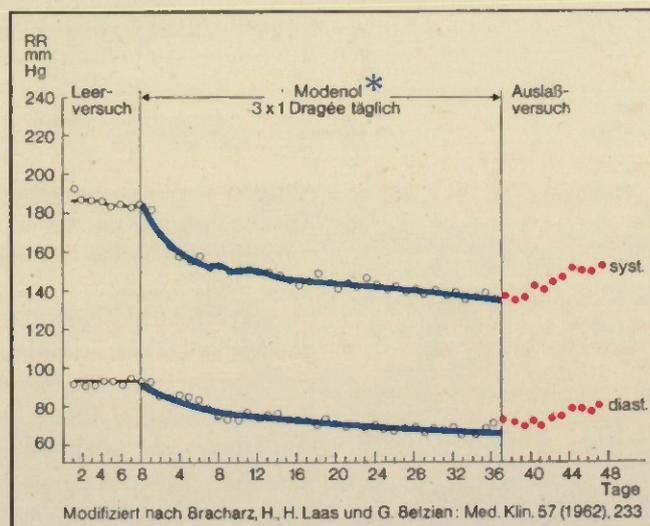
dadurch schonender Therapiebeginn -
besonders für Herz, Gehirn und Nieren,

2. langanhaltend

dadurch Schutz
vor interkurrenten Blutdruckspitzen,
selbst wenn der Patient die Einnahme
gelegentlich einmal vergißt.

Dosierung:
Tagesdosis zu Beginn der Therapie
2-3 x 1 Dragée Modenol nach den
Mahlzeiten.
Bei älteren Patienten und bei
Hypertonikern mit arteriosklerotisch
bedingten Störungen ist eine
einschleichende Dosierung angezeigt:
Beginn mit 1 Dragée täglich.

* Zur Dauertherapie genügt in der
Hälfte der Fälle 1 Dragée, sonst
2 x 1 Dragée täglich.



Mit Modenol können Sie mehr als 80% aller Hypertoniker erfolgreich behandeln.

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:	
Thiabutazid (Sallucin®)	3,3 mg
Reserpin (Sedaraupin®)	0,07 mg
Rescinnamin	0,07 mg
Raubasin	0,7 mg
Kaliumchlorid	300 mg

Kontraindikationen:

Sulfonamid-Überempfindlichkeit;
therapieresistente Hypokalämie.
Nach neueren Erfahrungen sind
Kontraindikationen für die Senkung
eines erhöhten Blutdrucks relativ:
Auch bei Patienten mit schwerer
Zerebral- und Koronarsklerose und
bei fortgeschrittener Nieren-
insuffizienz kann eine allmähliche,

sorgfältig überwachte Blutdruck
senkung versucht werden.
Bei eingeschränkter Nierenfunktion
müssen die harntreibenden Stoffe
im Serum laufend kontrolliert werden
(z. B. mit Biochemica-Testkombina-
tionen Boehringer Mannheim:
Creatinin, Harnstoff), da es wie bei
jeder antihypertensiven Therapie zur
Verstärkung einer Azotämie kommen
kann.

Nebenwirkungen und Hinweise:
Vereinzelte auftretende Magenun-
verträglichkeit (Übelkeit,
Brechreiz) kann durch Einnahme
nach den Mahlzeiten meist ver-
mieden werden. Reserpinbedingte
Nebenwirkungen, wie unerwünscht

starke Sedierung, depressive
Verstimmung oder „verstopfte Nase“
kommen aufgrund der niedrigen
Dosierung dieses Alkaloids nur aus-
nahmeweise vor. Orthostatische
Störungen treten selten und dann
nur vorübergehend auf.
Wegen der Sallucin-Komponente
kann es – wie bei allen saluretika-
haltigen Präparaten – vereinzelt
zu Kaliummangelerscheinungen
sowie zu einer Erhöhung des Blut-
zuckers und der Blutharnsäure
kommen.
Bei Diabetes und bei Gicht ist
deshalb eine häufigere Kontrolle der
Stoffwechsellage angezeigt.
Wie bei jeder blutdrucksenkenden
Therapie kann das Reaktions-

vermögen – z. B. im Straßenverkehr –
beeinträchtigt werden; und zwar vor
allem dann, wenn zusätzlich
Medikamente gegeben werden, die
die blutdrucksenkende Wirkung
verstärken können (z. B. Sedativa,
Narkotika, Vasodilantien) oder bei
gleichzeitigem Alkoholgenuß.

Für Ihre Verordnung:
OP mit 20 Dragées DM 5,80
OP mit 50 Dragées DM 13,20
AP mit 250 und 1000 Dragées

Weitere Informationen enthält der wis-
senschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige
Auflage: Februar 1972), auch informiert
Sie gern unser Mitarbeiter im wissen-
schaftlichen Außendienst.

mannheim
boehringer

Boehringer Mannheim GmbH,
Mannheim

Neben den verschiedenen Formen des primären Aldosteronismus kennen wir heute Krankheitsbilder mit einer vermehrten Aldosteronproduktion, bei denen die Ursache außerhalb der Nebenniere zu suchen ist. Meist wird dabei vermehrt Renin gebildet und dadurch das RAA-System aktiviert. Dies gilt z. B. für Patienten mit Nierenarterienstenosen wie auch für einen Teil der fortgeschrittenen Stadien der essentiellen und der renoparenchymatösen Hypertonien. Nicht selten induziert die chronische Saluretikatherapie einer Hypertonie, ein chronischer Laxantiengebrauch seitens des Hypertonikers, aber auch der Salzverlust durch eine Pyelonephritis einen sekundären Aldosteronismus. Der Anteil sekundärer Aldosteronismusformen geht im allgemeinen dem Schweregrad der Hypertonien parallel. Der Körpennatriumgehalt und das Plasmavolumen sind hier meist vermindert. Die in der Praxis häufigste Form eines sekundären Aldosteronismus ist sicher Folge der Dauertherapie des Hochdruckes mit Saluretika.

Bei malignen Hypertonien, die sich in etwa 1 Prozent aus praktisch allen Hochdruckformen entwickeln können, ist das RAA-System regelmäßig aktiviert, Körpennatrium und Plasmavolumen sind eher vermindert. Aufgrund neuerer Untersuchungen besitzt Angiotensin II dabei eine besondere pathogenetische Bedeutung. Angiotensin II erhöht unter bestimmten Bedingungen die Permeabilität der Blutgefäße. Auch die fibrinoiden Gefäßschäden bei der nekrotisierenden Arteriolitis der malignen Verlaufsformen können durch Angiotensin II erklärt werden.

Bei der renovaskulären Hypertonie ergibt die periphere Plasmanreninbestimmung in mindestens der Hälfte der Fälle normale Werte. Dies unterstreicht die besondere Bedeutung einer seitengetrenten Nierenvenenreninbestimmung bei Verdacht auf eine operationswürdige Nierenarterienstenose. Werden diese Bestimmungen nicht nur in Ruhe, sondern auch nach Stimulation durch Diuretika, Orthostase usw. durchgeführt, liefern sie die besten prognostischen Daten über die Erfolgsaussichten einer operativen Beseitigung der Nierenarterienstenose.

In letzter Zeit wurden einzelne Fälle von primärem Hyperreninismus beschrieben. Dabei wird die Aldosteronsekretion durch einen reninproduzierenden juxtaglomerulären Zelltumor der Niere stimuliert. Während die Bedeutung des RAA-Systems, d. h. des primären und sekundären Aldosteronismus, für die Pathogenese einzelner Hochdruckformen unbestritten ist, gehen die Meinungen über den Stellenwert des RAA-Systems für die Pathogenese der essentiellen Hypertonien weit auseinander. Bei einem Teil der essentiellen Hypertonien wurden stark erniedrigte Reninwerte gefunden, die zusätzlich nicht durch Orthostase und Diuretikagaben stimulierbar waren. Die Gruppe dieser Hypertonien mit erniedrigtem Renin wurde als „Low-renin-hypertension“ von den übrigen

essentiellen Hypertonien abgetrennt. Als hypothetische Erklärung wurden u. a. Substanzen mit Mineralokortikoidwirkung auf die Niere diskutiert, die das Renin supprimieren sollen. Es wurde postuliert, daß diese Patienten ganz besonders auf eine Therapie mit Aldosteronantagonisten (Spironolacton) ansprechen. Da auch andere Saluretika bei diesen Patienten den Blutdruck senken, erscheint es derzeit verfrüht, die Gruppe der „Low-renin-hypertension“ als eigenständige Krankheitseinheit anzusprechen.

Aufgrund neuerer Befunde können die sogenannten Beta-Rezeptorenblocker die stimulierte Reninfreisetzung hemmen. Ob sich daraus eine spezifische Indikation für den Einsatz von Beta-Blockern bei essentiellen Hypertonien mit stimulierbarer Reninsekretion ableiten läßt, und ob die Verminderung der Reninfreisetzung wesentlichen Anteil am antihypertensiven Wirkungsmechanismus der Beta-Blocker besitzt, läßt sich derzeit noch nicht entscheiden (s. auch „Therapie“).

Besonders für Frühformen der Hypertonie, den labilen Erregungshochdruck und für die Blutdruckschwankungen bei manifester Hypertonie ist eine Beteiligung zentraler und peripherer adrenerger Mechanismen kaum zu bestreiten.

Die Diskussion um die pathogenetische Bedeutung des adrenergen Systems bei der essentiellen Hypertonie ist in letzter Zeit durch die zunehmende Verbesserung der Bestimmungsmethoden für Adrenalin und Noradrenalin im Plasma belebt worden. Bei der essentiellen Hypertonie ist das periphere adrenerge System leichter als bei Normotonikern stimulierbar. Tyramin induziert bei Hypertonikern eine verstärkte Entleerung der Katecholaminspeicher mit entsprechend gegenüber Normotonikern stärkeren Anstiegen des Plasmanoradrenalins. Eine verstärkte adrenerge humorale Stimulation führt an der Niere zu einer erhöhten Reninfreisetzung. Das RAA-System kann umgekehrt die adrenerge Aktivität erhöhen, und es sind hiermit die Voraussetzungen für die Entstehung eines *circulus vitiosus* gegeben.

Bei einem tierexperimentellen Hochdruckmodell, der Hypertonie bei genetisch disponierten Ratten, ließ sich zeigen, daß auch der zentrale Umsatz von Noradrenalin in bestimmten zentralnervösen Strukturen gestört sein kann. Diese Ergebnisse lassen sich selbstverständlich nicht ohne weiteres auf die menschliche Hypertonie übertragen, und es ist vorerst nicht geklärt, ob es sich hier um einen primären, eventuell kausalen Mechanismus oder um ein Epiphänomen der Hypertonie handelt. Jedenfalls ist es in letzter Zeit durch Verfeinerung der Methodik gelungen, Störungen der normalen sympathischen Aktivität bei der Hypertonie festzustellen, und die Mehrheit der bisher vorliegenden Indizien spricht dafür, daß dem sympathischen Nervensystem eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der essentiellen Hypertonie zukommt.

Diagnostik

Der gezielte Einsatz der heute möglichen therapeutischen Maßnahmen setzt eine Differentialdiagnose der Hypertonie voraus. Bei etwa 20 Prozent der arteriellen Hypertonien läßt sich eine Ursache feststellen, d. h., es handelt sich um sekundäre Hypertonien im Gegensatz zur primären („essentiellen“) Hypertonie (s. Tab. 1). Ein für die Praxis

Einteilung der Hypertonien

1. Primäre („essentielle“) Hypertonie
mit niedrigen oder normalen/erhöhten Plesme-Reninaktivitäten
2. Sekundäre Hypertonien
 - 2.1. Renale Hypertonien
 - 2.1.1 Renoparenchymatöse Formen
(z. B. chronische Glomerulonephritis Pyelonephritis, Nierenmißbildungen, Gichtniere, Kollegenosen u. a.)
 - 2.1.2 Renovaskuläre Formen
(z. B. Nierenarterienstenose, perirenales Hämatom u. e.)
 - 2.1.3 Hochdruck bei Harnabflußstörungen
(z. B. Prostataadenom u. a.)
 - 2.2. Primär endokrine Hypertonien
 - 2.2.1 Adrenale Formen
(z. B. primärer Aldosteronismus bei Nebennierenrindenedenom oder -hyperplasie, seltene Mineralokortikoidsyndrome, z. B. 17- α -Hydroxylasemangel, 11- β -Hydroxylasemangel)
CUSHING' Syndrom
Phäochromozytom
 - 2.2.2 Andere Formen
(z. B. Akromegalie)
 - 2.3. Kardiovaskuläre Formen
z. B. Isthmusstenose der Aorte

Tabelle 1

bestimmtes Basisprogramm zielt deshalb darauf, durch ein möglichst feinmaschiges Netz die Patienten zu erfassen, bei denen eine weiterführende Diagnostik im größeren Krankenhaus (ca. 10 bis 15 Prozent aller Patienten) oder in Hochdruckspezialabteilungen (weniger als 5 Prozent aller Patienten) notwendig ist. Ein derartiges Programm muß mit einem Zeitaufwand von höchstens 15 bis 20 Minuten den individuellen Patienten vorläufig als primäre oder sekundäre Hypertonie klassifizieren, sein Gesamtrisikoprofil erfassen und bereits vorhandene Hochdruckschäden an Herz, Gehirn, Niere und übrigen Gefäßen aufdecken.

Anamnese

Abbildung 4 faßt in Stichworten die Anamnese des Hochdruckkranken zusammen; dabei ist sowohl nach Ursachen als auch nach Folgen des Hoch-

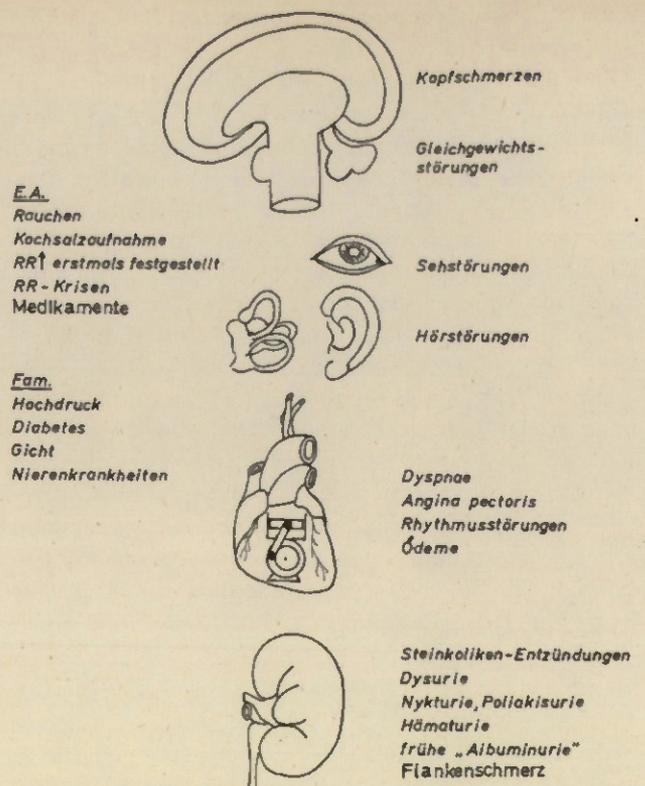


Abbildung 4

Die Anamnese des Hochdruckkranken – Einzelheiten im Text

druckes zu suchen. Einfache, vor der Untersuchung durch den Patienten auszufüllende Fragebogen sollten in Zukunft helfen, Zeit für die gezielte Anamnese zu gewinnen.

Die Familienanamnese gilt nicht nur der Erfassung der Hochdruckbelastung („plötzlicher Herztod“, „Herzschwäche“, „Schlaganfall“ ...), sondern auch der familiären Belastung durch Diabetes, Gicht (Hochdruck eventuell Frühsymptom einer Gichtniere) und Nierenkrankheiten. Besonders ist an die vorausgehende Einnahme von Medikamenten zu denken: chronischer Laxantienabusus, Succus liquiritiae und seine Zubereitungen bzw. carbenoxolonhaltige Präparate zur Ulkustherapie, Saluretika und saurehaltige Kombinationspräparate, Phenacetinabusus und bei Frauen Ovulationshemmer!

Morgendliche, kurz nach dem Erwachen auftretende frontale Kopfschmerzen sind besonders typisch für eine Hypertonie. Dazu ist nach Merkschwäche und Altgedächtnis zu fragen. Weiter ist sorgfältig nach Hinweisen auf eine kardiale Belastungsinsuffizienz oder eine koronare bzw. periphere Durchblutungsstörung zu fahnden (Belastungsdyspnoe, Angina pectoris, Claudicatio intermittens). Gewichtsverlust, Muskelschwäche (erniedrigtes Serumkalium bei Aldosteronismus!), Blutdruckkrisen, intermittierend erhöhte Körpertemperaturen, Polyurie, Obstipation, Diarrhoen und Erbrechen sowie stumpfe Bauchtraumen sind ebenso wie die rasche Entwicklung einer Hypertonie im jüngeren Lebensalter Indizien für das Vorliegen

einer sekundären Hypertonie. Bei der primären (essentiellen) Hypertonie stehen im Anfangsstadium die Zeichen der vegetativen Übererregbarkeit oft im Vordergrund: Nervosität, Unruhe, Schlafstörungen, Mißbefindungen in der Herzgegend, kalte Extremitäten, rascher Farbwechsel der Haut usw.

Untersuchung

Die körperliche Untersuchung des Hypertonikers folgt dem allgemein üblichen Untersuchungs-gang und endet dabei besonders auf das Herz und das Gefäßsystem. Die Diagnose einer arteriellen Hypertonie setzt die mehrmalige Messung des Blutdruckes am liegenden Patienten unter Ruhebedingungen voraus. Mindestens einmal muß der Blutdruck an beiden Armen und am Bein gemessen werden (Anlegen der Blutdruckmanschette an der Wade mit palpatorischer Bestimmung des systolischen Blutdruckes an der Arteria tibialis posterior). Beim ersten Mal ist der systolische Blutdruck auch palpatorisch zu messen (palpatorisch gemessene systolische Blutdruckwerte können über den auskultatorisch bestimmten Werten liegen).

Die indirekte Blutdruckmessung besitzt, wie ausge-dehnte Vergleichsuntersuchungen mit einer blutigen Meßmethode gezeigt haben, zahlreiche Fehlermöglich-keiten. Ein Merkblatt der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung hat das korrekte Vorgehen fest-gelegt, durch das sich die Mehrheit dieser Fehlermög-lichkeiten vermeiden läßt.

Die in der Praxis häufig verwendeten Anaeroidmanometer müssen in jährlichen Abständen geeicht werden. Bei Blutdruckmessung im Stehen und Sitzen muß der Arm in Herz-höhe liegen. Die Manschettensbreite muß in einem sinn-vollen Verhältnis zum Durchmesser der Extremitäten ste-hen. Manschetten mit Versteifung sind zu bevorzugen. Das Verschwinden der Korotkoff Geräusche stimmt im all-gemeinen besser mit direkt gemessenen diastolischen Werten überein als die plötzliche Änderung im Geräusch-Charakter. Sicherheitshalber werden beide Druckwerte protokolliert. Bei hyperkinetischer Kreislaufeinstellung und z. B. auch nach Belastung können Geräuschphänomene bis weit unter den aktuellen diastolischen Druck hörbar sein.

Liegt der Blutdruck in einem Grenzbereich, sollte die folgenschwere Entscheidung zur Therapie von mehr-maligen Blutdruckkontrollen möglichst im Tagesprofil und unter Umständen sogar von einer blutigen intraarteriellen Druckmessung abhängig ge-macht werden.

Bei der allgemeinen Untersuchung sind folgende Punkte besonders zu beachten: Palpation und Auskultation beider Arteriae carotides, beider Femoral- und aller Fußarterien, Palpation des Herzspitzenstoßes (Linkshypertrophie?), Auskultation des Herzens (Strömungsgeräusche bei Windkesselsklerose, Hyperzirkulation, vierter Herzton = präsystemischer Galopprrhythmus als Ausdruck der Überlastung des

linken Vorhofes infolge verminderter diastolischer Dehnbarkeit des linken Ventrikels bzw. beginnender Linksinsuffizienz), Auskultation im Schulterbereich (Kollateralgefäße bei Isthmusstenose) sowie oberhalb, rechts und links vom Nabel (Nierenarterienstenose?). Augenhintergrund!

Das diagnostische Basisprogramm umfaßt weiter die Untersuchung des Urins auf Eiweiß und Zucker sowie eine Untersuchung des Urin-sediments. Im Serum sind Kreatinin, Kalium, Harnsäure, Cholesterin und Triglyceride zu bestimm-en. Der postprandiale Blutzuckerwert und eventuell eine Glukosebelastung ergänzen die Untersuchung des Kohlenhydratstoffwechsels.

Eine Röntgen-Thoraxaufnahme, eine Ausscheidungsurographie mit Früh- und Spätaufnahmen sowie ein Elektrokardiogramm schließen das Basisprogramm ab. Die Ausscheidungsurographie ist unbedingt durch eine Frühaufnahme (1 bis 2 min nach Beendigung der Injektion) zu ergänzen, da sich auf diese Weise eine einseitige Minderdurchblutung der Nieren unter Um-ständen feststellen läßt. Bei hämodynamisch wirk-samen Nierenarterienstenosen tritt die Parenchym-phase auf der minderdurchbluteten Seite später in Erscheinung. Die Spätaufnahmen zeigen unter Um-ständen eine verlangsamte Auswaschung des Kon-trastmittels auf der stenosierten Seite. Bei allen männ-lichen Patienten über 40 Jahre sollte das Urogramm nicht ohne eine Entleerungsaufnahme der Blase im Stehen (Prostata!) abgeschlossen werden.

Das geschilderte Basisprogramm erlaubt es in der Praxis, etwa $\frac{1}{3}$ aller Patienten mit Hochdruck einer adäquaten, gezielten Therapie zuzuföh-ren. Bei dem Rest besteht aufgrund von Indizien der Verdacht auf eine sekundäre Hypertonie, der durch ergänzende Untersuchungen entweder erhärtet oder ausgeräumt werden muß. Die Entscheidung zu einer Weiterführung der Diagnostik ist grundsätzlich von der Dauer des Hochdruckes, dem Alter des Patienten und den sich aus der Erkennung einer Hochdruck-ursache möglicherweise ergebenden Konsequenzen abhängig.

Bei jüngeren Patienten, kurzer Anamnese und Fehlen stärkerer Folgeerscheinungen des Hochdruckes wird man sich eher dazu entschließen, die Diagnostik wei-ter zu führen, als bei Patienten über 55 bis 60 Jahre mit längerer Vorgeschichte und erheblichen sekundä-ren Veränderungen am Gefäßsystem. In Grenzfällen ist es durchaus vertretbar, die Entscheidung über die Weiterführung der Diagnostik von dem Ansprechen auf die eingeleitete Therapie abhängig zu machen.

Die erweiterte Diagnostik (Klinik bzw. Spezialabtei-lung) umfaßt eine genauere nephrologische Abklä-rung mit quantitativen Funktionsprüfungen, Nieren-biopsie sowie die Untersuchung des Natrium-, Kalium-sowie Säurebasenhaushaltes unter standardisierten Bedingungen. Auch die Bestimmung von Katechol-

aminen mit ihren Metaboliten (Vanillinmandelsäure, Nor-Metanephrin) im 24 Stunden-Harn bei Verdacht auf Phäochromozytom erfolgt am besten unter stationären Bedingungen. Die gesamte antihypertensive Therapie muß dazu mindestens eine Woche vorher abgesetzt werden. Das gleiche gilt für die heute mögliche Bestimmung der Aldosteronausscheidung im Harn sowie für die Messung der Reninaktivität in Ruhe und nach Stimulation durch Orthostase und Diuretika-gaben.

Die selektive Darstellung der Nierenarterien, der Nebennierenarterien und Nebennierenvenen und die Sammlung des Nebennierenvenenblutes zur Bestimmung von Renin und Aldosteron ist nur bei einem kleinen Prozentsatz der Patienten mit Verdacht auf Aldosteronismus bzw. Hyperreninismus notwendig. Durch stufenweise Abnahme von Blutproben aus dem Einstromgebiet der Vena cava und Bestimmung von Noradrenalin und Adrenalin in den abgenommenen Blutproben läßt sich bei Verdacht auf das Vorliegen eines Phäochromozytoms der Tumor genau lokalisieren. Bei nur intermittierender Hormonabgabe wird durch Glukagonverabreichung die Katecholaminabgabe stimuliert. Wegen des unter Umständen dadurch ausgelösten massiven Blutdruckanstieges sollte der Test nur in einer Klinik mit allen Überwachungsmöglichkeiten durchgeführt werden.

Die hier schematisierte Hochdruckdiagnostik muß selbstverständlich im Einzelfall modifiziert und ergänzt werden. Bei Verdacht auf eine renoparenchymatöse Hypertonie sind mehrfach bakteriologische Urinuntersuchungen durchzuführen; die Blutsenkung, das Blutbild, die Serumelektrophorese und der Konzentrationsversuch können ebenso wie die neueren Methoden der Isotopendiagnostik zur Abklärung beitragen.

Die essentielle (primäre) Hypertonie bleibt auch bei Einsatz aller diagnostischen Möglichkeiten eine Ausschlußdiagnose, da es für sie keinen beweisenden morphologischen, chemischen oder klinischen Befund gibt.

Therapie

Da jede Hypertonie, auch die leichteste Verlaufsform, die Lebenserwartung verkürzen kann, muß bei allen noch behandlungsfähigen Patienten der Blutdruck auf Normalwerte gesenkt werden. Diese Grundforderung gilt ohne Einschränkung auch bei den Frühformen der essentiellen Hypertonie unter der Voraussetzung, daß die dargestellten Kriterien für die Annahme einer arteriellen Hypertonie erfüllt sind. Der Begriff der „benignen Hypertonie“ hat lange Zeit Verwirrung gestiftet und die Einleitung konsequenter therapeutischer Maßnahmen verzögert. Allein der Verlauf einer Hypertonie entscheidet über ihre „Benignität“; zur Zeit ihrer ersten Feststellung gibt es keine

sicheren Kriterien für ihre Prognose. Der „kategorische therapeutische Imperativ“ in der Hochdruckbehandlung wird auch nicht eingeschränkt durch die Diskussion darüber, ob die Hochdruckfolgen an den Gehirngefäßen und an den Koronargefäßen in gleichem Ausmaß durch eine Senkung des Blutdruckes verhindert werden können. Mehrere prospektive Studien der letzten Jahre haben zuerst für die schwere Hypertonie und später auch für leichtere Verlaufsformen den insgesamt günstigen Effekt der Hochdruckbehandlung in klarer Weise belegt. Selbstverständlich muß die Normalisierung des Blutdruckes in einen überlegten therapeutischen Gesamtplan integriert werden, der alle Risikofaktoren für die Ausbildung einer arteriellen Verschlußkrankheit berücksichtigt.

Bei den sekundären Hypertonien zielt die Therapie grundsätzlich auf die Beseitigung der Ursachen (Operation der Nierenarterienstenose, des Phäochromozytoms, des aldosteronproduzierenden Adenoms der Nebennierenrinde usw.). Eine Ausnahme machen jene sekundären Hypertonien, bei denen die kausale Therapie mit einem zu hohen Risiko und/oder einer zu geringen Erfolgchance belastet ist (z. B. Nierenarterienstenosen im vorgerückten Alter oder nach längerem Bestehen, einseitige Schrumpfnieren mit noch erheblicher Restfunktion usw.). Im Einzelfall sind die Vorteile, Risiken und Erfolgsaussichten der kausalen Therapie und die Effektivität der symptomatischen Therapie mit ihren Nachteilen sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

Kommt eine kausale Therapie nicht in Frage, ist die antihypertensive Behandlung in der Regel eine Langzeit-, fast immer eine lebenslängliche Therapie. Arzt und Patient müssen diese Einsicht akzeptieren; die primäre Hypertonie begleitet – ähnlich wie der Diabetes – das Leben eines Menschen. Eine intermittierende Behandlung des Hochdruckes schadet durch die sich in den Intervallen entwickelnden Blutdruckspitzen mehr als sie nützt. Mangelnde Konsequenz in der Hochdrucktherapie ist sicher einer unserer häufigsten Fehler.

Die antihypertensive Therapie folgt bei allen Hypertonieformen einem Stufenplan. Sie beginnt mit der Einstellung der Lebensweise des Patienten auf seine Krankheit, der Vermeidung von Unruhe, Hast und Konfliktsituationen und mit der Einhaltung einer Kochsalz-beschränkten Kost. Die heute klassischen Untersuchungen von KEMPNER (KEMPNERsche Reis-Früchte-Diät!) haben gezeigt, wie selbst fortgeschrittene Hochdruckformen allein durch Kochsalzentzug hervorragend behandelt werden können. Es reicht heute in der Regel die Empfehlung, Nahrungsmittel mit hohem Kochsalzgehalt in der Kost zu meiden und das zusätzliche Salzen auf ein Minimum zu beschränken. Die Kochsalzbeschränkung in der Kost verdient ihren Platz im Behandlungsplan jedoch auch nach der Einführung hochwirksamer Diuretika.

Zu den allgemeinen Maßnahmen gehören auch die diätetische Gewichtsreduktion des übergewichtigen Hypertonikers und die Aufnahme einer ausreichenden körperlichen Betätigung. Wir wissen durch neuere Untersuchungen, daß ein vorsichtig aufgebautes Training bei leichten bis mittelschweren Hypertonien die Pulsfrequenz sowie den Blutdruck in Ruhe und vor allem bei Belastung senkt. Die günstige Wirkung einer nicht wettbewerbsbetonten sportlichen Betätigung ist besonders ausgeprägt bei jüngeren essentiellen Hypertonien mit ausgeprägter Hochdrucklabilität. Im Rahmen der allgemeinen Therapie läßt sich auch eine überbrückende Verabreichung von Sedativa und Anxiolytika vertreten.

Den allgemeinen therapeutischen Maßnahmen folgt als nächste Stufe die antihypertensive medikamentöse Therapie im engeren Sinn. In den letzten Jahren wurde eine Reihe hochwirksamer Pharmaka entwickelt, die mit unterschiedlichen Angriffspunkten und Nebenwirkungsspektren den arteriellen Blutdruck senken. Eine detaillierte Besprechung ist an dieser Stelle nicht möglich. Einige besonders wichtige allgemeine bzw. aktuelle Aspekte sollen jedoch abschließend besprochen werden.

Die medikamentöse antihypertensive Therapie ist in der Regel keine Monotherapie. Vielmehr werden die einzelnen antihypertensiven Substanzgruppen mit unterschiedlichen Angriffspunkten kombiniert eingesetzt, da sich so die antihypertensive Wirkung mit geringeren Dosen der einzelnen Substanzen erreichen läßt. Die spezifischen Nebenwirkungen der antihypertensiven Pharmaka sind dosisabhängig. Die Monotherapie erkauft eine der Kombination vergleichbare Blutdrucksenkung mit einer zu hohen Nebenwirkungsrate.

Diuretika sind nach wie vor die Basismedikamente in der antihypertensiven Therapie. Unter den Saluretika werden Thiazide und wirkungsähnliche Substanzen mit mittellanger bzw. langer Wirkdauer bevorzugt. Grundsätzlich läßt sich der durch Diuretika überhaupt erreichbare antihypertensive Effekt mit jedem Diuretikum dieser Reihe erzielen, vorausgesetzt, daß die Substanz individuell unter Berücksichtigung ihrer mittleren Wirkdauer eingesetzt wird (z. B. Hydrochlorothiazid ca. 8 bis 12 Stunden, Chlorthalidon 24 bis 48 Stunden). Dies bedeutet, daß z. B. Thiazide und auch Furosemid mindestens einmal, oft zweimal pro Tag gegeben werden müssen, während Chlorthalidon nur jeden zweiten bis dritten Tag eingesetzt werden muß. Die gesamte Saluretikagruppe kann zu Hypokaliämie, Hyperurikämie und Hyperglykämie führen. Deshalb sind entsprechende Laborkontrollen notwendig. Bei Tendenz zur Kaliumverarmung mit Absinken des Serumkaliums — besonders bei Bestehen eines primären oder sekundären Hyperaldosteronismus — können die Saluretika mit Kalium-retinierenden Substanzen kombiniert werden. Amilorid (in dem

25. Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 6. bis 8. Dezember 1974 in Nürnberg

Kombinationspräparat Moduretik[®]) und Triamteren (Jatropur[®]) sind Substanzen mit leichter diuretischer, natriuretischer und kaliumretinierender Wirkung. Ohne die Nebenwirkungen der Aldosteronantagonisten (z. B. Gynäkomastie) gestatten sie in Kombination mit Saluretika eine Therapie jener Patienten, bei denen es unter Saluretika allein zu stärkeren Kaliumverlusten kommt. Die Gefahr der Hyperkaliämie ist jedoch zu beachten.

Alle Formen des Hyperaldosteronismus, die keiner kausalen Therapie zugänglich sind, sprechen auf eine Behandlung mit Aldosteronantagonisten (Spironolacton = Aldactone[®]) an. Dabei wird man versuchen, bei Dauertherapie möglichst mit geringen Dosen auszukommen. Essentielle Hypertonien mit niedrigem Renin reagieren nicht nur auf Spironolacton, sondern auch auf andere Saluretika mit einer Blutdrucksenkung.

Für den Einsatz von Reserpin in Kombination mit anderen Antihypertensiva im Rahmen der Hochdruckbehandlung haben sich in letzter Zeit nur wenige neue Gesichtspunkte ergeben.

So werden z. B. die reserpinbedingten Schleimhautschwellungen in der Nase bei gleichzeitiger Gabe von Clonidin (Catapresan[®]) unter Umständen erheblich vermindert.

Dihydralazin wurde in den letzten Jahren wieder entdeckt. Es wirkt in erster Linie an den peripheren Gefäßen und senkt den peripheren Strömungswiderstand. Die durch Dihydralazin induzierte verstärkte Sympathikusstimulation des Herzens läßt sich heute durch Beta-Rezeptorenblocker kompetitiv hemmen. Letztere haben sich als ein besonders wirksames antihypertensives Prinzip, vor allem bei Kombination mit stark gefäßerweiternden Substanzen und/oder mit Saluretika erwiesen. Der antihypertensive Wirkungsmechanismus der Beta-Rezeptorenblocker ist allerdings noch nicht vollkommen geklärt. Sie müssen auch in der Hochdrucktherapie unter strenger Beachtung ihrer Kontraindikationen individuell dosiert werden. Eine antihypertensive Monotherapie mit Beta-Blockern ist nur bei Frühformen der essentiellen Hypertonie mit starken Hinweisen auf eine erhöhte kardiale Sympathikusaktivität vertretbar.

Als nächste Stufe der medikamentösen Therapie stehen uns Clonidin und Alpha-Methyldopa

zur Verfügung. Beide Substanzen haben wie Reserpin zentralnervöse Wirkungen und Nebenwirkungen; bei Alpha-Methyldopa ist an die Entstehung hämolytischer Anämien und einer Cholestase zu denken. Guanethidin ist ein besonders wirksames Hochdruckmittel mit hoher Nebenwirkungsquote (orthostatische Labilität!), das nur bei schweren Hochdruckformen gegeben wird und das unbedingt individuell ansteigend dosiert werden muß.

Für alle in der Praxis heute verfügbaren antihypertensiven Medikamente gilt, daß sie individuell dosiert werden müssen. Die Pharmakokinetik der Einzelsubstanzen kann bei Kombinationen wechseln, da einzelne antihypertensive Medikamente die Stoffwechsellage und den Ausscheidungsmodus ihres Partners beeinflussen können. Grundsätzlich ist deshalb zunächst durch stufenweise Kombination von Einzelsubstanzen eine Normalisierung des Blutdruckes zu erzielen, bevor probatorisch auf ein Kombinationspräparat mit vorgegebener, fixierter Relation der Einzelsubstanzen zur Therapievereinfachung übergegangen wird.

Zur Behandlung der hypertonen Krise und zur Einleitung der Therapie bei schweren, therapieresistenten Hypertonien ist in letzter Zeit Diazoxid als ein äußerst wirksames Präparat eingeführt worden. Durch rasche Intravenöse Gabe (während 30 Sekunden) dieses Sulfonamidderivates mit blutzuckersteigernder Wirkung (Hypertonalum®) wird der Blutdruck fast regelmäßig für einige Stunden gesenkt. Der Behandlungsplan der hypertonen Krise umfaßt zusätzlich die Gabe von Saluretika und von Spironolacton (zentrale antiödematöse Wirkung!). Auch Clonidin (Catapresan®), Verapamil (Isoptin®) und Nitrite kommen zur Senkung des erhöhten Strömungswiderstandes in Betracht. Die früher übliche Gabe von Reserpin ist wegen der stark sedierenden Wirkung dieser Substanz bei einer Hochdruckkrise obsolet, da sich an den zentralnervösen Funktionen am besten das Fortschreiten bzw. der Rückgang des Gehirnödems verfolgen läßt.

Wenn die Möglichkeiten der modernen Arzneimitteltherapie durch sinnvolle Kombination verschiedener Wirkprinzipien und individualisierende Dosierung in vollem Umfang genutzt werden, ist die therapieresistente Hypertonie eine Seltenheit. Dies gilt besonders dann, wenn wir den Patienten während der unter Umständen langwierigen Einstellung auf die ihm angemessene Therapie als „Mitarbeiter“ gewinnen. Einen wesentlichen Beitrag kann dazu die Selbstmessung des Blutdruckes durch den Patienten leisten. Die Gefahr der Neurotisierung ist bei richtiger Vorauswahl und Information der Patienten mit Sicherheit sehr gering.

Besonders aktuell ist die Entwicklung von Substanzen mit einer stark vasodilatierenden Wirkung ähnlich der des Dihydralazins ohne seine Nebenwirkungen und

mit längerer Wirkdauer. Erste klinische Erfahrungsberichte über eine derartige, noch in Erprobung stehende Substanz (Minoxidil) berechtigen zu der Hoffnung, daß wir in Zukunft selbst die schwersten, bisher therapierefraktären Hochdruckformen ohne den verzweifelten letzten Ausweg einer beidseitigen Nephrektomie beherrschen werden.

Walterführende Literatur

(besonders 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 22)

- ARNOLD, O. H.: Therapie der arteriellen Hypertonie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1970.
- BOCK, K. O.: Hochdruck. Stuttgart: Thieme 1969.
- BRAVO, E. L., R. C. TARAZI and H. P. DUSTAN: On the mechanism of suppressed plasmerenin activity during β -adrenergic blockade with propranolol. *J. Lab. clin. Med.* **83** (1974) 119.
- OISTLER, A., H. J. KEIM, TH. PHILIPPI, U. WALTER and E. WERNER: Austeuschbares Natrium, Gesamtkörperkalium, Plasmavolumen und blutdrucksenkende Wirkung verschiedener Ouretika bei Patienten mit essentieller Hypertonie und niedrigem Plasmerenin. *Otsch. med. Wschr.* **99** (1974) 864.
- OOUGLAS, J. G., J. W. HOLLIFIELD and G. W. LIDDLE: Treatment of low renin essential hypertension. *J. Amer. med. Ass.* **227** (1974) 518.
- GUYTON, A. C., A. W. COWLEY, T. G. COLEMAN, J. W. DeCLUE, R. A. NORMAN and R. O. MANNING: Hypertension: a disease of abnormal circulatory control. *Chest* **65** (1974) 328.
- HEINTZ, R. und H. LOSSE: Arterielle Hypertonie. Thieme, Stuttgart, 1969.
- HOLZGREVE, H.: Die Frühbehandlung der leichten Hypertonie. *Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer* **33** (1973) 107.
- HOPPE-SEYLER, G. und P. SCHOLLMAYER: Hypertonie und Kochsalzrestriktion. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten* **1** (1974) 12.
- JAHNECKE, J.: Fortschritte in der Behandlung der Hypertonie. *Therapiewoche* (1974) 2263.
- JAHNECKE, J.: Risikofaktor Hypertonie. *Studienreihe Boehringer, Mannheim*, 1974.
- JAHNECKE, J.: Leistungsfähigkeit und Grenzen diagnostischer Verfahren bei der Hypertonie. *Internist* **15** (1974) 132.
- JULIUS, St.: Die Hämodynamik der Prä-Hypertonie und der Hypertonie. *Verh. dtsch. ges. Inn. Med.* (1974)
- KLAUS, O.: Chronisch-arterielle Hypertonie. In: *Kardiologie - Hypertonie*, S. 191. Herausgegeben von O. KLAUS - Taschenbücher für Allgemeinmedizin. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1974.
- KURTZMAN, N. A., V. K. G. PILLAY, P. W. ROGERS and O. NASH: Renal vascular hypertension and low plasma renin activity. *Arch. Intern. Med.* **133** (1974) 195.
- LEOINGHAM, J.M.: Ätiologie und Pathogenese der Hypertonie. *Internist* **15** (1974) 114.
- LOHMANN, F. W., TH. OISSMANN und J. HORN: Hypertonie und Myokardinfarkt unter besonderer Berücksichtigung des Blutdruckverhaltens nach dem Infarkt. *Z. Kardiol.* **63** (1974) 252.
- RAHN, K. H.: Differentialtherapeutische Prinzipien bei medikamentöser Hochdrucktherapie. *Internist* **15** (1974) 157.
- STROOBANOT, R., R. FAGARO and A.K.P.C. AMERY: Are patients with essential hypertension and low renin protected against stroke and heart attack? *Amer. Heart J.* **86** (1973) 781.
- STURM jr., A.: Arterielle Hochdruckerkrankungen. Steinkopf, Oermstadt, 1970.
- VETTER, G.: Klinische Prüfung eines neuen kallumsparenden Ouretikums zur Hochdruckbehandlung. *Münch. med. Wschr.* **115** (1973) 2249.
- WERNING, C.: Neue Aspekte bei der Behandlung des Hochdrucks. *Med. Klin.* **69** (1974) 1087.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. H. Lydtin, Leitender Oberarzt der Medizinischen Poliklinik der Universität München, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 8 a

Das Bayerische Krankenhausgesetz und die Krankenhausförderung in Bayern

von Dr. Herbert Genzel

(1. Teil)

I. Allgemeines zur Krankenhaussituation in Bayern

Der Freistaat Bayern hat mit dem Bayerischen Krankenhausgesetz vom 21. Juni 1974 (GVBl. S. 256 – Bay KrG –), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 1974, als drittes Land in der Bundesrepublik neben Hessen (1) und Rheinland-Pfalz (2) die gesetzlichen Voraussetzungen für einen sachbezogenen und wirkungsvollen Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes geschaffen und zugleich die Lösung einer Reihe wichtiger regelungsbedürftiger Probleme auf dem Krankensektor in die Wege geleitet.

Das Krankenhaus als modernes Instrumentarium ärztlicher Versorgung leistet zur Wiederherstellung der Gesundheit unserer Bürger infolge der raschen medizinischen und technischen Entwicklung einen stets wachsenden Beitrag. Die Vorhaltung bedarfsgerechter, leistungsfähiger Krankenhäuser ist eine öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge, die sich aus dem Sozialstaatsprinzip der Verfassung ableitet (Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 GG Art. 3 BV).

Nicht überall stehen heute in Bayern trotz nicht unbedeutender staatlicher Anstrengungen in der Vergangenheit – von 1966 bis 1971 wurden rund DM 475 Mio an Fördermitteln (Zuschüsse und Darlehen) im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs für die Errichtung von Krankenhäusern aufgewandt – ausreichende Einrichtungen der Krankenhausversorgung zur Verfügung. In dieser Zeit konnten ca. 14 000 Krankenhausbetten neu geschaffen werden. Mit einer durchschnittlichen Bettendichte (Bettenmeßziffer) von rund 74 Akutbetten auf 10 000 Einwohner liegt Bayern zwar etwas unter dem Bundesdurchschnitt (77 Akutbetten), aber hinter dem Saarland, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz an vierter Stelle aller Flächenstaaten. Die Hauptprobleme liegen heute aber weniger in der Quantität als in der Qualität des Leistungsangebots (3).

Dazu kommt infolge der besonderen bayerischen Verhältnisse der große Anteil an kleinen Krankenhäusern. Bayern als größter Flächenstaat der Bundesrepublik hat die meisten Krankenhäuser aller Bundesländer. Die Versorgung wird dabei zum Teil in kleinen und kleinsten Häusern durchgeführt (4).

Ein erheblicher Teil unserer Krankenhausbetten wird den heutigen Mindestanforderungen an eine moderne Krankenhausversorgung nicht mehr gerecht. Auch die Funktionseinrichtungen sind infolge der rasanten medizinisch-technischen Entwicklung der letzten Jahre vielfach überholt. Dies trotz der Tatsache, daß beson-

ders von den Kommunen als Krankenhausträgern infolge nicht voll kostendeckender Pflegesätze aufgrund der Bundespflegesatzverordnung aus dem Jahre 1954 in Bayern jährlich etwa DM 250 Mio Betriebszuschüsse und Defizitlasten getragen werden mußten. Die Defizite der freigemeinnützigen Träger dürften jährlich mit etwa 80 Mio DM angenommen werden. Dabei spielte auch das unverhältnismäßige Ansteigen der Preise für die Dienstleistungen im Krankenhaus von 1950 bis 1970 um rund 800 Prozent eine erhebliche Rolle.

Bei einer Analyse der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser darf der steigende Bedarf an Krankenhausleistungen nicht außer Betracht bleiben. Von 1960 bis 1971 ist die Zahl der stationär behandelten Personen (1960 7,4 Mio, 1971 9,65 Mio Patienten in der Bundesrepublik) um 30 Prozent gestiegen. Alle diese Fakten lassen für Gesetzgeber und Verwaltung drei Problemkreise in den Vordergrund treten:

1. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,
2. damit unmittelbar zusammenhängend eine konsequente Krankenhausbedarfsplanung für einen überschaubaren Zeitraum, aufbauend auf einer gründlichen Bestandsanalyse,
3. Modernisierung und Rationalisierung des Krankenhausbetriebs und Verbesserung der inneren Organisations- und Leitungsstruktur im Interesse des Patienten im Krankenhaus.

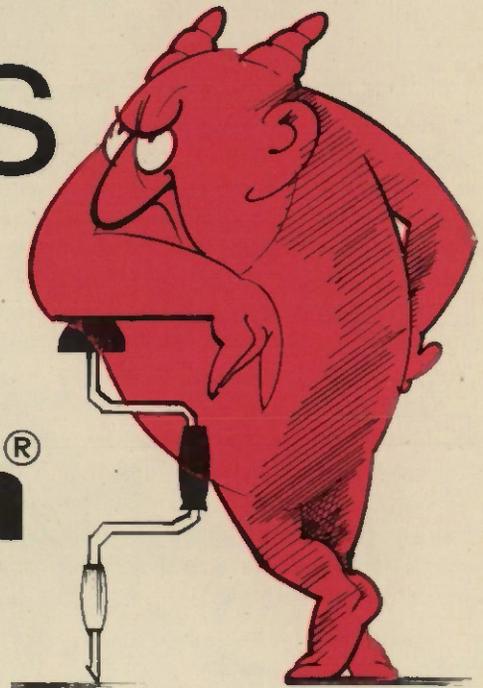
II. Die bisherige Entwicklung im Krankenhauswesen

1.

Wie bereits die Bezirksordnung von 1927 begründete die Landkreisordnung für den Freistaat Bayern (LKrO) von 1952 und die Gemeindeordnung (GO) von 1952 die Pflicht für die Landkreise bzw. die kreisfreien Städte, als Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches Krankenhäuser zu errichten und vorzuhalten (Art. 51 Abs. 3 Nr. 1 LKrO, Art. 9 Abs. 1 GO). Soweit diese Aufgabe die Leistungsfähigkeit eines Landkreises übersteigt, ist diese Aufgabe in kommunaler Zusammenarbeit zu erfüllen. Die Errichtung, die Unterhaltung sowie der Betrieb von Heil- und Pflegeanstalten, also psychiatrischen Fachkrankenhäusern, ist den Bezirken nach Art. 48 Abs. 2 Nr. 1 BezO übertragen. Der sogenannte *Sicherstellungsauftrag*, d. h. die normative Festlegung, wer für die Krankenhausversorgung in einem bestimmten Gebiet verantwortlich ist, erfolgte damit im Rahmen der Kommunalgesetzgebung.

Halsbeutel haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

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



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

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

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

Zusammensetzung:

Lysozym	5 mg
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. Resistenz gegen Bacitracin tritt praktisch nicht auf.²⁾

Packungsgrößen / Preise:

OP zu 24 Tabletten = DM 4,90
AP zu 240 Tabletten = DM 32,85

Literatur:

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

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD**

2.

Die Investitionskosten bei der Errichtung von Krankenhäusern wurden im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs (Art. 10 FAG) gefördert. Die Förderung des Krankenhausbaues erfolgte durch Zuschüsse und Darlehen bis höchstens 55 Prozent der förderungsfähigen Kosten.

Voraussetzung für eine Förderung, auf die kein Rechtsanspruch bestand, war die fachliche Billigung einer Maßnahme im Rahmen der fachlichen Prüfungsverfahren (5).

Es war insbesondere festzustellen, daß die Vorhaben mit den Grundsätzen der Krankenhausplanung in Einklang standen.

Die Erkenntnis, daß eine medizinisch wirksame leistungsfähige Krankenhausversorgung eine systematische Planung von Versorgungskapazitäten voraussetzt, führte aufgrund des Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 16. Mai 1961 zur Vorlage der Staatsregierung einer „Denkschrift zur Krankenhausplanung in Bayern“. Sie wurde vom Landtag am 21. Oktober 1966 gebilligt. Im wesentlichen beschränkte sich diese Denkschrift darauf, ausgehend von einer Bestandsanalyse allgemeine Planungsgrundsätze und Bedarfsschlüsselzahlen für die einzelnen Fachrichtungen zu erarbeiten.

3.

Eine wesentliche Ursache für die defizitäre Lage der Krankenhäuser in der Vergangenheit lag darin, daß als Leistungsentgelte für die Betriebskosten nur Pflegesätze gefordert werden konnten, die die Selbstkosten nicht voll deckten. Die Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten unterwarf aus sozialpolitischen Rücksichten die Pflegesätze für Patienten, bei denen die Sozialleistungsträger als Kostenträger einzutreten hatten und für Selbstzahler der dritten Pflegeklasse der Preisbindung. Dabei waren die herkömmlich geleisteten Betriebszuschüsse in Abzug zu bringen. Aber auch die reduzierten Selbstkosten entsprachen noch nicht dem Pflegesatz, da bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze neben der Kosten- und Ertragslage der Krankenhäuser gleichwertig die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger berücksichtigt werden mußte.

Der Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (sogenannte Krankenhausenquête) vom 19. Mai 1969 (BT-Drs. V/4320) stellte diese auf die Dauer unerträgliche finanzielle Situation der Krankenhäuser fest.

4.

Mit dem 22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 erhielt der Bund durch die Einfügung des Art. 74 Nr. 19a GG die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der

Krankenhauspflegesätze“. Auf der Grundlage dieser Kompetenz erließ der Bund das Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Damit wurde die Krankenhausförderung in den Ländern auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt. Gleichzeitig wurde die Rechtsmaterie der Krankenhauspflegesätze durch das KHG sowie durch die Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 eigenständig als ein Teil der Krankenhausfinanzierung normiert.

Die BPfIV trat im wesentlichen am 1. Januar 1974, das KHG, soweit die Förderung der Errichtung von Krankenhäusern in Betracht kommt, mit Wirkung vom 1. Januar 1972, hinsichtlich der laufenden Förderung gesetzlich bestimmter Leistungen am 1. Oktober 1972 in Kraft.

III. Wesentliche Grundsätze des KHG

1.

Das neue Recht hat das Ziel, die finanzielle Grundlage der Krankenhäuser durch die Verbindung von öffentlicher Förderung und kostendeckenden Pflegesätzen zu sichern. Nach der Grundkonzeption des Gesetzes übernimmt die öffentliche Hand die Vorhaltekosten für lang-, mittel- und kurzfristige Investitionen. Die Benutzer oder ihre Kostenträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, haben für die Kosten der Versorgung und der ärztlichen Betreuung (Betriebskosten) über die Pflegesätze aufzukommen.

2.

Die Förderung der Krankenhäuser erfolgt in Gestalt einer Vollfinanzierung, dabei müssen grundsätzlich die öffentliche Förderung nach dem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken. Als nicht förderungsfähige Eigenleistungen des Krankenhausträgers gelten grundsätzlich die Anlauf- und Umstellungskosten (auch wenn sie Investitionskosten sind), sowie die Kosten des Grundstücks, dessen Erschließung und Finanzierung sowie die Entgelte für die Nutzung von Grundstücken (§ 2 Nr. 2).

3.

Öffentlich gefördert werden Akutbetten in Krankenhäusern, d. h. Betten für Pflegefälle oder Patienten, die sich einer Kur unterziehen, fallen nicht unter die Krankenhausförderung. Ferner werden nicht gefördert Krankenhäuser, deren Finanzierung wegen ihrer spezifischen Zweckbestimmung oder wegen ihres Benutzerkreises auf andere Weise gesichert ist. Zu nennen sind etwa die Universitätskliniken, Krankenhäuser, die nicht bestimmte Voraussetzungen der Gemeinnützigkeitsverordnung erfüllen (6), die Tuberkulose-Krankenhäuser und die Versorgungskrankenhäuser; außerdem die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere Aus-

bildungsstätten sowie die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume (7).

4.

Die Förderung erfolgt durch Übernahme der bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Investitionskosten. Im Gegensatz zur bisherigen bayerischen Krankenhausförderung im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs, die Zuschüsse und Darlehen zu den beihilfefähigen Kosten vorsah, werden nach dem KHG in Bayern nur mehr Zuschüsse gewährt.

5.

Anspruch auf Förderung nach dem KHG haben nur solche Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern (8) und im Falle der Förderung der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern (§ 9 Abs. 1), der Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter (§ 9 Abs. 3) – durchschnittliche Nutzungsdauer von 15 bis 30 Jahre – und der Ergänzung von Anlagegütern in das erstmals bis zum 1. Oktober 1974 obligatorisch für 1975 zu erstellende Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen sind. Außerdem bedarf es feststellender Verwaltungsakte über die Aufnahme in diese

Pläne. Erst damit entsteht auch für den Krankenhausträger ein subjektiv-öffentliches Recht auf die Förderleistungen.

Für die Zeit bis zur Aufstellung der entsprechenden Pläne tritt an deren Stelle ein entsprechender feststellender Verwaltungsakt der Planungsbehörde (9). Zur Vermeidung von unzumutbaren Härten ist es möglich, auch anderen Krankenhäusern, die bei Inkrafttreten des Gesetzes (1. Oktober 1972) in Betrieb waren, für eine begrenzte Übergangszeit von höchstens zehn Jahren einen Ausgleich zu gewähren, um ihre Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Betriebes zu erleichtern.

6.

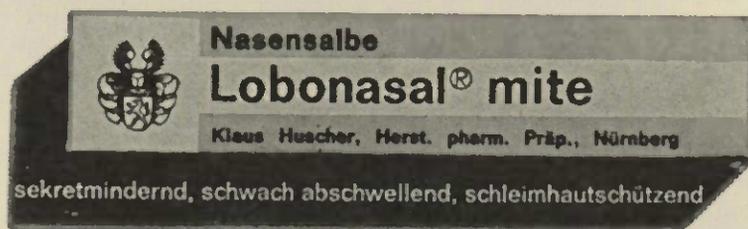
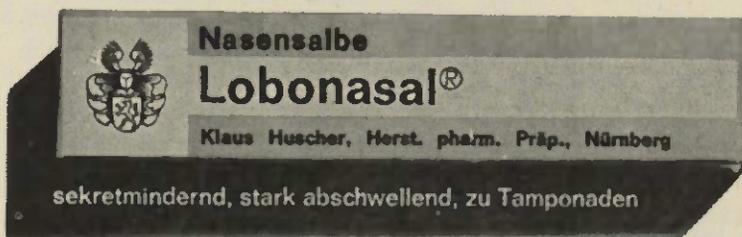
Neben der Errichtung von Krankenhäusern werden beispielsweise gefördert die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter – durchschnittliche Nutzungsdauer 3 bis 15 Jahre – und die sogenannte „alte Last“. Eine besondere Förderung ist die Pflegesatzstützung.

7.

Die Bewilligung der einzelnen Förderleistungen erfolgt ausschließlich durch die Behörden des Landes. Die Fördermittel werden aufgebracht einmal durch die Finanzhilfen des Bundes an die Länder und die

Differenzierte Nasenschleimhauttherapie mit

Lobonasal- Präparaten



KLAUS HUSCHER, 85 NÜRNBERG, ELSA-BRANDSTRÖM-STRASSE 1

Mittel des Landes. Der Bund stellt dabei ohne Begrenzung ein Drittel des Betrages bereit, der von den Ländern für gesetzlich bestimmte Leistungen etwa die Pauschalen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, nämlich die meisten medizinischen Geräte, aufgewandt wird. Eine Plafondierung der Finanzhilfen des Bundes ist dagegen vorgesehen für die Förderung von lang- und mittelfristigen Anlagegütern. Diese betragsmäßige Begrenzung der Finanzhilfen des Bundes war und ist ein wesentlicher Streitpunkt des Gesetzes.

In Bayern werden die Kommunen an der Aufbringung der Fördermittel nach dem KHG im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs herangezogen. Im wesentlichen ist vorgesehen, daß die Landkreise und kreisfreien Gemeinden mit 50 Prozent an den durch die Finanzhilfen des Bundes nicht gedeckten Kosten des KHG beteiligt werden. Der Kommunalanteil wird aufgebracht durch eine örtliche Beteiligung (grundsätzlich 10 bis 20 Prozent der förderungsfähigen Kosten für mittel- und langfristige Investitionen) der Landkreise und kreisfreien Städte für Aufwendungen – auch freigemeinnütziger und privater Träger – die in ihrem Gebiet entstehen; zum anderen durch eine Krankenhausumlage, die von allen kreisfreien Gemeinden und Landkreisen je zur Hälfte nach deren Umlagekraft und der jeweiligen Einwohnerzahl erhoben wird.

Für Bayern ergibt sich daraus, daß 1974 für die Krankenhausfinanzierung insgesamt DM 650 Mio zur Verfügung stehen. Davon sind Finanzhilfen des Bundes ca. DM 150 Mio, DM 250 Mio Haushaltsmittel des Freistaates Bayern und DM 250 Mio Mittel aus dem kommunalen Finanzausgleich.

IV. Das Bayerische Krankenhausgesetz

Der bayerische Gesetzgeber hat auf dem Gebiet des Krankenhauswesens bisher weitgehend Enthaltensamkeit geübt. Dies war durchaus nicht ein Nachteil, da ein Normperfektionismus gerade auf dem einem ständigen Wandel unterworfenen Krankenhauswesen statt einer Verbesserung und einer Beseitigung auftretender Schwierigkeiten die Festschreibung eines Zustandes bringt und damit natürliche, in die Zukunft gerichtete Entwicklungswege versperrt. Dazu kommt in Bayern eine gewachsene Krankenhausstruktur (10), die sich in der Vergangenheit bewährt hat und bei der die verschiedenen Träger entsprechend ihrem Selbstverständnis an der Aufgabe von dem Recht auf Selbstverwaltung und Selbstverantwortung ausgehen.

Für den Gesetzgeber ergibt sich daraus die entscheidende Frage, in welchem Umfang er im Rahmen seines gesetzgeberischen Ermessens Regelungen und damit auch Eingriffe vornehmen und zulassen will. Ausgangspunkt einer Regelung hat zu sein, jedem Patienten die bestmögliche ärztliche, pflegerische und apparative Versorgung im Krankenhaus zu angemessenen Kosten zu bieten.

Das BayKrG bringt einmal die zum Vollzug des KHG und der BPFIV notwendigen landesrechtlichen Regelungen, insbesondere Verfahrens- und Zuständigkeitsbestimmungen. Darüber hinaus enthält das Gesetz ergänzende Vorschriften zur Krankenhausplanung und Förderung, Bestimmungen über die Datenverarbeitung im Krankenhaus, den Datenschutz, den zentralen Bettennachweis und die Bildung eines Krankenhausbeirats zur Beratung aller grundsätzlichen Fragen des Krankenhauswesens. Bewußt wurde auf eine staatliche Reglementierung der inneren Struktur der bayerischen Krankenhäuser verzichtet. Der Freiheitsraum der verschiedenen Träger sollte zur Erhaltung ihrer Initiativkräfte und ihres bleibenden Interesses an der Aufgabe so wenig wie möglich geschmälert werden.

1. Zweck des Gesetzes und Geltungsbereich

Zweck des Gesetzes ist es, im Interesse der Bürger einen wirkungsvollen, patientenbezogenen Verwaltungsvollzug der Krankenhausfinanzierung in Bayern sicherzustellen.

In Art. 1 ist deshalb festgelegt, daß für alle Maßnahmen im Rahmen des Gesetzes, insbesondere der Krankenhausplanung und Förderung, oberster Grundsatz die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist.

Der Anwendungsbereich des Gesetzes umfaßt alle Trägergruppen. Es ist rechtlich ohne Bedeutung, ob es sich bei einem Krankenhaus Träger um einen öffentlichen, freigemeinnützigen oder privaten handelt. Das BayKrG geht davon aus, daß Krankenhäuser von verschiedenen Trägergruppen errichtet und vorgehalten werden können. Es besteht landesrechtlich kein Vorrang der öffentlichen Krankenhäuser, umgekehrt gilt auch nicht das Subsidiaritätsprinzip zugunsten freigemeinnütziger Träger. Entscheidend für eine öffentliche Förderung ist allein, ob ein Krankenhaus bedarfsnotwendig ist und neben der medizinischen auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf Dauer sicherstellen kann.

2. Krankenhausplanung

a) Nach der Grundkonzeption des KHG und des BayKrG ist die Krankenhausplanung Aufgabe des Staates. Dementsprechend sind im Rahmen der Krankenhausplanung für das gesamte Gebiet des Freistaates Bayern Krankenhauspläne aufzustellen, zu ergänzen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben. Damit steht fest, daß die staatliche Krankenhausplanung überregionalen Charakter hat und die örtliche Planung der zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung verpflichteten Kommunen nur insofern beeinflußt, als die gesamtplanerischen Ordnungsprinzipien zu berücksichtigen sind. Hinsichtlich der Objektplanung steht die Verantwortung der Träger im Vordergrund. Soweit ein Landkreis (oder eine kreisfreie

Ihre Patienten werden dankbar sein,
wenn Sie ihnen **SULF redox**[®]
verordnen, denn ...

SULF redox[®] enthält amphotere Mineralstoffe, welche die Redox-Systeme und pH-Werte im Verdauungstrakt wiederherstellen und aufrechterhalten.

SULF redox[®] entzieht den Dysbakterien den Nährboden, so daß die Eubakterien sich auf physiologischem Milieu entwickeln können.

SULF redox[®] fördert bei akuten Erkrankungen den Heilungsprozeß auf natürliche Weise und verhindert, prophylaktisch angewendet, auch bei Ernährungsumstellungen Darmstörungen.

Indikationen: Dysbakterie, Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholecystopathien, Pankreatopathien, Obstipationen, Adjuvans bei der internen Tumortherapie, Colica mucosa, Osteoporose, Akne vulg., Stoffwechselstörungen.

Kontraindikation: Bei den angegebenen Dosierungen sind Kontraindikationen nicht bekannt

Zusammensetzung:	1 Dragée SULF redox	enthält:		
	Na-Al-Silikat	320,00 mg	Ferr. glucon.	2,00 mg
	Sulfur praec.	115,00 mg	Cobalt. chlorat.	0,25 mg
	Calc. carb. praec.	17,50 mg	Mangan. chlorat.	0,25 mg
	Na-l-ascorbic.	30,00 mg	Saccharum lact.	235,18 mg

Original-Packung	60 Dragées	AVK DM	10,50
Kurpackung	250 Dragées	AVK DM	31,50
Granulat	120 g	AVK DM	5,30

Nebenwirkungen: Keine bekannt.



Muster auf Anforderung

TOSSA
ARZNEI

Arzneimittel so natürlich wie möglich

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Gemeinde) die örtliche Beteiligung nicht für ein eigenes Haus zu erbringen hat, ist er ebenfalls an der Objektplanung zu beteiligen. Dies kann besonders bei privaten Trägern zu nicht unbedeutenden Schwierigkeiten führen.

b) Die Festlegung der Ziele und Grundsätze der Krankenhausplanung war aus rechtsstaatlichen Gründen landesrechtlich geboten. Die Bewilligung der Fördermittel kann nämlich mit Bedingungen und Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Ziele der Krankenhausbedarfsplanung erforderlich sind.

Ziel der staatlichen Krankenhausplanung ist, ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser zu schaffen. Diese sollen nach Bau, Ausstattung und Organisation der medizinischen Betreuung der ihnen innerhalb der Gesamtordnung zugeordneten Aufgabe entsprechen. Damit kommt zum Ausdruck, daß eine gleichwertige Krankenhausversorgung der Bevölkerung im gesamten Gebiet des Freistaates Bayern herbeizuführen ist. Zur Erreichung dieses Zieles sind aufgrund dieser Bestimmungen auch Eingriffe in die Organisation der Krankenhäuser zulässig, die sich auf Maßnahmen beschränken, die unmittelbar der bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung dienen. Dies bedeutet, daß im Rahmen der Förderung Nebenbestimmungen rechtlich zulässig sind über Ausstattung und innere Betriebsorganisation, die im Interesse einer bestmöglichen Versorgung des Patienten geboten sind; so kann die Größe der Fachabteilungen, die Vorhaltung gewisser Fachdisziplinen, die personelle Ausstattung u. ä. beeinflußt werden.

Die Planung geht grundsätzlich von drei Versorgungsstufen entsprechend der bewährten bisherigen Gliederung in Bayern aus. Daneben sollen Fachkrankenhäuser und andere Krankenhäuser besonderer Zweckbestimmung (z. B. Nachsorgekliniken, Tag- und Nachtkliniken, Krankenhäuser der Ergänzungsversorgung in einem bestimmten Bereich) vorgesehen werden. Der Begriff der Versorgungsstufe wurde gewählt, weil damit nichts über die Wertigkeit, sondern lediglich über die Aufgabenstellung eines Krankenhauses im Rahmen der angestrebten Ordnung ausgesagt wird.

Ein Krankenhaus der I. Versorgungsstufe soll dabei eine Kapazität von 300 Krankenhausplanbetten (11) haben und jedenfalls die Grundfächer des operativen und konservativen Bereichs sowie die Fachrichtung Gynäkologie und Geburtshilfe umfassen.

Es handelt sich bei dieser Zahl um einen Richtwert, dem die Erkenntnis zugrunde liegt, daß bei der raschen medizinischen Entwicklung ein rationaler Einsatz der persönlichen und sächlichen Mittel nur möglich ist bei Krankenhäusern ab einer bestimmten Größenordnung (12).

Bei Krankenhäusern der II. Versorgungsstufe ist eine Kapazität von mindestens 500 Krankenhausplanbetten vorgesehen. Es muß über die Versorgungseinrichtungen der I. Versorgungsstufe verfügen; darüber hinaus soll es überörtliche Schwerpunktaufgaben erfüllen und entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Anforderungen genügen. Ein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe wird aller Regel Betten für Infektionskrankheiten vorhalten und soweit bedarfsnotwendig über weitere Fachabteilungen wie Kinderheilkunde, Radiologie, Urologie, Orthopädie, Neuro-

Ärzte kandidieren für den Bayerischen Landtag

Folgende Kandidaturen wurden uns bekanntgegeben:

Christlich-Soziale Union

Dr. Georg FUCHS, Würzburg,
Kinderarzt, Akademischer Rat
Dr. Ernst Theodor MAYER, München,
Nervenarzt, wiss. Assistent

Wahlkreisliste Unterfranken

Wahlkreisliste Oberbayern

Sozialdemokratische Partei

Dr. Wolf CREFELD, Mintraching, wiss. Assistent
Dr. Friedrich CREMER, Lengfurt, Allgemeinarzt

Stimmkreis Freising/Wahlkreis Oberbayern
Stimmkreis Würzburg-Land/
Wahlkreis Unterfranken
Stimmkreis Ingolstadt/Wahlkreis Oberbayern

Dr. Elisabeth HAMANN, Ingolstadt, Schulärztin

Freie Demokratische Partei

Dr. Fritz FLATH, Altenmuhr, Allgemeinarzt

Dr. Claus HASSLINGER, Starnberg, Augenarzt
Dr. Georg NIRRNHEIM, Naila, Allgemeinarzt
Dr. Paul SCHAUDIG, Weiden, Allgemeinarzt
Dr. Klaus ZOBEL, Lindau, Orthopäde

Stimmkreis Roth-Schwabach/
Wahlkreis Mittelfranken
Wahlkreisliste Oberbayern
Wahlkreisliste Oberfranken
Wahlkreisliste Oberpfalz
Wahlkreisliste Schwaben

logie, Neurochirurgie verfügen (13). Je nach Bedarfssituation und den Krankenhausplanerischen Gegebenheiten des Einzelfalls können in Krankenhäusern dieser Versorgungsstufe auch psychiatrische Fachabteilungen (Richtwert etwa 200 Betten) integriert werden.

Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe müssen mit ihrer Kapazität über ein Krankenhaus der II. Versorgungsstufe wesentlich hinausgehen, ohne daß der Gesetzgeber insoweit zahlenmäßige Festlegungen getroffen hat. Krankenhäuser dieser Versorgungsstufe sollen je nach dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis jede mögliche Hilfe diagnostischer und therapeutischer Art geben. Sie müssen deshalb auch entsprechende hochdifferenzierte medizinisch-technische Einrichtungen vorhalten. Um die Ziele der Raumordnung und Landesplanung zu beachten, ist landesrechtlich bestimmt, daß Krankenhäuser in zentralen Orten geeigneter Stufe errichtet werden sollen. Eine Abweichung von diesem Grundsatz erscheint nur unter besonderen Voraussetzungen rechtlich gerechtfertigt.

c) Der Regierungsentwurf enthielt keine Aussage darüber, wie in den einzelnen Versorgungsstufen die ärztliche Betreuung zu erfolgen hat, insbesondere in welchem Umfang die belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses möglich und im Interesse des Patienten auch geboten sein kann (14).

Diese Frage sollte, weil sie eng mit der fachlichen Gliederung zusammenhängt, im Rahmen der Krankenhausplanung entsprechend den Gegebenheiten des Einzelfalls, insbesondere der Bedarfssituation in einem bestimmten Gebiet, geprüft und entschieden werden (15). Auf Antrag des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik wurde gesetzlich bestimmt, daß je nach Bedarf und Lage des Einzelfalles in der I. Versorgungsstufe die Möglichkeit belegärztlicher Tätigkeit eröffnet werden soll. Damit sollte nur klar gestellt werden, daß die belegärztliche Tätigkeit entsprechend der bisherigen Praxis unangetastet bleiben soll. Dies gilt entsprechend auch für Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe und für Fachkrankenhäuser.

d) Diese gesetzlichen Grundsätze der Krankenhausplanung legen die anzustrebende Ordnung fest. Schon aus finanziellen Gründen müssen die bestehenden Krankenhäuser Ausgangspunkt der Krankenhausplanung in Bayern sein. Es wird eines längeren Entwicklungsprozesses bedürfen, bis die festgelegten gesamtplanerischen Ordnungsprinzipien verwirklicht werden können.

e) Bei den gesetzgeberischen Beratungen spielte u.a. die Frage eine bedeutsame Rolle, ob über diese Grundsätze und Zielvorstellungen der Krankenhausplanung hinaus eine nähere inhaltliche Ausgestaltung des Krankenhausbedarfsplans normiert werden, ins-

besondere ob die Fachrichtung Anästhesie sowie die Vorhaltung geeigneter Röntgeneinrichtungen und eines qualifizierten Labors in der I. Versorgungsstufe ausdrücklich im Gesetz verlangt werden soll. In der vom Landtag verabschiedeten Fassung sind die Grundsätze der Krankenhausplanung so gefaßt, daß die Anwendung neuer Erkenntnisse auf dem sich rasch entwickelnden Gebiet des Krankenhauswesens durch gesetzlich bis ins einzelne festgelegte Planungsrichtlinien und Grundsätze nicht behindert wird (16).

Die ausdrückliche gesetzliche Fixierung der Fachrichtung Anästhesie war nicht geboten, da sie nach den modernen Erkenntnissen der Krankenhausplanung integrierter Bestandteil des operativen Bereichs ist. Das Vorhandensein geeigneter Röntgeneinrichtungen und eines funktionsgerechten Labors bedarf keiner gesetzlichen Festlegung, da zu jedem medizinisch leistungsfähigen Krankenhaus diese Einrichtungen unabdingbar gehören. Mit Recht wurde in den Ausschußberatungen darauf hingewiesen, daß eine abschließende Aufzählung sich negativ auf die Einrichtung zukünftig neu entstehender Bereiche auswirken könne.

Die ebenfalls geforderte generelle, gesetzliche Verpflichtung der Integration von psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern der II. Versorgungsstufe verkennt, daß Ausgangslage jeder Planung bereits aus volkswirtschaftlichen Gründen die bestehende Bedarfslage sein muß. Eine Lösung ist nur bei der Bedarfsprüfung im Rahmen der jeweiligen Objektplanung möglich (17).

Anmerkungen

1. Hessisches Krankenhausgesetz vom 4. April 1973 (GVBl. f. d. Land Hessen I S. 144).
2. Landesgesetz zur Reform des Krankenhauswesens in Rheinland-Pfalz (Krankenhausreformgesetz) - KRG - vom 29. Juni 1973 (GVBl. Rhld.-Pf. S. 199).
3. Dies zeigt sich insbesondere auch darin, daß in Bayern gegenwärtig 35 Prozent der Akutkrankenhäuser älter als 60 Jahre sind und 7 Prozent dieses Alter in den nächsten zehn Jahren erreichen werden. Bei den Planbetten betragen diese Zahlen 40 Prozent bzw. 5 Prozent. Das würde bedeuten, daß innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre rund 35 000 Krankenhausbetten ersetzt werden müssen.
4. 15 Prozent der Akutbetten stehen in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten, 25 Prozent in Hospitälern unter 200 Betten, also zusammen 40 Prozent aller Akutbetten. Im Bundesdurchschnitt werden in einem Akutkrankenhaus 200 Planbetten vorgehalten; in Bayern sind es lediglich 150.
5. Vgl. Gemeinsame Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien der Finanzen und des Innern vom 29. März 1966 (StAnz. Nr. 14 und Nr. 15).
6. § 10 Abs. 2 oder 3 der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24. Dezember 1963 (BGBl. I S. 1592).
7. Hierzu zählen etwa Bereitschaftsräume für das Personal, Hausmeisterwohnung und betriebsnotwendige Aufenthaltsräume.
8. Der Bedarfsplan bildet die Grundlage für die Förderung ab 1. Januar 1974 (s. Bek. v. 19. April 1974 StAnz. Nr. 20 v. 17. Mai 1974).
9. Die vom Sozialministerium herausgegebene „vorläufige Förderliste 1973“ (s. Bek. vom 14. Juni 1973 AMBl. Nr. 14 S. 169) diente als verwaltungsinterne Maßnahme zur Berechnung von Abschlagszahlungen auf Förderleistungen. Sie beinhaltet nicht die entsprechenden Feststellungen.
10. 72,9 Prozent der Akutbetten sind in Krankenhäusern öffentlicher, besondere kommunaler Träger, 20,2 Prozent in freigemeinnützigen

und 8,9 Prozent in privaten Krankenhäusern; nach der Zahl der Akutkrankenhäuser sind 60,3 Prozent öffentlich, 17,8 Prozent freigelegene und 22,1 Prozent private Träger.

11. Planbett ist ein Bett, das krankenhaushygienisch und funktionell bestimmten Erfordernissen entspricht. Eine rechtssetzungsmäßige Festlegung ist bisher in Bayern nicht erfolgt.
12. Entsprechende Festlegungen sind im Bedarfsplan zu treffen.
13. S. Bedarfsplan Teil I Ziff. 3.2.2.
14. S. Patient und Belegarzt, Schriftenreihe des Hartmannbundes e.V.
15. Der Krankenhausbedarfsplan enthält neben ärztlich hauptamtlich geleiteten Krankenhäusern auch Belegkrankenhäuser bzw. wurden auch Fachrichtungen aufgenommen, die belegärztlich betreut sind. Im Interesse einer gleichwertigen Krankenhausversorgung aller Bürger wurde allerdings das Entkoppelungsgebot des § 5 BpflV auf Belegärzte ausgedehnt (s. Teil I Ziff. 2.3.).
16. Die Grundlagen für die Ermittlung des rechnerischen, absoluten Bettenbedarfs, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Bettenschlüssel (für die einzelnen Disziplinen) sind im Bedarfsplan Teil I Ziff. 4 festgelegt. Daneben stehen eine Vielzahl

von Faktoren, die regional den Bettenbedarf beeinflussen, wie etwa Fremdenverkehr, Sportgebiet, Altersstruktur, Krankheitshäufigkeit, Einweisungsgewohnheiten der Ärzte, soziale Sicherung der Bevölkerung u. ä., man spricht vom sogenannten relativen Bettenbedarf, der im Rahmen der Bedarfsplanung ebenfalls zu berücksichtigen ist (s. Oenkschrift S. 39). Es erscheint zweckmäßig, bei der Entwicklung neuer Schlüsselzahlen diesen relativen Bedarf durch ein Abgehen von festen Werten und Fixierung eines Rahmens Rechnung zu tragen. Damit wird insbesondere die regionale Planung transparenter.

17. Angesichts der gebotenen Richtgröße von 200 Betten für eine funktionsfähige psychiatrische Abteilung ist es nicht wirtschaftlich und auch nicht bedarfsgerecht, an jedem Krankenhaus der II. Versorgungsstufe Psychiatrie vorzuhalten. Das Hauptgewicht der psychiatrischen Versorgung wird auch in Zukunft aus rechtlichen und volkswirtschaftlichen Gründen bei den bestehenden Bezirkskrankenhäusern ruhen. Zur psychiatrischen Versorgung s. auch Oenkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkspräsidenten, München, 1971, S. 53 II.

(Schluß folgt)

Langzeittherapie als Gemeinschaftsaufgabe von Praxis und Klinik

Vorschau auf den 54. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 20. bis 22. September 1974

von A. Schretzenmayr

Am Anfang steht die ambulante ärztliche Versorgung: der Arzt, der als „Medizinmann“ schon so lange wirkt, als es Menschen gibt, besucht die Kranken und Verletzten oder sie suchen ihn auf. Weder in prähistorischer Zeit noch in den Anfängen der frühen Hochkulturen finden sich Hinweise auf „stationäre“ Krankenbehandlung. Auch Homer, der sich in der Ilias oft mit medizinischen Problemen befaßt – „Siehe, der Arzt ist ein Mann, der viele andere aufwiegt“ – und der über Verletzungen und Seuchen im griechischen Heer bei der zehnjährigen, verlustreichen Belagerung von Troja berichtet, gibt uns keinen Fingerzeig etwa auf das Bestehen eines Militärlazarets oder eines Truppenverbandplatzes. Die von ihm besonders gelobten Arztbrüder Machaon und Podaleirios üben vor Troja ihre Heiltätigkeit ambulant aus – der eine als Internist, der andere als Chirurg.

Erst in der nachhomerischen Zeit kommen im Laufe der medizinischen Entwicklung die ersten Hinweise auf eine „Hospitalisierung“: im Tempel des griechischen Heilgottes Asklepios, dem sogenannten Asklepieion, entwickelt sich im 5. Jahrhundert v. Chr. eine Heilmethode, die als Tempelschlaf weite Verbreitung findet und etwa zu gleicher Zeit, vielleicht sogar unabhängig von der griechischen Medizin, bei den Babyloniern und Ägyptern gepflegt wird (Abb. 1). Der Kranke wird „stationär“ in den Asklepiostempel „aufgenommen“, ein oder mehrere Nächte zu Füßen des Götterbildes gebettet und soll seine Träume dem Priesterarzt berichten. Am einfachsten ist die Behandlung, wenn dem Kranken im Traum Asklepios selbst erscheint und ihm Anweisungen für die Heilung seiner Krankheiten gibt (Abb. 2). In den meisten Fällen wird aber wohl eine Traumdeutung durch den Priester notwendig gewesen sein, der dabei möglicherweise schon freudianische Aspekte vorweggenommen hat, und den Patienten mit genauen Therapieanweisungen

aus der stationären Behandlung zur weiteren ambulanten Behandlung aus diesem Tempel-„Hospital“ entläßt.

Eine weitere Form, die als Vorläufer einer stationären Behandlung zu deuten ist, wird später in Athen und in Rom, dort noch im 2. nachchristlichen Jahrhundert gepflegt: die Ärzte beherbergen vereinzelt Patienten im Gästezimmer ihres Arzthauses (Iatreion). So wissen wir von Galenos (129 bis 199), daß er den Rhetor Protas in seinem Hause aufgenommen hat, um ihn auf eine bestimmte Diät einzustellen, und daß er einen anderen Patienten, der die ambulante Durchführung eines notwendigen Aderlasses verweigert hat, in seinem Privathaus „hospitalisiert“, um in Ruhe diesen Eingriff vorzunehmen.

Die Archäologen, die ja mit den Architekten beruflich verwandt sind, glauben, daß die Idee der Krankenhausbehandlung erst eine Errungenschaft der christlichen Zeit sei, daß sich das Krankenhaus aus den christlichen Xenodochien der Spätantike und aus der Kloster-Infirmerie entwickelt habe. Die Archäologen halten weder die Tempelschlaf-Institution noch die geschilderte Patientenaufnahme in das Arzthaus für Vorläufer der Idee des Krankenhauses, weil dabei kein Haus, keine spezielle Behandlung für den Kranken im Spiele sei.

Aus ärztlicher Sicht, so glaube ich, muß man dieser Meinung der Archäologen widersprechen. Das wesentliche der Krankenhausbehandlung ist – aus ärztlicher Sicht – nicht das Haus, sondern die Tatsache der „Hospitalisierung“, die ja bekanntlich eine ungeheure, häufig die wichtigste therapeutische Wirkung auf den Patienten ausübt. So ist der psychische Hospitalisierungseffekt am Beispiel des Tempelschlafs deutlich erkennbar; die griechischen Ärzte, deren Begabung für die Natur- und Krankenbeobachtung wir

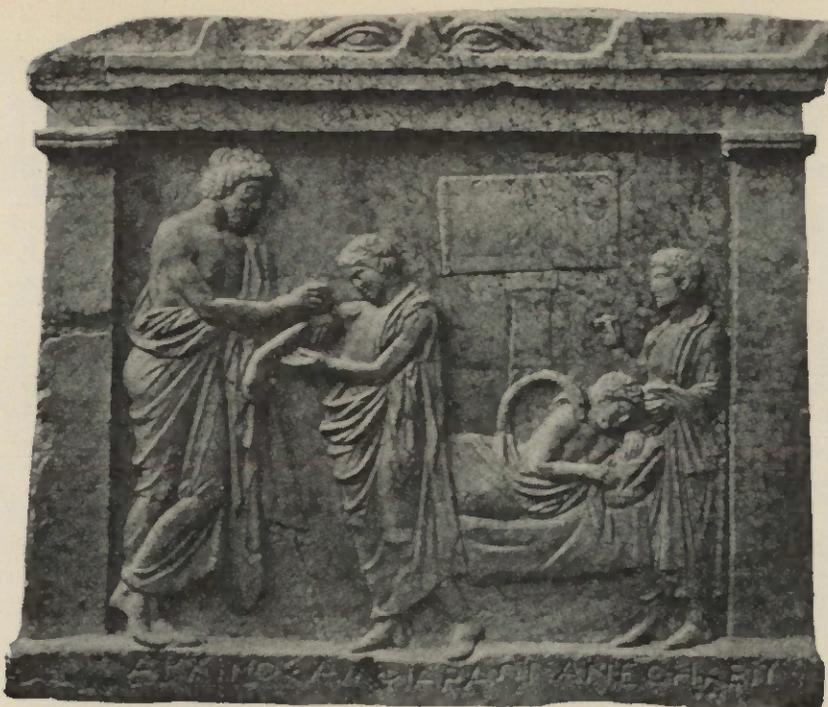


Abbildung 1

Frühestes Zeugnis einer „Hospitalisierung“ des Kranken: Das griechische Relief aus dem 5. Jahrhundert v. Chr. stellt eine Tempelschlafbehandlung dar; der Kranke (im Hintergrund auf dem Bett) wird im Tempel zu Füßen des Gottes oder in einem besonders für die Tempelschlafbehandlung eingerichteten Raum gebettet. Er träumt, daß ihn eine Schlange in die rechte Schulter beißt und teilt den Traum am Morgen dem behandelnden Arzt mit, der dann (Szene im Vordergrund) die vom Gott befohlene Behandlung durchführt

aus vielen schriftlichen und archäologischen Überlieferungen kennen, haben hier offenbar bewußt den Hospitalisierungseffekt benutzt, um therapeutische Erfolge zu erzielen. Ferner darf man die Durchführung einer Diätkur und die Vornahme einer Operation, wie sie in Fortführung der griechischen Anregungen für die privatklinikähnliche Aufnahme von zwei Patienten in Iatrosion des Galen geschildert werden, auch heute zu den häufigsten Indikationen einer Krankenhausbehandlung zählen. Wir müssen also die „Erfindung“ der Therapie durch Hospitalisierung, die „Erfindung“ der Krankenhausidee schlechthin viele Jahrhunderte weiter zurückverlegen, eben in jene glückliche Zeit der griechischen Medizin, die in Hippokrates und seinen Schriften ihren Höhepunkt erreicht hat. Zu den vielen Geschenken, die die Welt dem klassischen Altertum verdankt, gehört auch die Idee der Therapie

durch Hospitalisierung; dies ist der erste, der genialste Baustein zum Krankenhaus, zu unserem heutigen System der ambulanten und stationären Versorgung des Kranken.

Den zweiten Baustein, nämlich das Haus für den Kranken, lieferte „der Vater aller Dinge, der Krieg“: noch vor den frühchristlichen Bischofs-Xenodochien, denen bisher das Primat zuerkannt worden ist, bauten die römischen Legionen in Germanien in ihren festen Legionslagern neben den militärischen Anlagen und den Wohnbaracken jeweils auch ein großes Krankenhaus aus Holz oder Stein, das speziell dem Zweck der ambulanten und stationären Krankenbehandlung diente und Valetudinarium hieß. Erst die modernen

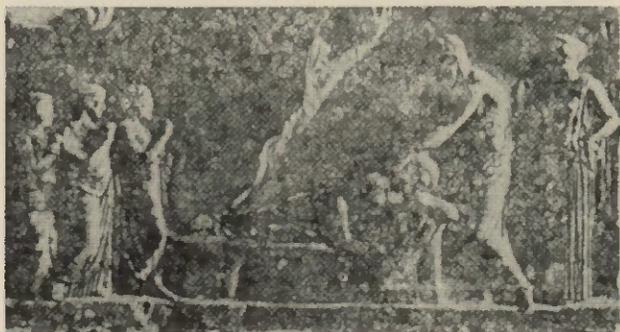


Abbildung 2

Tempelschlafszene aus dem Asklepieion von Piräus (um 400 v. Chr.). Hier bemühen sich Asklepios persönlich und seine Tochter Hygieie um die kranke, „stationär“ aufgenommene Frau. Die Angehörigen (links) machen einen Krankenbesuch

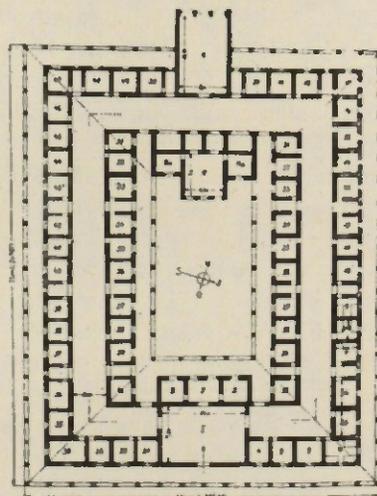


Abbildung 3

Grundriß des Valetudinarium des römischen Kastells Vetere II in Xanten

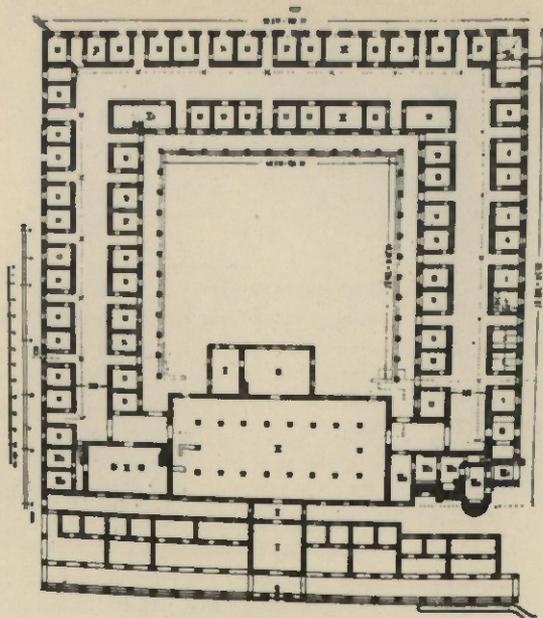


Abbildung 4

Grundriß des Valetudinarium des römischen Kastells Navaesium bei Neuß. Bei den Militärkrankenhäusern gemeinsam ist die stationäre Aufnahme der Kranken in Drei-Bettzimmern, wobei je ein Zimmerpaar durch eine dazwischenliegende Kemmer für den Pfleger verbunden war

archäologischen Forschungen haben diesen ersten Krankenhausbau der Welt klar erkennen lassen. In unserer schwäbischen Heimat ist durch Bodenfunde eine große Zahl von römischen Legionslagern erwiesen, z. B. Augsburg-Oberhausen, Aislingen, Faimingen, Heidenheim usw., in denen sicherlich jeweils ein solches Valetudinarium errichtet worden war; leider sind diese römischen Kastelle in Schwaben teils vom Hochwasser weggeschwemmt worden, teils wurden sie so frühzeitig entdeckt und ausgegraben, daß nicht die modernen Methoden der Bodenuntersuchung zur Anwendung kamen, die Rückschlüsse auf Art und Verwendung der ausgegrabenen Grundmauern gestatten. Wir müssen uns deshalb die Befunde von zwei Kastellen im Rheinland (Vetera II = Xanten und Navaesium = Neuß – Abb. 3 und 4) ausleihen. Das Typische dieses ersten Krankenhausbaues der Welt ist auf den beiden abgebildeten Grundrissen von Xanten und Neuß klar erkennbar: Das Krankenhaus der römischen Legion ist ein großer viereckiger (auch quadratischer) Steinbau mit einem „Impluvium“ (Innenhof) im Zentrum, wie wir es vom römischen Haus kennen. An den Außenwänden und an den Wänden des Innenhofs liegen die Zellen für die Kranken; zwischen beiden Zellenreihen liegt ein breiter Korridor. Die Zellen, die zwei bis drei Kranke beherbergen können, sind paarweise angeordnet. Je ein Zellenpaar wird durch eine schmalere, vom Korridor zu betretende Zelle getrennt und erst von dieser Art Vorraum kann die rechte und linke Krankenzelle durch eine seitliche Tür betreten werden. Man hat viel über diese eigentümliche, sicher mit der Funktion in Verbindung stehende Zellenanord-

nung gerätselt. Wahrscheinlich hat jeder Deutungsversuch eine Berechtigung: Vermeidung von Zugluft, Isolierung ansteckender Kranker; Aufenthaltsraum für den Krankenpfleger, der auf diese Weise übersichtlich seine ihm zugeteilten zwei Zellen beobachten und betreuen konnte. Bei verstärktem Anfall an Verwundeten und Kranken wurde vermutlich auch der breite umlaufende Korridor belegt – eine Behelfsmaßnahme, die das erste Krankenhaus der Welt bis heute mit allen Krankenhäusern der Welt gemeinsam hat. Der Trakt mit dem Eintrittstor zum Krankenhausrechteck blieb, wie aus der Zeichnung ersichtlich, besonderen Zwecken vorbehalten, auch hier sind noch nicht alle Umstände geklärt. Man erkennt in dem Grundriß eine große basilikaähnliche Halle, die wahrscheinlich kultischen Zwecken zur Verehrung eines Heilgottes diente, daneben finden sich auch Räume, die für ambulante Behandlung, eventuell sogar als Operationsraum gebraucht worden sind. In einem dieser Nebenräume wurde ein ärztliches Instrumentarium gefunden! Toiletten- und Badeabteilung ergänzen die Einrichtung, bemerkenswert ist auch, daß die Bettenzahl und die Zahl der Pflegepersonen bei allen bisher entdeckten militärischen Valetudinarien etwa gleich groß ist: 180 Krankbetten und 60 Aufenthaltsräume für die Krankenpfleger. Wahrscheinlich hat die militärärztliche Er-



Abbildung 5

Auch das erste Lenzzeithospital stand auf schwäbischem Boden: In der Vita des hl. Othmar (seit 719 erster Abt und Gründer des Klosters St. Gallen) heißt es: „Er hatte ein kleines Hospiz zur Aufnahme von Leprakranken, die getrennt von anderen Menschen leben mußten, erbaut. Dieses Asyl stand nicht weit vom Kloster, aber außerhalb der Häuser, in denen die übrigen Kranken aufgenommen wurden“

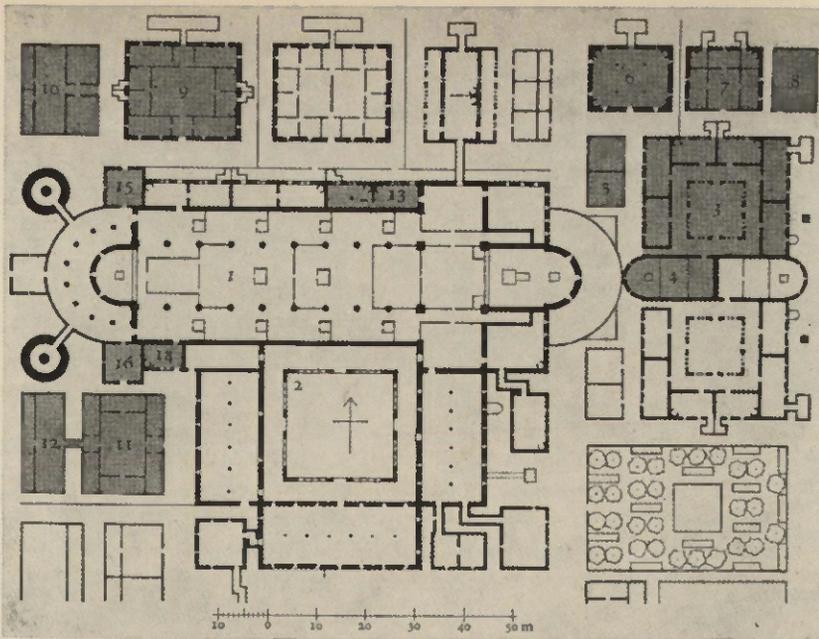


Abbildung 6
Der Klosterplan von St. Gallen

fahrung während der mehrere hundert Jahre dauernden Kämpfe mit den Germanen an der Donau- und Rheinfront diesen „Bettenschlüssel“ ergeben. Eigentümlicherweise haben sich in anderen Besatzungsgebieten des römischen Weltreiches keine Hinweise auf den Bau solcher Militärkrankenhäuser ergeben. Lediglich in den Verwaltungszentren großer landwirtschaftlicher Latifundien, für die große Sklavenheere beschäftigt wurden, sind Nachahmungen der militärischen Valetudinarien bekanntgeworden.

Der Einfluß, den diese funktionsgerechte Konstruktion des ersten Krankenhauses der Welt auf die spätere Entwicklung des Krankenhauses nahm, ist noch zu wenig erforscht. Die Bedeutung des „Korridors“ wurde bereits erwähnt. Aber auch die Anordnung der „Zellen“ entlang den Wänden findet sich wieder bei den großen Hallenkrankenhäusern des Mittelalters. Weitere Analogien sind mit großer Wahrscheinlichkeit

zu erwarten, wenn weitere römische Legionslager und -kastelle mit modernen Methoden erforscht werden. War also der zweite Stützpfiler für die Erfindung des Krankenhauses ein Geschenk des Krieges, so fügte das dritte Geschenk für die Entwicklung unseres heutigen Krankenhauswesens die frühchristliche Zeit hinzu: Die Krankenpflege als vornehmste Aufgabe der christlichen Nächstenliebe.

Auf diesem Boden und auf diesen drei Geschenken entwickelt sich nun das Krankenhauswesen unserer heutigen Kultur, zunächst in Form des frühchristlichen Xenodocheion (= Haus für Fremde), Nosokomeion (= Haus für Kranke), Gerokomeion (= Haus für Alte). Das Konzil von Nicaea (325) bestimmt, daß jeder Bischof in seinem Sprengel ein Xenodocheion zu errichten habe, das sowohl Kranke wie Arme, Pilger und andere der christlichen Fürsorge Bedürftige beherbergen soll. Das erste Xenodocheion wird der Mutter

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

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

O.P. zu 20 Dragees
DM 4,20
O.P. zu 50 Dragees
DM 7,50

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

EHRL & CO., Arzneimittel KG,
8 München 66

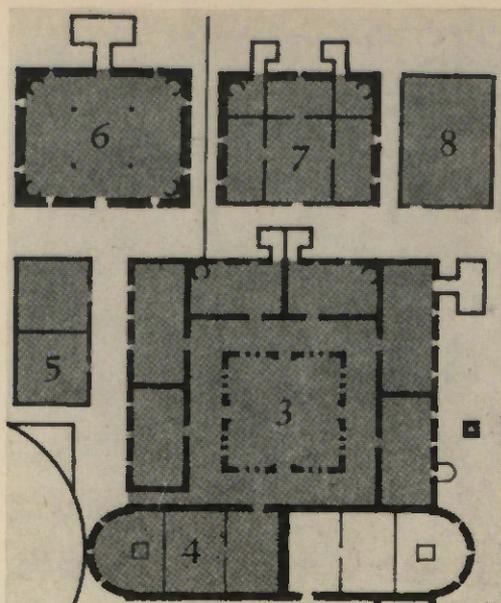


Abbildung 7

Ausschnitt aus dem Klosterplan von St. Gallen mit dem Krankheitstrakt

(Raum 3 = Krenkenseel; Raum 4 = Kirche, die mittels eines direkten Durchgangs mit dem Krenkensaal verbunden ist)

des Kaisers Konstantin, Helena, zugeschrieben. Gerühmt wird das von Basilius dem Großen (329 bis 379), Bischof von Caesarea, gegründete Xenodochium Basiliensis. Nun folgt eine große Zahl von solchen christlichen Stiftungen in der Periode der Bischofskrankenhäuser, die schließlich durch eine weitere Form des Krankenhauswesens, durch die Klosterkrankenhäuser ergänzt und im Laufe der Jahrhunderte ersetzt werden. Bahnbrechend wirkt hier der hl. Benedikt (480 bis 542), der als erster in der Krankenhauserrichtung und Krankenhauspflege eine Hauptaufgabe der Religionsgemeinschaften sieht und der in diesem Sinne die nach seiner Regel lebenden Gemeinschaften formte (Abb. 5).

Wir wollen nicht die ruhmreiche Geschichte der Klosterkrankenhäuser innerhalb der gesamten christlichen Welt im einzelnen verfolgen, wir wollen aber beim Orden des hl. Benedikt anknüpfen, um den nächsten Meilenstein in der Entwicklung des Krankenhauses zu nennen, ein Markstein, der in unserer schwäbischen Heimat steht: Dem Bistum Augsburg unterstehen zu karolingischer Zeit 24 Klöster, überwiegend Benediktiner-Klöster; in einem von ihnen, im Kloster St. Gallen, wird um 820 auf fünf zusammengenähten



Abbildung 8

Beispiel für die Weiterentwicklung des St. Gallener Klosterplans zum großen mittelalterlichen Hallen-Krankenhaus (Beaune Frankreich, Hôtel-Dieu). Der Altar und die Kanzel sind von jedem Krankenbett aus zu beobachten



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

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

Kontraindikationen:

Porphyrie, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anesthetika- 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 Anwendungswiese
siehe Packungsprospekt

Peckungen

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**



Pergamentblättern eine Muster-Klosteranlage (Abb. 6 und 7) des Benediktinerordens aufgezeichnet, die neben den für das mönchliche Leben erforderlichen Bauten einen pavillonartigen Krankenhaustrakt (in Abb. 7 schraffiert) zeigt: das Haus für Kranke, die „Infirmierle“ mit Küche und Badestube (5), das Aderlaßhaus (6), des Haus der Ärzte (7), die Apotheke sowie anschließend den Heilkräutergarten (8) und eine eigene Kirche (4) für den Krankenhaustrakt. Das wichtigste an diesem Krankenhausidealschema, das nicht nur in Schwaben, sondern im ganzen Abendland in seinen Grundzügen Nachahmung findet, ist folgendes: der Krankensaal der Infirmierle ist durch eine breite Öffnung (siehe Öffnung zwischen 3 und 4) mit der Krankenhauskirche verbunden; der Kranke soll in der Lage sein, von seinem Bett aus das religiöse Leben wie in gesunden Tagen mitzuerleben und darin Trost und Heilung finden. Und dieses Detail des St. Gallener Klosterplans wird im Mittelalter bis hinein in die Neuzeit zum architektonischen Grundprinzip des Krankenhausbaues: die großen Hallenkrankenhäuser des Mittelalters (Abb. 8) werden so geplant, daß von jedem Bett bzw. von jeder Zelle aus, der Kranke einen Blick auf den Altar werfen kann, um jederzeit die Tröstungen der Kirche zu empfangen. Dies ist neben der Hospitalisierung ein Teil, meist sogar der wesentlichste Teil der Therapie zu jener Zeit.

Wir haben bisher als den Träger der Idee der Hospitalisierung den Priesterarzt (Tempelschlaf), den ambulant tätigen Arzt (latreion des Galenos) den „pater omnium rerum“ (Valetudinarium), den christlichen Bischof (Xenodochion) und die Religionsgemeinschaften (St. Gallener Klosterplan) kennengelernt. Nunmehr soll die weitere Entwicklung der Krankenhausidee, insbesondere die Rolle des Bürgertums, der Kommunalverwaltung und schließlich des Staates angedeutet werden, indem ich die Rede des „rechtskundigen“ Bürgermeisters von Augsburg – Georg Forndran, auszugsweise wiedergebe, die dieser vor fast 120 Jahren, bei der Grundsteinlegung zu dem heute noch funktionstüchtigen Hauptkrankenhaus Augsburg am 19. Mai 1856 gehalten hat. Er beginnt mit der Rolle der Bischöfe von Augsburg für das Krankenhauswesen in unserer Stadt und nennt den hl. Ulrich (Abb. 9):

„Der nie aß, ohne Arme bei sich zu haben; der die Gebrechlichen mit den ausgesuchtesten Speisen labte. Noch zu des hl. Ulrichs Lebzeiten stiftete Walzer das Hospital zum Heiligen Kreuz, das der hl. Ulrich

mit Walzer noch vermehrte, und die Pfründner in einem Hause an der Stadtmauer, wo jetzt die Kirche zum Heiligen Geist steht, vereinigte. Des hl. Ulrich Nachfolger ermüdete nicht im guten Werke, Bischof Heinrich I. schenkte in die Kirche der hl. Maria sein väterliches Erbe Geisenhausen neben anderen Bestimmungen zur Speisung und Bekleidung hundert Armer; zu gleichem Zwecke schenkte Bischof Bruno sein Gut Straubingen. Vielleicht um dieselbe Zeit entstand das noch heute als Perle der städtischen Wohltätigkeitsanstalten blühende Hospital zum Heiligen Kreuz, genannt zum ersten Male in einer Urkunde vom Jahre 1245, als Papst Innozenz III. es in seinen Schutz nahm und ihm verschiedene Freiheiten verlieh“ (Abb. 10).

„Um dieselbe Zeit, zuerst genannt im Jahre 1264, entstand eine zweite Anstalt für Krankenpflege, das Siechenhaus von St. Servatius auf dem Griesse vor dem Roten Tore, zu dessen größten Wohltätern die Familie Langenmantel zählt, bestimmt zur Aufnahme Aussätziger und Unheilbarer, gelegt nach der Sitte jener Zeit vor die Stufen der Domkirche, um das heilige Almosen zu erbetteln.“

„Im fünfzehnten Jahrhundert zeigen sich auch die ersten Spuren der öffentlichen Krankenpflege. Um der fürchterlichen damaligen Seuche zu steuern, errichtete 1495 der Rath das Blatternhaus für diese Kranke, für Kranke an Skorbut, Krätze und Krebs. Im Jahre 1521, als die Krankheit des Brechens wütete, und Tausende in wenigen Wochen hinraffte, entstand das Brechhaus vor dem Stephingertor, später wahres Notlazarett, um dieselbe Zeit, wahrscheinlich das Nothaus für Wöchnerinnen, das Fugger'sche Blatternhaus in der Fuggerei, das Fugger'sche Holzhaus auf dem Gänsbühel und das für jene Zeit außerordentlich merkwürdige Schneidhaus für chirurgische Kranke.“

In einem späteren Teil seiner Rede zählt der rechtskundige Bürgermeister die Augsburger Patrizierfamilien auf, die durch Stiftungen die genannten Krankenhauseinrichtungen gefördert haben und schließlich kommt er auf die Ärzte, die sprechen: „Lassen Sie uns eine Gabe des Dankes legen zum Andenken an die herrlichen Ärzte Achill Gasser, zur Zeit der Pest, die beiden Occo, auch als Gelehrte bekannt, Raimund Minderer, Entdecker des schweißtreibenden Mittels, Riccius, den Leibarzt des Kaisers Maximilian und auf die Reihe der edlen Männer bis herab auf den hochverdienten gelehrten bischöflichen Leibarzt Ahorner.“



RECORSAN-LIQUID.

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

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

100 ml: Rutin solub. 0,8 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. 55,87 g, Apium grav. A. uncol. 55,73 g, Val. 13 g, Cole 4,3 g. • 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

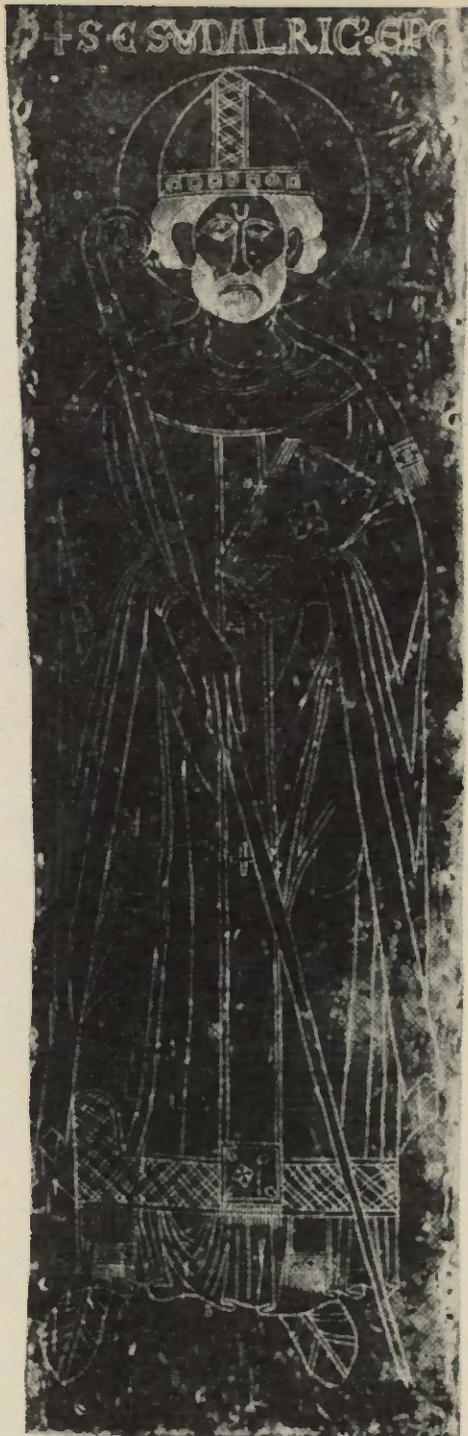


Abbildung 9

Der hl. Ulrich, Stifter des Hospitals zum Heiligen Kreuz in Augsburg (neu entdeckte Grabplatte)

Es handelt sich hier durchwegs um Mitglieder des Collegium medicum Augustanum, also um frei niedergelassene Ärzte, die gleichzeitig die Krankenhäuser versorgten. Erst der provisorische Vorgänger des mit dieser Rede einzuweihenden Hauptkrankenhauses hatte eigene Krankenhausärzte, die der Herr rechtskundige Bürgermeister als „die hochverdienten Oberärzte“, Dr. Dreyer, Dr. Hörger, Dr. Hegele und Dr. Reisinger benannte.



Abbildung 10

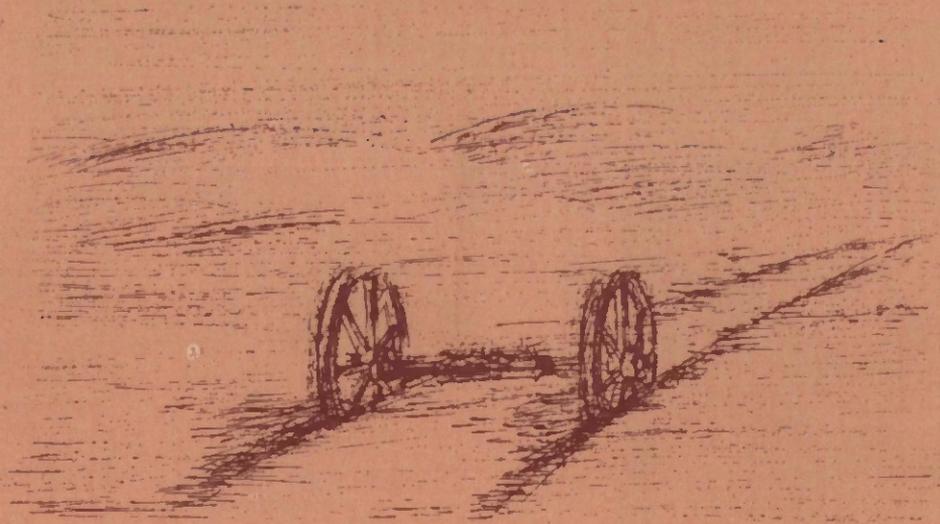
„Xenodochium Augustanum. Hospital in Augsburg. Zum Heiligen Geist genannt“

In diesem Zusammenhang ist noch ein Absatz aus der bei gleicher Gelegenheit gehaltenen Rede des Augsburger Krankenhausreferenten, des rechtskundigen Magistratsrathes Herrn Josef Zenz wichtig; er berichtet über eine Befragung der in Augsburg niedergelassenen Ärzte zu wichtigen Punkten der Krankenhausplanung am 26. Januar 1853: „Von fünfzehn Ärzten erklärten sich bis auf drei sämtliche für die Beibehaltung der Stelle des gegenwärtigen Krankenhauses“.

Der Bericht über diese erfreuliche Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten der Stadt Augsburg und den damaligen Krankenhausträgern bildet den Übergang zum Thema unseres 54. Augsburger Fortbildungskongresses: „Langzeitbehandlung als Gemeinschaftsaufgabe von Praxis und Klinik“.

Um diesem aktuellen Thema einen möglichst wirklichkeitsnahen Aspekt zu geben, haben wir die Chefärzte der Augsburger Krankenhäuser gebeten, nicht nur – wie bei den bisherigen Augsburger Kongressen – die klinischen Visiten auf ihren Abteilungen, sondern auch Hauptreferate im Kongreßsaal zu übernehmen. So finden wir mit Ausnahme einiger zusätzlicher Referenten, die auf Wunsch der Augsburger Chefärzte eingeladen wurden, diesmal auch Augsburger Namen auf dem Programm. Wir beginnen am Samstag, 21. September 1974, vormittags mit der „Langzeitbehandlung der chronischen Bronchitis“ (Professor Dr. BOPP, Bad Ems) sowie mit der „Langzeittherapie des Hochdrucks“ (Professor Dr. HEINTZ, Aachen) und „Langzeittherapie der chronischen Pyelonephritis“ (Privatdozent Dr. LOEW, Münster). Professor Dr. MATHIES, Leiter der Medizinischen Klinik des Rheumazentrums Bad Abbach, spricht über „Langzeittherapie beim entzündlichen Rheumatismus“ und Professor Dr. KNICK, Deutsche Diagnostik-Klinik in Wiesbaden, über die „Langzeittherapie beim Diabetes mellitus“.

Der Samstagnachmittag vereinigt die Kongreßteilnehmer um den runden Tisch zu einer Aussprache über



Festfahren, das heißt auf konflikthafte Vorstellungen fixiert, ist der neurotische Patient und damit in eine Spur eingefurcht, die chronische Störung von Befinden und Verhalten bedeutet.

Von der psychovegetativen Symptomatik, ängstlich gespannter Nervosität bis hin zu ausgeprägten Organ-Funktionsbeschwerden oder -läsionen des psycho-somatischen Typs bewegt sich der Ausdruck seiner Leiden.

1. *Lösung* des Patienten aus einer neurotischen Fixation und Freiheit zu neuer Aktion und Interaktion.
2. Symptomatische *Linderung*, sowohl der psychischen als auch der organischen Beschwerden, kennzeichnen die Wirkungskapazität und damit den therapeutischen Grundwert von *Valium® Roche*.



Valium Roche (Diazepam)

zeichnet sich durch entspannende, angstlösende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; ferner zur Ergänzung spezifischer Therapiemaßnahmen.

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszusehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z.B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflußt werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z.B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen: z.B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die im.-Applikation. Sollte sich die iv.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinkalibrigen Venen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach im.-Injektion (nicht aber nach oraler oder iv.-Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12–24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkulatorischer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z.B. Myokardinfarkt, Krampffustände sehr langsam iv.). Unter Klinikbedingungen kann Valium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei iv.-Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung, oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

Auch gilt für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger regelmäßiger Einnahme wird empfohlen abzustillen.

Wie andere Medikamente mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch Valium Roche bei Verabreichung an die Mutter charakteristische Veränderungen im fetalen Herzfrequenzmuster (Verlust der Kurzeitschwankungen) hervorrufen. Ein nachteiliger Einfluß auf den Fetus ist damit nicht verbunden; allerdings muß diesem Umstand bei der Interpretation von Aufzeichnungen der fetalen Herzaktion Rechnung getragen werden, weil damit die Kurzeitschwankungen als Kriterium zur Beurteilung des fetalen Befindens wegfallen.

Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1, 3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1, 4-benzodiazepin-2-on.

Packungen und Preise*:

20 Tabletten Valium 2 Roche	DM 3,20
50 Tabletten Valium 2 Roche	DM 7,40
20 Tabletten Valium 5 Roche	DM 5,50
50 Tabletten Valium 5 Roche	DM 13,05
20 Tabletten Valium 10 Roche	DM 8,85
50 Tabletten Valium 10 Roche	DM 21,—
100 ml Sirup Valium 2 Roche	DM 6,35
5 Zäpfchen Valium 5 Roche	DM 4,70
5 Zäpfchen Valium 10 Roche	DM 6,90
5 Ampullen Valium 10 Roche	DM 8,60

Weitere Anstaltspackungen
*unverbindlich



Hoffmann-La Roche AG
7889 Grenzach

die koronaren Herzerkrankungen, also über die Angina pectoris, ihre Sonderformen und über den Herzinfarkt, wobei der Münchener Kardiologe Professor Dr. BLÖMER als Moderator gemeinsam mit den Referenten des Kongresses die Indikationen, die Vor- und Nachteile der konservativen und der in letzter Zeit immer häufiger angewandten operativen Therapie an den Herzkranzgefäßen diskutieren wird.

Der Sonntag (22. September 1974) beginnt mit Augsburger Referenten: Professor Dr. NIKOLOWSKI berichtet über „Langzeittherapie in der Dermatologie und Venerologie“, Chefarzt Dr. GOSSNER über die „Langzeitbehandlung bei Funktionsminderung des bronchopulmonalen Systems einschließlich assistierter Beatmung“. Die Langzeittherapie der Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten Anlässe einer intensiven Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Hausarzt, dem hinzugezogenen Facharzt und den Krankenhausärzten. Die Vorteile einer therapeutischen Teamarbeit dieser drei Instanzen wird Professor Dr. BLÖMER, München, aufzeigen, der auch dieses zweite kardiologische Referat übernommen hat. Auch die Chirurgie hat wichtige Aspekte zum Generalthema des Kongresses beizutragen; die beiden Augsburger Krankenhauschirurgen treten nun an das Rednerpult: Professor Dr. BAUMGARTL erläutert „die Langzeittherapie bei Gallenblasenerkrankungen und nach Gallenblasenentfernungen“, Professor Dr. GUMRICH bespricht „die Langzeittherapie bei Magen- und Darmerkrankungen und Nachoperation“.

Der Sonntagnachmittag ist traditionsgemäß einer Podiumsdiskussion der Kinderärzte gewidmet: Professor Dr. NEIDHARDT: „Bösartige Tumoren und Leukämie“ sowie „Anfallskrankheiten“, Chefarzt Dr. HAGENMÖLLER „Nierenkrankheiten“ sowie „Stoffwechselkrankheiten“, Chefarzt Dr. FREISLEDERER „Akuter und chronischer Rheumatismus“ sowie „Mukoviszidose und adrenogenitales Syndrom“.

Klinische Visiten in allen Augsburger Krankenhäusern ergänzen die Vorträge im Kongreßhaus. Beim 54. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin sollen durch Aufbau des Themas und Auswahl der Referenten ein wichtiges, modernes Ziel angestrebt werden: Die heute bei vielen Krankheiten über Jahre und Jahrzehnte sich erstreckende Therapie führt den Patienten häufig in ständigen Wechsel zum Hausarzt, zum Facharzt, ins Krankenhaus und wieder zurück zum Hausarzt.

Die ärztliche Betreuung muß dabei von allen Therapeuten gemeinsam und in gegenseitiger Abstimmung getragen werden. Hausarzt, Facharzt, Krankenhausarzt müssen ein therapeutisches Team bilden, in dem jeder auf dem ihm zufallenden Sektor selbstlos, aber engagiert zum Wohle des Kranken sein Bestes für den Kranken und für die Langzeitbehandlung gibt.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. A. Schretzenmayr,
8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

Bayerisches Ärzteblatt 9/74

Personalia

Großes Bundesverdienstkreuz für Dr. med. Rolf Schlögell

Dem Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Rolf SCHLÖGELL, Köln, hat der Bundespräsident auf Anregung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Der Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Heinz EICHER, der die Auszeichnung am Abend des 4. Juli 1974 im Hause der Kassenärzteschaft in Köln überreichte, würdigte Dr. Schlögell (53) als einen engagierten Mann, der seit Kriegsende Entwicklung und Ansehen der ärztlichen Organisation in Deutschland mitbestimmt hat.

Staatssekretär Eicher wies auch auf die internationalen Verdienste Dr. Schlögells hin, der in den Jahren 1948 bis 1949 an den schwierigen Verhandlungen über eine Wiederaufnahme der deutschen Ärzteschaft in den Weltärztebund maßgeblich beteiligt war.

Dr. Böhm Präsident der WFPHA

Dr. Alfred BÖHM, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wurde zum Präsidenten der World Federation of Public Health Associations (WFPHA), der Weltorganisation der Vereinigungen des öffentlichen Gesundheitswesens, gewählt.

Dr. Schauwecker 60 Jahre BRK

Der bekannte Dichterarzt Dr. Heinz SCHAUWECKER in Berchtesgaden ist seit 60 Jahren Mitglied des Roten Kreuzes. Er ist Inhaber sämtlicher Auszeichnungen des Roten Kreuzes und des Freistaates Bayern für die Verdienste um das Rote Kreuz. Außerdem besitzt er als höchste Auszeichnung die Ehrenmitgliedschaft des Bayerischen Roten Kreuzes. Er ist nach wie vor aktiv im Bayerischen Roten Kreuz tätig.



Dr. Schleußner 75 Jahre

Dr. Armin Schleußner, Arzt für Allgemeinmedizin in Wunsiedel/Fichtelgebirge, vollendete am 31. August 1974 sein 75. Lebensjahr.

Geboren in Erlangen, studierte er nach Teilnahme am Ersten Weltkrieg in Erlangen und Würzburg und nahm nach langjähriger, vornehmlich chirurgischer Ausbildung 1931 eine selbständige ärztliche Tätigkeit als Arzt und Krankenhausarzt in Wunsiedel auf.

Von 1939 bis 1945 war er bei der Deutschen Wehrmacht auf verschiedenen Kriegsschauplätzen, zuletzt als Oberstabsarzt eingesetzt. Nach Rückkehr aus englischer Kriegsgefangenschaft nahm er seine Tätigkeit als Praktischer Arzt in Wunsiedel wieder auf.

Sofort stellte er sich, getragen von dem Vertrauen seiner Kollegen, der Standesorganisation in der Kammer und in der KVB zur Verfügung, gründete und leitete über 15 Jahre den Ärztlichen Kreisverband „Sechsamterland“ und ist heute noch tätig als 1. Vorsitzender des Bezirksverbandes Oberfranken und als 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Oberfranken der KVB.

Dem nimmermüden Kollegen, dem stets das Wohl seiner Kollegen am Herzen lag, einen herzlichen Glückwunsch ad multos annos.

Dr. Fritz Brendler

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

- Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Glaibühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)
Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Haemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

Dr. Engel 65 Jahre

Vor kurzem feierte der langjährige Hofer SPD-Stadtrat und Allgemeinarzt Dr. Richard ENGEL seinen 65. Geburtstag. Außerdem kann Dr. Engel im Dezember dieses Jahres auf seine 40jährige Tätigkeit als Arzt zurückblicken. Dr. Engel gehört seit 1952 dem Hofer Stadtrat an. Er war ferner zwei Legislaturperioden Mitglied im Bezirkstag von Oberfranken und im Bayerischen Landesgesundheitsrat.

Professor Dr. med. Wolf MÜLLER-LIMMROTH, Vorstand des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, und der wiss. Assistent Dr.-Ing., Dipl.-Wirtsch.-Ing. Wilfried DIEBSCHLAG wurden mit dem Jahrespreis 1974 für ihre wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Bekleidungsphysiologie, speziell Funktionssystem Fuß-Schuh, ausgezeichnet.

Privatdozent Dr. med. Hans SCHÄFER, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Versorgungskrankenhauses Bayreuth, wurde von der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft mit der „Werner-Körte-Medaille“ ausgezeichnet.

Rechtsfragen

Standeswidrige Werbung

Im Anschluß an sein Urteil vom 22. März 1973 (BayÄbl. 1973/696) hat das **Landesberufsgericht für die Hellberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht** nunmehr neuerdings in einem **Urteil vom 4. April 1974 (LBG - Ä - 3/73)** als letzte Instanz sich zu Fragen standeswidrigen Verhaltens eines Arztes in der Öffentlichkeit geäußert.

Der betreffende Arzt hatte in vier Fällen — praktisch durch die Gewährung von Interviews — Artikel über sich und seine Praxis in verschiedenen Presseerzeugnissen ausgelöst.

Zur Rechtfertigung seines Verhaltens hatte er sich im wesentlichen darauf berufen, daß er eine „Person der Zeitgeschichte“ sei, für die besondere Maßstäbe gelten müßten; außerdem machte er geltend, daß heute die gesamte Ärzteschaft in ähnlicher werberischer Form mit Bildern und Texten an die Öffentlichkeit trete.

Beide Argumente hat das Landesberufsgericht in zweiter Instanz entschieden zurückgewiesen. Dabei wird ausdrücklich hervorgehoben, daß gerade der Arzt nicht zur Befriedigung der Sensationslust der Öffentlichkeit beitragen darf, selbst wenn er eine bekannte Persönlichkeit ist. Vor allem aber hat das Landesberufsgericht deutlich hervorgehoben, daß keineswegs heute gesagt werden kann, daß die Gesamtärzteschaft ein werberisches Auftreten des einzelnen Arztes in der Öffentlichkeit billige. Es muß hier wiederholt werden, daß gerade Berufsgerichtsverfahren wegen standeswidriger Werbung erfah-

rungsgemäß nur gegen ganz bestimmte Ärzte notwendig geworden sind. Die ganz überwiegende Zahl der Ärzte mißbilligt das hier gerügte Verhalten einzelner Kollegen; demgemäß entsprechen die vom Landesberufsgericht zitierten Normen der Berufsordnung von 1970, die dem Arzt das Werben und Anpreisen verbieten, absolut der herrschenden Standesauffassung.

Im konkreten Fall hat das Landesberufsgericht die Verurteilung des Arztes zu einem Verweis und zu einer Geldbuße in Höhe von DM 3000,— bestätigt.

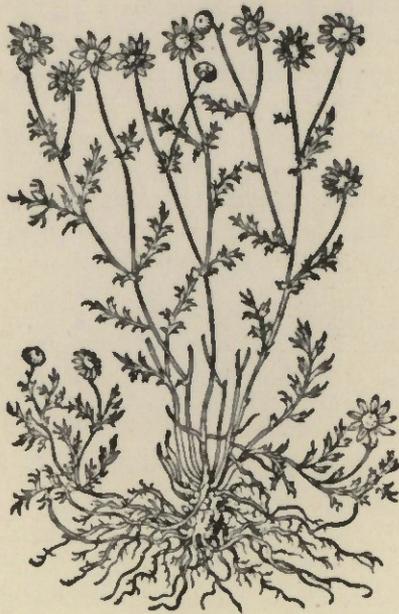
Aus den Gründen:

... Der Beschuldigte hat sich in allen vier Punkten einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht. Nach § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist der Arzt verpflichtet, sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert. Nach § 19 Abs. 1 der Berufsordnung ist dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig, anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen. Nach § 19 Abs. 3 der Berufsordnung darf der Arzt nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden. Gegen diese Vorschriften hat der Beschuldigte verstoßen.

Die vorstehenden Bestimmungen der Berufsordnung beruhen auf der Fassung, die der 23. Bayerische Ärztetag in seiner Sitzung vom 4. Oktober 1970 beschlossen hat. Der in Nummer 1 festgestellte Vorfall ereignete sich vor dem Inkrafttreten dieser Fassung. Die Neufassung weist jedoch gegenüber der im August 1970 (Vorfall Nr. 1) geltenden Fassung nur redaktionelle, keine sachlichen Änderungen auf, soweit Verstöße des Beschuldigten gegen die Berufsordnung in Frage stehen (vgl. § 2 Abs. 1, § 18 Abs. 1, Abs. 3 der Berufsordnung a. F.).

1. Alle vier Veröffentlichungen haben einen werbenden Charakter. Dessen war sich der Beschuldigte bewußt.
- a) In den Veröffentlichungen vom 19./20. August 1970 wurde nicht nur für das Gerät . . . , sondern gleichzeitig auch für die Praxis des Beschuldigten geworben. Die Vorzüge des Geräts wurden dargelegt. Es wurde darauf hingewiesen, daß der Beschuldigte für seine Praxis ein solches Gerät bestellt habe. Damit wurde die Öffentlichkeit darauf aufmerksam gemacht, daß der Beschuldigte über ein Behandlungsgerät verfüge, das anderen Ärzten bisher nicht zur Verfügung stehe. Der Beschuldigte hat diese Artikel zwar weder selbst verfaßt noch sie veranlaßt. Er war jedoch mit ihrem Erscheinen einverstanden. Er hat für die Vorführung des Geräts einen Praxisraum zur Verfügung gestellt und es dem Sportlehrer Sch. überlassen, wen dieser einladen wollte. Schon darin lag ein standeswidri-

Chamillenöl. Oleum Chamomelinum.



* Es wird auch von den erfahrenen Apothekern und Chymicis auf den Chamillenblumen ein schön blaues Delidistillat, welches zu vielen innerlichen Mängeln, sonderlich aber wider das grünnen gebraucht / etliche Tröpflein in einer warmen Träufel gar trefflich ist.*

Aus: Das Dritte Buch Det. Andr. Wolffst. von der Kraut. beschr. Natur und Wirkung. (1590)

Perkamillon[®]

liquidum

Standardisierter alkoholischer (48 Vol. %) Auszug aus hochwertigen Kamillenblüten für alle Bereiche der Kamillenanwendung.

Zur schnellen Bereitung von Kamillentees zur Rollkur bei Gastritis;
für Mundspülungen/Pinselungen bei Stomatitis und zur täglichen Mundpflege.
Für Teil-, Sitz- und Vollbäder;
Umschläge, Spülungen und Einläufe.
Zur Aerosolvernebelung.

Zusammensetzung: 100 ml Extrakt sind standardisiert auf einen Mindestgehalt von 170 mg äther. Kamillenöl mit 3 mg Chamazulen, Bisabolol/Bisabololoxid 50 mg, En-In-dicycloäther 20 mg.
Kontraindikationen: keine bekannt.

D/3121



Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 3,75
OP Tropfflasche mit 100 ml DM 8,85
AP mit 1, 5, 10 und 25 Liter.

ROBÜGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

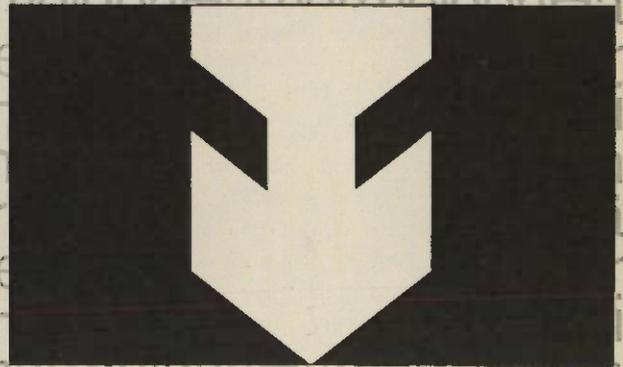
ges Verhalten. Da der Beschuldigte für die Vorführung Sch. freie Hand gelassen hatte, mußte er schon in diesem Zeitpunkt damit rechnen, daß im Zusammenhang mit dem Gerät auch auf seine Praxis hingewiesen werden würde. Der Arzt muß aber schon den Anschein der Werbung vermeiden. Dadurch, daß er Sch. die Gestaltung der Vorführung überließ, schuf er die Voraussetzungen dafür, daß die Vorführung als gesellschaftliches Ereignis aufgezogen wurde. Als Arzt konnte der Beschuldigte ein legitimes Interesse nur daran haben, seine Kollegen oder Kliniken auf ein von ihm für nützlich angesehenes neues Gerät hinzuweisen, nicht aber das Gerät, garniert mit bekannten Künstlern oder Sportlern der Presse vorzuführen. Dadurch, daß er zu diesem gesellschaftlichen Ereignis „als Hausherr“ selbst erschien, bewies er sein Einverständnis mit der Art der Durchführung und der Veröffentlichung der hierbei gegebenen Informationen und der gemachten Aufnahmen, die auch ihn zeigen. Da schon die Veranstaltung eines derartigen gesellschaftlichen Ereignisses in den Praxisräumen, von dem die Presse Notiz nehmen sollte, standesrechtlich unzulässig war, kann sich der Beschuldigte nicht darauf berufen, daß er die Reporter nach ihrem Eintreffen nicht mehr daran hindern konnte, über das Ereignis zu berichten.

b) Auch die Veröffentlichung vom 19. April 1972 beruht auf einem standeswidrigen Verhalten des Beschuldigten. Hierbei kann es dahingestellt werden, ob der Beschuldigte wegen seiner Beziehungen (vgl. BGH NJW 1965, 2148, 2150) zu den von ihm betreuten Fußballspielern wie diese (hierzu BGHZ 49, 288, 292) ebenfalls zu den Personen der Zeitgeschichte gehört und bejahendenfalls, ob er hierzu durch ein etwaiges früheres auf „publicity“ bedachtes und damit standeswidriges Verhalten geworden ist, so daß er sich standesrechtlich nicht hierauf berufen könnte. Zwar dürfen Bildnisse aus dem Bereich der Zeitgeschichte nach § 23 Abs. 1 Nr. 1 KunstUrhG ohne die sonst nach § 22 Satz 1 KunstUrhG grundsätzlich erforderliche Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden. Es handelt sich hier aber nicht um ein Bild, das der Beschuldigte nicht verhindern konnte — etwa bei der Behandlung eines verletzten Spielers am Spielfeldrand —, sondern um ein eindeutig zum Zwecke der Veröffentlichung aufgenommenes gestelltes Bild, wie schon das der Kamera zugewandte Gesicht des Beschuldigten und die dem Betrachter demonstrativ entgegengehaltene Spritze zeigen. Der Beschuldigte ließ sich zur Berichterstattung über seine Tätigkeit als Vereinsarzt des ... interviewen und stellte sich hierbei für ein Bild in Positur, das für eine sachgerechte Information der Öffentlichkeit nicht geeignet war. Dies war mit seinen Standespflichten als Arzt unvereinbar.

c) Auch bei der Veröffentlichung im ... handelt es sich um ein Interview. Auch eine Person der Zeitgeschichte ist nicht verpflichtet, Interviews zu geben. Sie braucht es nicht zu dulden, daß von ihr innerhalb ihrer privaten Sphäre, wozu auch ihr Geschäftsbetrieb und im Falle des Beschuldigten seine Praxis gehört, Aufnahmen zum Zwecke der Veröffentlichung angefertigt werden (vgl. BGHZ 24, 200, 208). Neben dem Bild stellt auch der Begleittext eine Werbung für den Angeklagten dar. Mit dieser Werbung war der Angeklagte einverstanden.

d) Nicht zuletzt der Artikel von oder über X. Y. hat werbenden Charakter. Auch hier werden die Fähigkeiten des Beschuldigten angepriesen. Es wird der Anschein erweckt, als führe der Beschuldigte in seiner Praxis Geschlechtskontrollen durch und als sei er für die Dauer der Olympischen Spiele mit dieser Aufgabe betraut worden. Die Berufung auf die angebliche Unmöglichkeit, sich als Person der Zeitgeschichte gegen die Veröffentlichung von Lichtbildern zu wehren, scheidet hier schon deshalb aus, weil die Ausnahmebestimmung des § 23 Abs. 1 Nr. 1 KunstUrhG nur den Bedürfnissen der Allgemeinheit nach einer sachgerechten bildmäßigen Information über Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens Rechnung tragen will und solche Veröffentlichungen nicht umfaßt, an denen ein schutzwürdiges Interesse der Allgemeinheit nicht anzuerkennen ist. Bloße Sensationslust rechtfertigt die Veröffentlichung eines Bildes ohne Einwilligung der abgebildeten Person nicht (BGH NJW 1965, 2148, 2149, 2150). Ein Bericht über die bei einer der Öffentlichkeit bekannten attraktiven jungen Frau, die bereits Mutter eines Kindes ist, angeblich durchgeführte Geschlechtskontrolle kann nur der Befriedigung der Sensationslust gedient haben. Der Beschuldigte hat an diesem Bericht dadurch mitgewirkt, daß er sich überhaupt auf eine derartige, durch nichts veranlaßte Vortäuschung einer Untersuchung eingelassen und sich zudem zur Ermöglichung eines publikumswirksamen Bildes hinter der dekorativ auf der Liege sitzenden X. Y. in Pose aufgestellt hat. Ein solches Verhalten ist über einen bloßen Verstoß gegen das Verbot der Werbung hinaus eines Arztes, der als solcher ernstgenommen werden will, unwürdig. Die Einlassung des Beschuldigten, es habe sich um Probeaufnahmen für eine geplante Fernsehsendung gehandelt, entlastet ihn nicht. Der Beschuldigte hätte schon aus Gründen der Kollegialität die Beauftragten der Fernsehanstalt von vorneherein an die Geschlechtskontrollkommission oder, wenn ihm deren Mitglieder unbekannt waren, an das Organisationskomitee der Olympischen Spiele verweisen müssen. Als Olympiaarzt hatte er nur ... zu betreten. Die sachgerechte Unterrichtung der Öffentlichkeit über Geschlechtskontrollen gehörte nicht zu seinen Aufgaben. Wäre das veröffentlichte Bild,

Alferm®



Prednisolon-Azulen-Kombination in Salben- und Zäpfchenform

Indikationen:

Entzündete innere und äußere Hämorrhoiden, Proktitis, Fissura ani, akute und chronische Analekzeme, Pruritus anogenitalis.

Kontraindikationen:

Varizellen
Spezifische Hautprozesse
Vakzinationsreaktionen
Mykosen

Handelsformen:

Alferm-Salbe
15 g DM 4,15
Alferm-Suppositorien
10 Stück DM 3,80
Alfermcombi
15 g Salbe und 10 Supp.
DM 8,95

100 g Salbe enthält:

0,100 g Prednisolon
0,050 g 1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen
0,100 g Allantoin
0,050 g Thymol
99,700 g Öl/Wasser-Emulsion

1 Zäpfchen zu 1 g enthält:

0,0010 g Prednisolon
0,0005 g 1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen
0,0250 g Oleum-Lini
0,0100 g Menthol
0,0005 g Thymol
in reizloser Suppositorienmasse



das ihn zusammen mit X. Y. zeigt und das für andere Ärzte ein Ärgernis darstellen mußte, nicht in der Funkzeitschrift . . . , sondern als Teil einer Fernsehsendung erschienen, so wäre es in einer noch breiteren Öffentlichkeit bekanntgeworden. Der Beschuldigte hat damit, daß das Bild der Öffentlichkeit bekanntwerden könne, gerechnet und dies gebilligt.

2. Der Beschuldigte beruft sich zu Unrecht darauf, daß auch von anderen Ärzten Bilder und Texte veröffentlicht würden. Zutreffend hat das Berufsgericht hierzu ausgeführt, daß die etwaige Verletzung der Berufspflichten durch andere Ärzte den Beschuldigten nicht von der Beachtung dieser Pflichten befreit. Die Meinung des Beschuldigten, daß in der Ärzteschaft derartige Veröffentlichungen nicht mehr als standeswidrig angesehen würden, vermag der Senat nicht zu teilen. Die vom Verteidiger aufgestellte Behauptung, die Veröffentlichungen entsprächen dem üblichen Verhalten der Gesamtärzteschaft, ist unrichtig. Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist jedenfalls in den Punkten, die für die Würdigung des Verhaltens des Beschuldigten von Bedeutung sind, keineswegs überholt. Sie stammt in ihrer jetzigen Fassung erst aus dem Jahre 1970. Für die vom Beschuldigten behauptete willkürliche Anwendung der einschlägigen Vorschriften durch eine nach dem Kammergesetz dazu berufene Stelle haben sich keine Anhaltspunkte ergeben.

Da der Beschuldigte mehrfach gegen die Berufsordnung verstoßen hat, hat ihn das Berufsgericht mit Recht einer Berufspflichtverletzung schuldig gesprochen.

Das Landesberufsgericht hält die vom Berufsgericht gegen den Beschuldigten verhängten Maßnahmen nach Art und Höhe für schuldangemessen. Der Beschuldigte war durch die ihm erteilte Belehrung bereits gewarnt. Er hat diese Warnung mißachtet und seine Pflichten als Arzt noch in stärkerem Maß verletzt als früher. Er hat dadurch das Ansehen der Ärzteschaft erheblich gefährdet. Er befindet sich in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Die neben einem Verweis verhängte Geldbuße von DM 3000,— ist daher keineswegs übersetzt. . . .

Paellinger, München

Amtliches

Verordnung von Betäubungsmitteln

Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung — § 10 Abs. 1 Ziff. 5 — müssen u. a. auf der Verschreibung eines Betäubungsmittels der Name des verschreibenden Arztes, dessen Berufsbezeichnung und Anschrift vermerkt sein. Wegen der Angabe der Berufsbezeichnung kommt es öfters zu Schwierigkeiten. Eine Reihe von Ärzten verwendet Stempel, bei welchen die einfache Berufsbezeichnung „Arzt“ fehlt. Die Facharztbezeichnung ist nicht erforderlich. Manche Ärzte vertreten den Standpunkt, daß die Angabe „Dr. med.“ ausreichend sei. Diese Namensergänzung kann nicht als Berufsbezeichnung angesehen werden.

Die Verordnung von Betäubungsmitteln muß daher nicht nur auf den amtlich vorgeschriebenen Vordruck erfolgen, es muß vielmehr auch ein Stempel verwendet werden, der zumindest die einfache Berufsbezeichnung „Arzt“ enthält. Die Apotheken sind nicht berechtigt, Betäubungsmittelverordnungen anzuerkennen, die diesen Vorschriften nicht entsprechen.

Feuilleton

Das Problem der Zeit

Gedanken zur Geriatrie

von Otto Schneider

Uns Menschen wurde das Danaergeschenk des Zeitbegriffs, des Empfindens für das, was Zeit ist, und für die damit verbundenen mathematischen und philosophischen Probleme in die Wiege gelegt, wobei man Wiege als die Wiege der ganzen Menschheit auffassen muß. In den Begriffen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft läuft das Schicksal des einzelnen und der Menschheit in der Geschichte zwangsläufig und schicksalsmäßig ab.

STAATL.
FACHINGEN
Rein natürlich

STAATL.
FACHINGEN

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

Die Vergangenheit ist eine unabänderliche Tatsache, eine stabile Realität, deren Konturen und deren Inhalt durch keinerlei Eingriffe von außen oder von innen, ja, nicht einmal durch sogenannte Wunder irgendwie verändert oder aus ihrer Stellung gerückt werden können. Das „panta rhei“ gilt nicht für sie, sie ist gewissermaßen vereist für die Ewigkeit, sie ist eber gewesen, war da, war einmal Zukunft, Gegenwart und Augenblick, lebendiges Geschehen, Geburt und Tod, Heß und Liebe, Schrecken, Angst, Verderben, Glück, kurz alles, was Sein, Werden, Geschehen, was Leben heißt. Allein die Beurteilung ihrer einzelnen Geschehnisse in ihrer Bedeutung für die Allgemeinheit ist ewigen Schwankungen unterworfen. Sie ist im übrigen, soweit sie uns persönlich betrifft, eingesargt und liegt wie in einem Grab, auf dem wir wehmütig die allmählich welkenden und vergehenden Blumen unserer Erinnerung hegen und pflegen, so lange wir nur irgend können. Und diese Vergangenheit ändert sich für uns mit fortschreitendem Leben nur insofern, als sie immer länger und ausgedehnter wird. Sie frißt wie ein Moloch — ein unersättlicher — uneufhörlich unsere Gegenwart und unsere Zukunft, wobei die Zukunft eilmählich immer kürzer und unansehnlicher wird.

Die Erkenntnis dieser Tatsache wird mit zunehmendem Alter klarer und deutlicher. Zukunftshoffnungen, die das Leben anregen und aktivieren wie der Brennstoff das Licht, werden immer unwahrscheinlicher und sinnloser, und die Not und die Angst des Alters werden durch diese fortlaufende Schrumpfung der Zukunft gefördert. Es bleibt dem Alter also eigentlich nur eine Alternative gegen diese Bedrohung: nach Möglichkeit der Gegenwart zu leben und sie so zu gestalten, daß sie auch dem ausklingenden Leben noch Sinn und Zweck anzubieten oder wenigstens vorzutauschen vermag.

Die Alternative zu erreichen ist aber keineswegs leicht. Das Alter pflegt, sich von der Gegenwart mehr und mehr abzuwenden, um sich ganz in Erinnerung einzusplinnen und damit nur noch der Vergangenheit zu leben. Das ist eine Art Selbsthilfe der Natur, aber eine

nicht sehr zweckmäßige, da die endere Lösung des Lebens für den Augenblick, die Gegenwart, zuträglicher wäre und den Menschen jung erhalten könnte. Vielleicht wäre die Einstellung auf diese Tatsache ein besseres Medikament als die vielen Verjüngungs- und Anregungspräparate. Die pharmazeutische Industrie wirft immer zahlreicher mit einer kaum noch übersehbaren Nomenklatur Produkte auf den Markt, angeregt durch die Geriatrie, den neuen Zweig der klinischen Medizin, die ihrerseits wieder ihre Ursache in der veränderten Alterszusammensetzung der Bevölkerung bei erheblich gesteigerter Lebenserwartung hat. So manche im Bereich der Geriatrie vorgeschlagene Maßnahme kommt einem zuweilen vor wie eine Prothese, eine künstliche Stütze, die zwar eine Erleichterung gibt, im Grunde aber doch eine gewisse Verschleierung einer realen Tatsache bedeutet. Über kurz oder lang muß sich jeder darüber klar werden: daß Alter eben Alter ist und bleibt, und muß sich notgedrungen diesem Zustand anzupassen suchen. Er muß am besten also aus der Not eine Tugend machen, zumal ja das ganze Leben ohnehin eine dauernde Anpassung verlangt, ohne die man nicht zu existieren vermag. Für viele ist dabei die Überwindung des Problems der Einsamkeit am schwersten zu ertragen. Freunde, Verwandte, Gleichaltrige sterben. Sie lassen eine nie zu schließende Lücke zurück. Eigentlich sollte daher der Selbsterhaltungstrieb dazu zwingen, alles aufzuwenden, um einen Ausgleich durch neue Bekanntschaften und durch Geselligkeit zu finden. Aber zumeist überwiegt das natürliche und durchaus verständliche Altersbedürfnis nach Ruhe. Die allmähliche physiologische Einengung der Interessen macht oft menschenscheu; und damit ergibt sich zwangsläufig ein unheilvoller *circulus vitiosus*. Beldes aber dürfte doch auch wieder eine Art Selbsthilfe der Natur sein, die das ablaufende Leben in einen Schongang zwingt, um es so lange wie möglich zu erhalten. Überlegter Wechsel zwischen ausreichender Ruhe und vorsichtig dosierter Abwechslung und Anregung dürfte also das beste Medikament zur Erleichterung des harmonischen Alterns sein. Und wie bei jedem Medikament

Solidago® > **Dr. Klein** <

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

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

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

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

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



UNRUHE



NERVO-OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. dioethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kol. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG:

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

HINWEISE:

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

Apothekenverkaufspreis incl. Mehrwertsteuer

NERVO OPT 50 Dragees DM 3,95

Verreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

müssen euch hier die Minimal- und Maximaldosen unter geneuer Prüfung der individuellen Leistungsfähigkeit eingesetzt werden. Aber das friedvolle und bewußte Genießen des Augenblicks, in dem Vergangenheit und Zukunft sich berühren, sollte über das Problem der Zeit, die an uns vorbei flutet und die uns unaufhaltsam mit sich fortreißt, einigermaßen hinwegtrösten.

Ob unsere Welt zeitgebunden ist, wird immer mehr oder minder ein Rätsel oder eine Sache des Glaubens bleiben. Daß aber unser Ich unweigerlich zeitgebunden ist, das ist und bleibt eine Tatsache, mit der wir uns abfinden müssen und die wir im Alter härter und schmerzlicher empfinden als in der Jugend. Daß aber unsere Zeit in Wirklichkeit doch nur sehr relativ ist und wir ihre Kürze oder Länge rein menschlich empfinden, das sollte man im Zeitalter Einsteins nicht vergessen. Dabei kann man von allen physikalischen Problemen und Überlegungen in Beziehung auf das Weltall absehen. Unsere eigene Zeit ist abhängig von Stimmung und Umgebung, denn wir empfinden sie bald kurz, bald lang. Aber mit zunehmendem Alter scheint sie uns mehr und mehr zu rasen, wie ein Fluß, der einem Wasserfall zuellt.

Ob Tiere und Pflanzen ein Empfindungsvermögen für die Zeit haben, ist schwer nachweisbar; sicher aber ist es von dem unseren grundlegend verschieden, zumal bei ihnen der für uns belastende Begriff des Endes, des Todes kaum vorhanden sein kann. Todesangst ist natürlich im Sinne des Selbsterhaltungstriebes auch dem Tier gegeben, hat aber mit dem Empfinden für den Ablauf einer Zeitspanne gar nichts zu tun. So besteht denn die Tatsache, daß einer der Hauptunterschiede des Menschen zu den anderen lebendigen Organismen die Empfindung und die Erkenntnis für den Begriff Zeit ist, mit dem das Gefühl der Endlichkeit und der Vergänglichkeit untrennbar verbunden bleibt. Und gerade dieses Gefühl ist es, das für den alternden Menschen am schwersten zu ertragen ist. Die Bestrebungen, alternde Menschen durch eine ihrem Alter und ihrem Kräftezustand angepaßte Arbeit gefährlichen Grübeleien zu entziehen, sind im Interesse eines harmonischen Alters zu begrüßen und mit Rücksicht auf die dauernd zunehmende Zahl älterer Menschen notwendiger und wichtiger als je zuvor. Diese Bestrebungen sind ebenso wichtig wie alle anderen Bemühungen und Versuche der Geriatrie. Aber leider hat man noch wenig von ihren Wirkungen gehört, was trotz der nicht geringen Schwierigkeiten grundsätzlicher Natur für den Gesetzgeber bei der Dringlichkeit des Problems bedauerlich ist. Ich erinnere an eine Änderung der Pensionierungsvorschriften. Immerhin besteht bei vertrauensärztlicher Tätigkeit der Eindruck, daß alte Menschen, ja sogar Rentner, die noch im Arbeitsprozeß stehen, schneller mit gewissen Leiden fertig werden als jüngere, ja, daß sie oft genug gegen ärztlichen Rat sich vorzeitig gesund zu melden suchen mit der Begründung, sie brauchten

Ihre Arbeit trotz Ihres Alters. Das materielle Moment spielt dabei keineswegs die Hauptrolle, sondern das positive Gefühl, unabhängig vom Alter noch etwas leisten zu wollen und zu können.

Jeder Mensch muß sich mit dem Problem der Zeit sein Leben lang physisch und psychisch irgendwie auseinandersetzen: wie er das tut, hängt unmittelbar von seiner jeweiligen Veranlagung nach der optimistischen oder pessimistischen Seite ab. Sache des Arztes, vor allem des Psychotherapeuten, ist es, gegebenenfalls diese Veranlagung in günstigem Sinne zu beeinflussen und zu helfen, den Zeitbegriff in ein harmonisches Ganzes einzugliedern. Diese Hilfe ist bei alten Menschen besonders notwendig, aber auch besonders schwierig, um die Leistungsfähigkeit im eigenen Interesse und dem der Allgemeinheit möglichst lange zu erhalten und die Angst vor Tod und Endlichkeit insoweit auszugleichen, daß sie nicht etwa verdrängt, sondern gefaßt und humorvoll als schicksalgebunden ertragen und in den Ablauf des täglichen Geschehens eingegliedert wird. Dem Alter entsprechend angepaßte Arbeit oder auch psychisch aktivierende Liebhabereien spielen dabei eine wesentliche Rolle. Die Zeit braucht nicht mehr ein Problem zu bleiben, sondern das richtige Verständnis für Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft vermag dem Leben erst den Sinn zu geben, der die unvermeidlichen Übel des Alltags und die nicht weniger unvermeidlichen Übel und Beschwerden des Alters leichter überwinden läßt.

Die Vorstellung von C. G. Jung, man müsse leben, als habe man noch hunderttausend Jahre vor sich, und der angebliche Ausspruch von Martin Luther, er würde am Abend noch ein Apfelbäumchen pflanzen, auch wenn er wisse, daß morgen die Welt untergehe, sind sicher mutige Ideen zur Überwindung eines depressiven Zeitempfindens, für den normalen Durchschnittsmenschen im allgemeinen aber doch utopisch und psychisch nur für wenige realisierbar. Man kann alten Menschen nicht Gedankengänge zumuten, die nur Ausnahmemenschen zugänglich sind, und sie damit überfordern.

Aber das Problem ist keineswegs ganz neu und stand schon im Altertum zur Diskussion. So gipfelt Ciceros Dialog „De Senectute“ mit dem Versuch, Tröstungen über das Greisenalter zu geben, in der These, daß es köstlich sei, zurückzublicken auf ein ausgefülltes Leben und viele vollbrachte lohnende Taten. Daß er daneben auf das Glücksgefühl hinweist, das durch die Betrachtung und das Genießen der Natur auch im Alter noch erreichbar ist, kann in positivem Sinne gewertet werden.

Wie sehr aber selbst das Genie eines Goethe mit der Psychologie des Alters und der Zeit gedanklich ringen mußte, geht aus dem Ende des Faust II. Teil besonders deutlich hervor. Als der gealterte und der erblindete Faust endlich das Erreichte zu haben glaubt, was seinem ganzen Leben erst den rechten Sinn gibt, muß er den unerfüllbaren Wunsch zum Festhalten des



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

Dosierung (Richtwerte)

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

Handelsformen und Prele

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



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

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

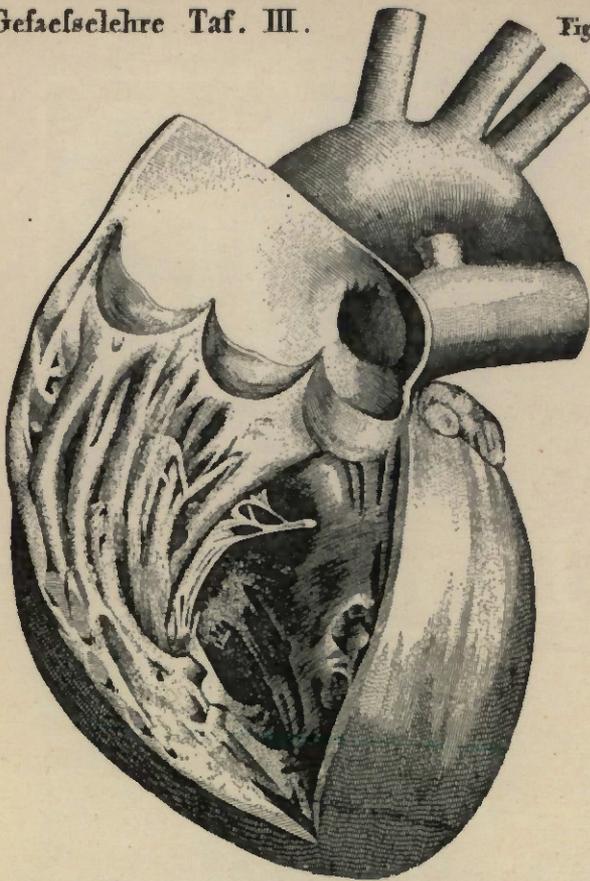


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie;
für die Kleine Herztherapie.

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diebetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verabreicht man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Cretaeagi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Vel. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,50;
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 8,30;
Großpackung mit 100 ml DM 21,45.

Augenblicks, der so schön ist, äußern und damit den einst geschlossenen Teufelspakt erfüllen, beenden und – sterben. Die Gegenwart ist Vergangenheit geworden und für immer vorbei. Hoffnung und Zukunft enden mit dem Tod.

Für die Überlebenden ist das Ausschalten des Zeitbegriffs und die Vorstellung einer möglichen Endlichkeit der Zeit ebenso undenkbar wie gedankliche Vorstellung einer Endlichkeit oder Unendlichkeit des Weltalls. Hier liegen die Grenzen unserer menschlichen Fähigkeiten. Nur der Gläubige hat die Hoffnung auf die Unsterblichkeit und die ewige Seligkeit, die keinen Zeitbegriff mehr kennt. Die Bedeutung, die damit auch die Religion für die Psychologie gerade des alternden Menschen gewinnt, kann in diesem Zusammenhang nur kurz erwähnt und angedeutet werden. Die Lebensgeschichte manches großen Menschen, besonders in seinem höheren Alter, könnte als Beispiel für diesen Hinweis angeführt und entsprechend gewertet werden. Weltanschauungsprobleme sollen aber hier ausdrücklich und ganz bewußt ausgeklammert werden. Denn Weltanschauung, welcher Art sie auch sein mag, ist, im Großen gesehen, kaum lehrbar oder anziehbar. Sie ist vorwiegend Gnade.

Den Ärzten aber obliegt es, gegebenenfalls auch ihren Patienten das keineswegs leichte Problem der Zeit in seinen mannigfaltigen Beziehungen verständlicher zu machen und ihnen damit ihre Beschwerden und Sorgen sowie ihren Lebensweg bis ins hohe Alter zu erleichtern, sowie ihnen die allen so sehr erwünschte Harmonie zu sichern.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Otto Schneider, Internist, 8630 Coburg, Elsässer Straße 8

Brief aus Bonn

Die Gesetzesinitiative der Bayerischen Staatsregierung zur gleichmäßigeren Verteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land hat den Bundesarbeitsminister nicht ruhen lassen, gegenüber den als konservativ verschrienen Unionspolitikern seine Progressivität zu beweisen. Mit heißer Nadel wurde ein Referentenentwurf zur Änderung des Kassenarztesrechtes und ein Vorentwurf zur Änderung der Zulassungsordnung gestrickt, um mit den Bayern gleichzuziehen. Nur wenige Stunden, bevor die Bayern ihre Gesetzesinitiative im Bundesrat präsentierten, waren in Bonn die hektographierten Entwürfe Arendts zu bekommen. Das wird wohl kein Zufall gewesen sein.

Arendt hat seinen Entwurf im übrigen mit der Neuregelung der Rentner-Krankenversicherung verbunden. Da diese Vorlage politisch weniger umstritten, aber um so dringlicher ist, hofft der Minister, auch die Änderungen des Kassenarztesrechtes 1975 über die Bühne des Gesetzgebers zu bringen. Diese Erwartung kann sich als falsch erweisen, denn auch die

Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung ist mit politischem Zündstoff beladen. Gegen den vorgeesehenen Belastungsausgleich laufen zumindest die Ersatzkassen Sturm; sie sehen das System der gegliederten Versicherung gefährdet, wenn bei den einzelnen Kassen deren finanzielle Autonomie beschnitten wird.

Das Ziel der Gesetzesvorlage ist von Arendts Spitzenbeamten wie folgt umrissen worden:

1. Das vorhandene Ärztpotential soll besser eingesetzt werden.
2. Die Neuzulassung von Ärzten soll sich am Bedarf orientieren.
3. Einer regionalen ärztlichen Unterversorgung soll wirksam entgegengewirkt werden.

Diese drei Ziele setzen eine Neuformulierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen voraus, wobei im Grundsatz auch künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen in erster Linie die Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung behalten sollen. Das Ministerium spricht von einer Stärkung der Befugnisse der ärztlichen Selbstverwaltung, was richtig und falsch zugleich ist, wie später noch zu zeigen sein wird. Der Sicherstellungsauftrag wird in dem Entwurf wie folgt umrissen: „Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen.“ Kurz: es geht um eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung, was immer man auch darunter verstehen mag.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird in den beiden Vorlagen eine Art Stufenplan entwickelt, der, was positiv zu bewerten ist, eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen den Vorrang läßt, der schließlich aber in dirigistischen Maßnahmen und der Ermächtigung an die Kassen endet, selbst medizinische Institutionen zur Sicherstellung der Versorgung zu errichten. Der Stufenplan sieht etwa wie folgt aus:

1. Zunächst haben die Kassenärztlichen Vereinigungen „in Zusammenarbeit“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen Bedarfspläne für die ärztliche Versorgung zu erstellen. Die Gesetzesformulierung läßt darauf schließen, daß für diese Pläne in erster Linie die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich sind. Diese Pläne müssen laufend fortgeschrieben werden. Für die Bedarfsplanung soll der Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen objektive Kriterien vorgeben.
2. Sogenannte Landesausschüsse haben dann darüber zu befinden, ob in bestimmten Gebieten eine

Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedierendes, stimmungsaufhellendes, 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, stimmungsaufhellend, hemmungslösend.

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum entpsychotisch, halluzinolytisch, entleutistisch.

DOGMATIL® (Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[1-(3-Hydroxy-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-oxantolylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Intelligenzverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larvierte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter; abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, Psycho-somatische Erkrankungen, Organneurosen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren, Weiterhin: Schmerzmittelprophylaxe jeder Genese. **DOSIERUNG:** Psychische oder psychovegetative Syndrome: 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln, M. N. D. (Vergiftg): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln, Fieberfals: 3 mg/kg Körpergewicht (= 1 mg DOGMATIL, Saft verteilt auf 3 Einzeldosen pro die.

Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLEITWIRKUNGEN:** Gelegentlich sexuelle Störungen, Trägheit, Allergien, Mundschleimhaut, Nasale, Akkommodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesen, extrapyramidale Erscheinungen; Parkinsonismen, Zyklotaxierungen, Galaktorrhoe, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Appetit, keine Relativ: Epilepsie, manische Phasen. In der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. **MIßWIRKUNGEN:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgehalt nicht voraussehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen ist Straßenverkehr und bei der Arbeit kann an ändert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei cardiac vorbeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenzen anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.

VEREINBARUNGSDOSIS: DOGMATIL, Kapseln, 30 zu 50 mg OM 18.00, 90 zu 100 mg OM 20.45, DOGMATIL, Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) OM 17.30 - DOGMATIL, Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) OM 13.50 - DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg OM 20.50 incl. MWST. Ferner: Anstattangaben, Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÖRHOLZ GMBH, 5 Köln 51, Oottesweg 64, Tel.: 373085/6/7.



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

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

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 0,066 mg Kaliumjodat (0,05 mg Jod) und 15 mg Glandulae Thyroideae siccatae (auf einen Gehalt an organisch gebundenem Jod von mindestens 0,18% eingestellt).

Indikationen

Prophylaxe und Therapie endemischer Kropfformen infolge Jodmangels.

Kontraindikationen

Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, Tachykardie, Herzinsuffizienz, Jodüberempfindlichkeit, Thyreotoxikose, dekompensierte Herzinsuffizienz, Tuberkulose

Besondere Hinweise

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

im Interesse der Mutter und um die Entstehung einer Neonatalstruma zu verhindern

Dosierung und Anwendung

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

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

Packungsgröße

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



dr. mann · 1 berlin 20

ärztliche Unterversorgung vorhanden ist oder droht. In diesen Landesausschüssen sind Ärzte und Kassen paritätisch vertreten; ihnen gehören zusätzlich drei unparteiliche Sachverständige an, auf die sich beide Seiten einigen müssen, andernfalls werden sie vom Arbeitsminister berufen.

3. Im Bedarfsplan ausgewiesene und nicht besetzte Kassenarztsitze müssen ausgeschrieben werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben alle geeigneten finanziellen Maßnahmen zu ergreifen, um den Kassenarztsitz zu besetzen; sie haben auch die Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen; und sie können im Einvernehmen mit den Kassen „Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung dienen“ betreiben. Zur Erläuterung sagten die Beamten, daß es sich hierbei auch um Ambulatorien und medizinisch-technische Gemeinschaftseinrichtungen handeln könne. Träger seien die Kassenärztlichen Vereinigungen; finanzielle Hilfen der Kassen seien möglich. Aber wie gesagt: das ist an die Zustimmung der Kassen gebunden.
4. Hilft das alles nichts, so kann der Landesauschuß nach angemessener Frist Zulassungssperren in ausreichend versorgten Gebieten anordnen, und zwar auch für bestimmte Facharztgruppen. Dabei wird auf den Zulassungsbezirk abgestellt, was sich freilich als unpraktikabel erweisen wird, da an der Niederlassung interessierte Ärzte dann in andere Zulassungsbezirke ausweichen könnten. Der Entwurf enthält eine Härteklausele.
5. Wenn auch der Dirigismus mit der Zulassungssteuerung nichts hilft, so soll nach dem Entwurf den Krankenkassen das Recht gegeben werden, ihre Versicherten in eigenen medizinischen Einrichtungen, insbesondere in Krankenanstalten, zu versorgen. Solche medizinischen Institutionen müssen von allen Kassen gemeinsam betrieben werden. Während solche Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Zustimmung der Kassen gebunden sind, brauchen die Kassen nicht auf die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu warten. Die Kassen können damit, wenn sie wollen, Eigeneinrichtungen der Kassenärzte verhindern, um in eigener Regie medizinische Institutionen zu betreiben. Hier wird also eine Weichenstellung von prinzipieller Bedeutung vorgenommen.

Was aus den Entwürfen wird, läßt sich schwer voraussagen. Von der CDU/CSU-Mehrheit im Bundesrat sollten sich die Ärzte nach der Bayern-Initiative nicht zuviel erhoffen. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß diese Entwürfe, wenn sie Ende 1974 oder Anfang 1975 in den Bundestag kommen, noch verschärft werden. Bis dahin dürfte der nächste SPD-Parteitag für die Gesundheitspolitik neue Daten gesetzt haben, die voraussichtlich über Arendts Linie weit hinausreichen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Aus dem Leben der Bayerischen Schriftstellerärzte

Heinz Schauwecker Ehrenpräsident des BDSÄ

Wir berichteten im Heft 5/1974, Seite 435, über das Jahrestreffen unserer bayerischen Landesgruppe, zu dem auch in diesem Jahre am 19./20. Oktober zu Ehren des 80. Geburtstages unseres Vorsitzenden Heinz Schauwecker eingeladen werden wird. Da solche Zusammenkünfte, die durch die Teilnahme der Damen eines gewissen familiären Charakters nicht entbehren, sich große Beliebtheit erwarben, so fand am 27./28. April dieses Jahres ein Frühlingstreffen in Aschaffenburg statt, das von unserem Confrère Professor F. Schmid hervorragend organisiert wurde. Confrère Alfred Rottler, Nürnberg, berichtet anschließend darüber. Das dort gehaltene grundlegende und allgemein interessierende Referat von Confrère Schmid „Das kritische Gedicht“ bringen wir in einer der nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“ zum Abdruck.

Vom 10. bis 12. Mai fand in Göttingen der Kongreß des Bundesverbandes der Deutschen Schriftstellerärzte statt, von dem Universitätsprofessor Dr. med. Gerhard Jörgensen, Göttingen, der seit einiger Zeit „Die Insel“ in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ redigiert, zum neuen Präsidenten gewählt wurde. Unser altbewährter Präsident und Vizepräsident der UMEM, Heinz Schauwecker, Berching, kandidierte aus Altersgründen nicht mehr und wurde zum Ehrenpräsidenten ernannt. Erfreulicherweise behält er aber den Vorsitz der Bayerischen Landesgruppe bei. Confrère Moiz, Keiheim, moderierte am Freitagabend eine Lesung der Schriftstellerärzte, die unter dem Motto stand: „Zwischen Angst und Geborgenheit — der Mensch“. Am Sonntagvormittag fand eine helter-satirische Matinee „Der fröhliche Hainberg“, eine Gemeinschaftsveranstaltung der Schriftstellerärzte und der Göttinger Schriftsteller, statt.

Nun folgt der Bericht über die Aschaffener Tagung. Dr. med. Robert Peschke, 8535 Emskirchen

Gelungener Aschaffener Tag der Bayerischen Schriftstellerärzte

von Dr. Alfred Rottler

Abgeblüht die Kirschbaumbüte und auch der Kastanien Laternen waren bereits ausgegangen, da lud uns Confrère Franz Schmid unter dem Vorwand Schöngestigkeit ins „Wirtshaus am Spessart“ ein zu Spuk und Spanferkel.

Wir zahlenmäßig spärlichen Bayern kannten ihn fast alle nicht. Die Hälfte aller Erschienenen (ein Antitabakskollegium übrigens) waren in unseren strengen



Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Ketarrhen.

Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mac. ex: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Duerc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g.

1 Dragee enthält: Rad. Althae. 0,006 g, Flor. Chamomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Duerc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g.

Indikationen: Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie.

Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.

Dosierung: Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man **Kindern bzw. Erwachsenen** 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Oragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5–6mal täglich.

Handelsformen:

Tonsilgon O. P. zu 30 ml DM 5,25 D. P. zu 60 Drag. DM 7,30
O. P. zu 60 ml DM 7,30 O. P. zu 100 ml DM 9,85



BIONORICA KG · NÜRNBERG

Augen Preußen, nämlich Hessen, wogegen er selbst, der gebürtige Böhme, bisher mit den Badischen paktiert hatte. Arglos, harmlos, wie ich bin, habe ich nichts Böses geahnt, obwohl seine Lockspeise sich alsbald als frommer Hammel entpuppte und sein ausgeworfener wohlgeschmeckender Köder „Das kritische Gedicht“ in sich den Fallstrick der Unlogik birgt. Denn, wie er selbst darlegt, soll Dichtung erfreuen und nützen, was einer ihrer Stammväter, Horaz, in „de arte poetica“ fordert.

Es war ein gediegener Vortrag des Kinderklinikers, Prof. Dr. med., der manchem Literaturhistoriker zur hohen Ehre gereicht haben würde. Sicher gilt bei ihm der Leitsatz: Der Fleißige hat immer noch ein bißchen Zeit. — Trotzdem, nachgerade weiß ich nun, daß Schmid mit der Saufeder in den Fäusten, in Jägerwams samt Spielhahnstoß am abgewetzten Lederhut hinter den Büschen und Baumstämmen der Hohen Warte, wo der Wald am dichtesten, ehrsamem Leuten unseres Schlages, dem Zirkelschmied Schauwecker und dem Goldschmiedlehrling Rottler, beide aus Nürnberg, auflauert. Wenn sich dazu der schalkhafte Student Picard und ein Hammann und ein Steinmetz gesellen und Frau Leyer als Gräfin Sandau vorstellt, dann läßt er sie drinnen in der Stube bei Buchenscheitfeuer braten, in selbiger Kneipe, wo es kein elektrisches Licht, nicht Rundfunk, kein Fernsehen, nicht Spielautomaten gibt, und wo man mit brennender Kerze im Geleit austreten muß.

Unser verlaufener Haufen erzählte sich seine Märchen, Sonette und lustige Geschichten, Reimereien und Schlagworte nicht aus Angst vor den draußen lungern den Räubern, auch nicht den gesellschaftsumstürzlerischen des Friedrich Schiller. Allerdings ließ eine wesentliche Sorge fast jeden einzelnen den eben vergangenen bedrohlichen Apriltag in einem echt kri-

tischen Gedicht zutiefst verurteilen: die Entscheidung zur Fristenlösung.

Abscheu vorm Kindermorden des Herodes hast du bezeugt.
Gesetzen genehmigten Fötentodes bist du geneigt.

Um ein Wort, das gesprochen „Die Geköpften begehen nicht die Fehler der Kopflösen“ — abzuwandeln: Ausgekratzte stören nicht den satten Frieden bequemer Wohlständler!

Selbstverständlich, wenn Du Leben zeugst, so stellst Du etwas in die Welt, was wirken wird, tätig in Läufe und Abläufe eingreifen wird — Du übernimmst eine ungeheure Verantwortung.

Ein Bissiger rang sich da eine hart hingeworfene Bemerkung ab: „Wie wäre wohl die Abstimmung verlaufen, wenn man 247 gewisse Jasager zur 21ßer-Fristierung noch vor der Frist abradirt hätte?“ Es ist schon so, mühelos zündet man im Zorn das Haus an, das einer in einem halben Leben mühevoll gebaut hat.

Uns Ärzte, die wir dem Steckenpferd des Schriftstellers frönen, wird mit jedem Jahr mehr bewußt, wir sollten eigentlich bestimmter und eindringlicher von der Vergänglichkeit allen Lebens schreiben. Ein Neuling in unserm Kreis, der Debutant, Meny, trug seine Kritik vor: „Die Ungeborenen, könnten sie sich verständlich machen.“ ... Mord möchten wir schreiben ... uns trifft im Verborgenen heimtückisch der Stahl. Und selten ein Anwalt! ... Armseliger Menschenfeind, lachend zerstörst du dich selbst. ... Des Abendlands Zukunft stirbt stumm. Doch man plärrt Parolen durch Megaphone, daß es teuflisch widerhallt. ...

Wir aber sterben indes, man tanzt und lacht. Höllengelächter, Tanz auf Vulkanen, die einmal ausbrechen werden.

Kongresse

1. Seminars für spezielle gastroenterologische Endoskopie

Fortbildung, Information und Training am 2. Oktober 1974 in München

Theme:

Gastrointestinale Polypektomie und Makroperitikelbiopsie
Erfahrungen in der gastroenterologischen Endoskopie werden vorgelegt.

Leitung:

Professor Dr. med. R. Ottenjann

Auskunft und Anmeldung:

Dr. med. W. Bertelheimer, 8000 München 83, Oskar-Marie-Greif-Ring 51, Telefon (0 89) 6 79 43 15

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 5./6. Oktober 1974
in Bad Kissingen

Themen:

Personenidentifikation — Lymphogranulomatose

Auskunft:

Sekretariat des 1. Vorsitzenden der Bayerischen Röntgengesellschaft 1974, Medizinaldirektor Dr. Hans Schlotter, Städtische Krankenanstalten, 8510 Fürth, Jakob-Henle-Straße 1, Telefon (09 11) 7 38 11 App. 203

Innsbrucker Mediziner-Studentenkompanie des Heeres und der Luftwaffe

am 5./6. Oktober 1974 in Innsbruck

Treffen der ehemaligen Angehörigen zu einer Wiedersehensfeier anlässlich des klinischen Wochenendes.

Ort:

Innsbruck, Hotel Greif, Am Triumphbogen, Nebenzimmer

Auskunft:

Dr. Dr. Erich Gressi, 8000 München 70, Hofmannstraße 26/1, Telefon (0 89) 78 83 31

54. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 20. bis 22. September 1974 in Augsburg

Thema: Langzeittherapie als Gemeinschaftsaufgabe von Praxis und Klinik

Freitag, 20. 9. 1974

16.00 Uhr: Laborseminar — Klinische
Visiten — 20.00 Uhr: Filmabend

Samstag, 21. 9. 1974

9.00 — 9.30 Uhr:

**Langzeittherapie der chronischen
Bronchitis**

Prof. Dr. K. Bopp, Bad Ems

9.30 — 10.00 Uhr:

Langzeittherapie des Hochdruckes

Prof. Dr. R. Heintz, Aachen

10.00 — 10.30 Uhr:

**Langzeittherapie der chronischen
Pyelonephritis**

Privatdozent Dr. Loew, Münster

11.00 — 11.30 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie beim
entzündlichen Rheumatismus**

Prof. Dr. H. Mathias, Bad Abbach

11.30 — 12.00 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie beim
Diabetes**

Prof. Dr. B. Knick, Wiesbaden

14.00 — 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:

**Die koronaren Herzerkrankungen —
konservative Therapie/chirurgische
Möglichkeiten**

Einleitendes Kurzaufsatz:

Prof. Dr. H. Blömer, München
anschließend Diskussion

Sonntag, 22. 9. 1974

9.00 — 9.30 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie in der
Dermatologie und Venerologie**

Prof. Dr. W. Nikolowski, Augsburg

9.30 — 10.00 Uhr:

**Langzeitbehandlung bei Funktions-
minderung des bronchopulmonalen
Systems einschließlich assistierter
Beatmung**

Dr. E. Gossnar, Zusmarshausen

10.00 — 10.30 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie der
Herzinsuffizienz**

Prof. Dr. H. Blömer, München

11.00 — 11.30 Uhr:

**Langzeittherapie bei Gallenblasener-
krankungen und nach Gallenblasen-
entfernungen**

Prof. Dr. F. Baumgartl, Augsburg

11.30 — 12.00 Uhr:

**Langzeittherapie bei Magen- und
Darmerkrankungen und Nachopera-
tion**

Prof. Dr. H. Gumrich, Augsburg

14.00 — 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:

**Probleme der Langzeittherapie in der
Pädiatrie**

Einleitende Kurzaufsätze:

**Bösartige Tumoren und Leukämie —
Anfallkrankheiten**

Prof. Dr. M. Naidhardt, Augsburg

**Nierenkrankheiten — Stoffwechsel-
krankheiten**

Dr. F. Hagganmüller, Augsburg

Akuter und chronischer Rheumatie-

**mus — Mukoviszidose und Adreno-
genitales Syndrom**

Dr. W. Fraisladarar, Augsburg

Auskunft:

Sekretariat des „Augsburger Fort-
bildungskongresses für praktische
Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinn-
straße 2, Telefon (08 21) 3 37 77

1. Kurs für ambulante gastroenterologische Endoskopie

am 26./27. September 1974
in München

Leitung:

Professor Dr. med. R. Ottanjan

Methoden:

Ösophago-Gastro-Duodanoskopie,
partiella Koloskopie, Rekto-Sigmo-
idoskopie, Leberblindpunktion, Dünn-
darmbiopsie

Auskunft und Anmeldung:

Dr. med. W. Bartalhaimar,
8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-
Ring 51, Telefon (0 89) 67 94 315

Fortbildungspraktikum der „Augenärztlichen Fortbildung“

am 21./22. Oktober 1974 in München

Ort:

Klinikum rechts der Isar der Techni-
schen Universität München, Ismanin-
gar Straße 22 (Eingang Einstein-
straße)

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H.-J. Mar-
tété, 8000 München 80, Ismaninger
Straße 22, Telefon (089) 41 40 23 21

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. alcc.	80,0 mg
Extr. Salicis aquos alcc.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spir. alcc.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passiorin liq.

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

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit 50 Dragees DM 4,25

Kurpackung mit 250 Dragees DM 16,—

Passiorin liq.:

Flasche mit ca. 100 ml DM 5,80

Kurpackung mit ca. 500 ml DM 23,80



Passiorin®

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen war im Juni niedriger als im Mai; die Erkrankungsziffer, die im Mai nochmals auf 99 angestiegen war, sank auf 67, jeweils auf 100 000 Einwohner und umgerechnet auf ein Jahr. Übertragbare Hirnhautentzündung trat in etwa gleicher Zahl wie im Vormonat auf.

Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm im Juni gegenüber dem Vormonat ab, und zwar von 31 auf 24 je 100 000 Einwohner. Unverändert häufig, nämlich mit 29 Erkrankungen je 100 000 Einwohner, trat im Juni Hepatitis Infectiosa (übertragbare Leberentzündung) auf.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. Juni bis 29. Juni 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Ophthar- tharia		Scher- lach		Kinder- lähmung		Obertragbers				Gehirn- entzün- dung		Typhus abdomi- nells		Para- typhus A und E		Bak- terielle Ruhr (ohne Amöben- ruhr)		Enteritis infectiose				Botu- llismus	
							Hirnheutentzündung		Salmo- nellose										übrige Formen					
							Meningo- kokken- Meningitis		übrige Formen										Salmo- nellose		übrige Formen			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	1	-	206	-	-	-	3	-	12	-	-	-	2	-	1	-	2	-	79	-	1	-	-	-
Niederbayern	-	-	35	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	17	-	-	-	5	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	76	-	-	-	2	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	30	-	-	-	1	-
Mittelfranken	-	-	82	-	-	-	2	-	7	-	2	1	-	-	1	-	1	-	22	-	4	-	-	-
Unterfranken	-	-	84	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	58	-	-	-	2	-	4	-	-	-	-	-	1	-	1	-	16	-	1	-	-	-
Bayern	1	-	558	-	-	-	17	-	53	-	2	1	3	-	3	-	4	-	204	-	6	-	1	-
München	-	-	84	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	34	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	24	-	-	-	1	-	5	-	1	1	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	3	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepa- titis Inlec- tiosa		Ornithose				Bang- sche Krank- heit		Q- Fleber		Toxo- plas- mose		Wund- starr- krampf		Toll- wut								Ver- dachts- fälle von Toll- wut ²⁾	
			Paltta- cose		übrige Formen																			
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	101	2	1	-	4	1	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Niederbayern	11	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Oberfranken	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mittelfranken	37	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Unterfranken	31	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
Schwaben	36	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Bayern	245	4	1	-	7	1	2	-	2	-	3	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	36
München	52	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

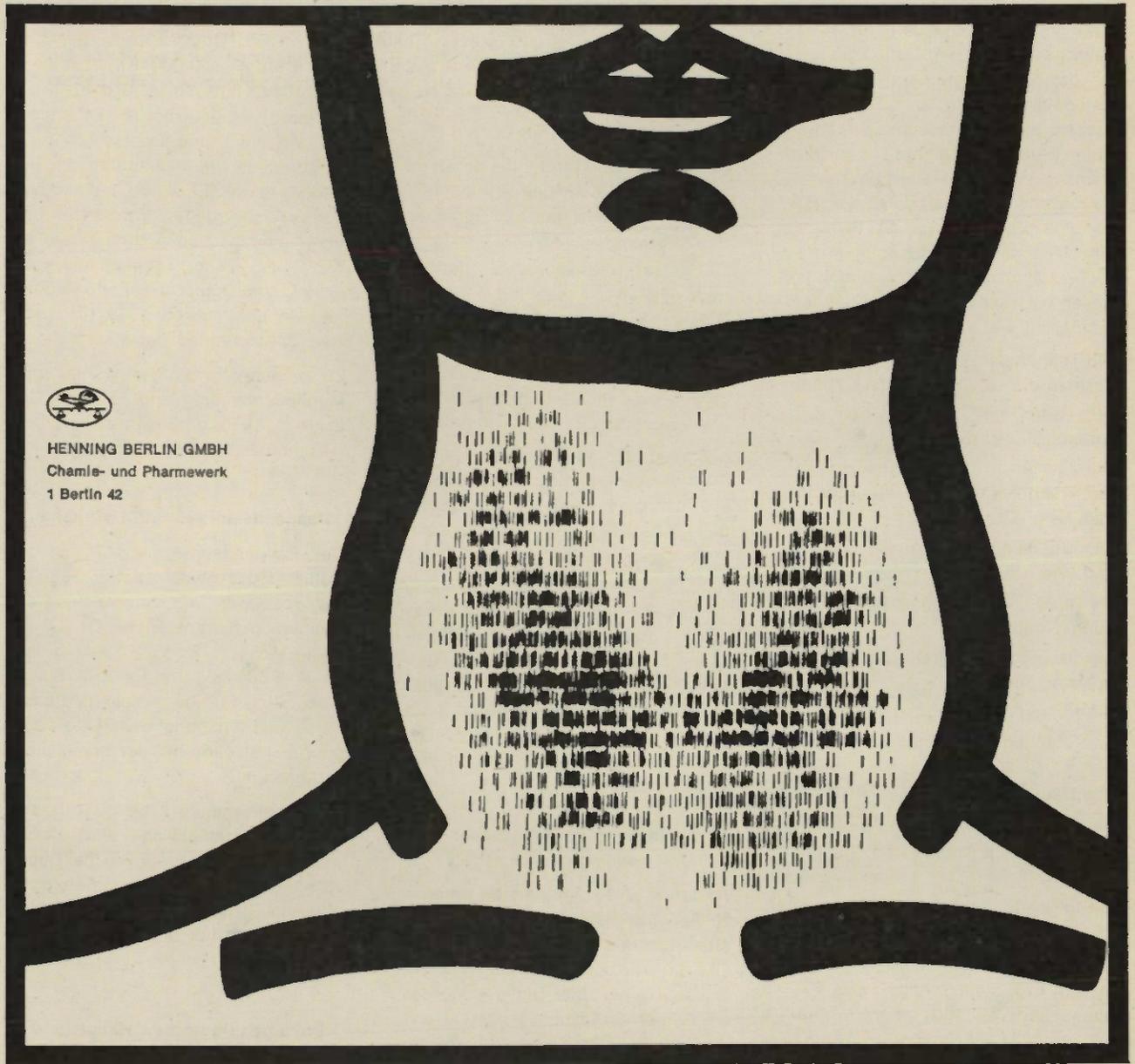
*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Starbefälle.

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

Bei der blanden Struma



HENNING BERLIN GMBH
Chemie- und Pharmawerk
1 Berlin 42

Täglich 1 Tablette

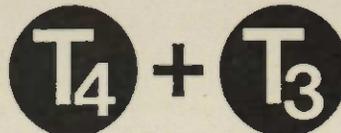
Thyroxin-T₃ „Henning“

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

Indikationen:
blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumektomie, Zusatztherapie

bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Schilddrusenmalignom, Hypothyreose.

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



Packungen und Preise:
20 Tabletten DM 4.80
60 Tabletten DM 9.90
70 Tabletten DM 13.75

Mitteilungen

Gesundheitliche Aspekte der Ganztagschule

Eine Informationstagung „Gesundheitliche Aspekte der Ganztagschule“ der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V., der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Baden-Württemberg und der Gemeinnützigen Gesellschaft Tagesschule hat gezeigt, daß die notwendige Kooperation von Pädagogik, Medizin und Psychologie bezüglich Innovationen im Bildungswesen noch nicht im nötigen Umfang ermöglicht worden ist.

Die Teilnehmer dieser Tagung haben deshalb die veranstaltenden Organisationen, durch

Öffentlichkeitsarbeit

Anträge an

das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit,

das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft,

die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung,

die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder,

die Kultusministerien der Länder,

die Gesundheitsministerien der Länder,

den Deutschen Städtetag,

den Deutschen Landkreistag,

den Deutschen Städte- und Gemeindebund,

auf folgendes hinzuwirken:

Schulversuche, insbesondere für den Ganztagsunterricht, müssen sowohl in der Programmierungs- und Planungsphase als auch während ihrer gesamten Arbeit durch

Mediziner, die auch pädagogisch und schulpsychologisch erfahren sind, oder durch Pädagogen, die auch schulpsychologisch und medizinisch erfahren sind,

bzw. in Ermangelung solcher Fachkräfte durch eine entsprechende Kooperation aus den drei Fachrichtungen

beraten und betreut werden.

Es geht dabei insbesondere um

die bauliche Anlage,

die Ernährungsversorgung,

die Unterrichts- und Freizeitorganisation,

die förderliche Berücksichtigung von Behinderungen (auch nötige Umschulungen),

die Gesundheitserziehung im Sinne einer langfristigen Prophylaxe (Präventivmedizin: Sport, Ernährung, Konsumverhalten und dgl.),

Lehrerfortbildung, Beobachtungsschulung,

Elternarbeit,

Therapiebetreuung.

Die nötige Honorierung für derartige unerläßliche Leistungen soll aus Mitteln des Schulversuchsprogramms bereitgestellt werden.

Ziel dieser Zusammenarbeit und Betreuung muß u. a. sein,

daß außer den negativen Auswirkungen des herkömmlichen Schulsystems auch mögliche Schäden aus den neuen Organisationsformen vermieden werden;

daß Vorurteile abgebaut und weitere Kontroversen vermieden werden, die von der einen oder anderen Seite aus Unkenntnis des Gesamtzusammenhanges betrieben werden.

Angrenzende Länder haben ähnliche Dienste mit den schulärztlichen Funktionen verbunden. Es ist nicht einzusehen, weshalb in der Bundesrepublik Deutschland nicht gleiche Möglichkeiten geschaffen werden können, wie sie sich in wirtschaftlich schlechter gestellten Ländern bereits bewährt haben.

Mitteilung der Münchener Universitätsgesellschaft e. V.

Im Jahre 1973 konnte die Münchener Universitätsgesellschaft der Universität München einen Betrag von über DM 1,2 Mio zur Verfügung stellen. Davon flossen über DM 970 000 der Medizinischen Fakultät zu, DM 66 000 der Fakultät Chemie und Pharmazie sowie DM 41 000 der Philosophischen Fakultät. Der Rest verteilt sich auf die übrigen Fakultäten.

Das hohe Stiftungsaufkommen ist fast ausschließlich auf zwei Großspenden zugunsten der Medizinischen Fakultät und zugunsten der Forschungsstelle für soziale Pädiatrie zurückzuführen. Wenn diese unberücksichtigt bleiben, ergibt sich noch ein Spendenaufkommen von DM 500 000, das im Vergleich zum Jahre 1971 (DM 579 000) leicht rückläufig ist. Die Universitätsgesellschaft beobachtet diese Entwicklung mit einer gewissen Sorge. Aus den ein-

gehenden Gesuchen ist zu entnehmen, daß die einzelnen Einrichtungen der Universität nach wie vor auf zusätzliche Spenden angewiesen sind.

Neuweht im Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose

Professor Dr. Joachim He in schied als Präsident des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose aus. Er wurde in Anerkennung seiner großen Verdienste um die Tuberkulosebekämpfung und in Würdigung seiner Tätigkeit als Präsident des Deutschen Zentralkomitees in den Jahren 1968 bis 1974 zum Ehrenmitglied gewählt.

Zu seinem Nachfolger wählte die Mitgliederversammlung Herrn Dr. Eckbert Z y l m e n n, Präsident der Gesundheitsbehörde Hamburg.

Peppenheim-Preis 1974 verliehen

Der Peppenheim-Preis 1974 wurde während der gemeinsamen Tagung der deutschen und österreichischen Hämatologen in Wien an Dr. U. R. Kleeberg, Dr. V. Kleeberg, Dr. R. Bolling und Dr. H. J. Seidel, Ulm, für die Arbeit „Metabolische und funktionelle Defekte peripherer Blutzellen bei der Leukämie“ verliehen.

Für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Hämatologie wird dieser wissenschaftliche Preis von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie ausgeschrieben und von den Nordmerck-Werken mit einem Geldbetrag dotiert.

Preis der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren für 1974

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren verlieh ihren für 1974 erstmals ausgesetzten Preis in Höhe von DM 5000,— an Privatdozent Dr. Wilhelm Feuerlein, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik beim Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.

Demit wird ein Wissenschaftler geehrt, der es verstanden hat, seine Grundlagenforschung auf dem Gebiet des Alkoholismus mit großem persönlichen Einsatz für die praktische Rehabilitation von Alkoholkranken zu verbinden.



Ein sauberer Wundgrund ist der beste Grund zur Heilung:

Iruxol[®]-Salbe

macht Wunden frei, _____ frei vom Belag und vom Infekt

Iruxol-Salbe

- reinigt den Wundgrund von allen nekrotischen Eiweißbestandteilen durch substratspezifische Aktivität der Kollagenase und durch die Breitenwirkung der Begleitpeptidasen;
- bekämpft die Superinfektion durch lokale Applikation des bewährten Breitbandantibiotikums Chloramphenicol;
- fördert die Wundheilung durch schnellere, gründliche Nekrolyse, Anregung der Granulation und Epithelisierung, und greift intaktes Gewebe nicht an.

Zusammensetzung:

1 g Iruxol-Salbe enthält 0,6 U der Kollagenase Clostridiopeptidase A, Begleitenzyme sowie 0,01 g Chloramphenicol

Dosierung:

1-2mal täglich in dünner Schicht auf das gesamte Wundgebiet auftragen. Die zusätzliche lokale Anwendung anderer Präparate sollte vermieden werden, da die Wirksamkeit von Iruxol-Salbe dadurch beeinträchtigt werden kann.

Indikationen:

Ulzerationen und Nekrosen wie Ulcus cruris, Dekubitus, Gangrän, Erfrierungen und Verbrennungen, schlecht heilende Wunden z. B. nach Operationen, Röntgenbestrahlung, Unfällen, Hauttransplantationen.

Nebenwirkungen:

Im Wundgebiet können Brennen und Schmerzen zu Beginn der Behandlung auftreten. Nur sehr selten ist es erforderlich, deswegen die Therapie zu unterbrechen. Vereinzelt kann es zu lokalen Reizerscheinungen kommen, die u. U. Ausdruck einer Überempfindlichkeit sind, z. B. gegen Chloramphenicol.

Handelsformen:

10 g Tube O.P. DM 12,50
 30 g Tube O.P. DM 30,75

Iruxol-Salbe

KNOLL AG
 Chemische Fabriken
 67 Ludwigshafen



Klinikum Großhadern übergeben

Nach rund siebenjähriger Bauzeit wurde am 5. Juli 1974 das Klinikum Großhadern dem künftigen Nutznießer, der Universität München, übergeben. Mitte September 1974 werden die ersten Patienten aufgenommen werden können. Das Universitätsklinikum Großhadern wird nach der völligen Fertigstellung des größten Universitätsklinikums Deutschlands mit den modernsten Einrichtungen der Medizintechnik sein. Die Gesamtkosten einschließlich Einrichtung werden sich auf rund 900 Millionen Mark belaufen.

Die 1. Tallinbatriabnahme umfaßt bis 1976 rund 580 Betten, die sich auf drei Medizinische Kliniken, die Neurologie und – als einziges operatives Fach – die Neurochirurgie verteilen. Die anderen zunächst in der Altstadt verbliebenden Kliniken werden durch Konsiliardienste vertreten sein, so daß alle Fachgebiete der Medizin jederzeit im Klinikum präsent sind, um die Ärzte der jeweiligen Kliniken in Großhadern in Spezialfragen zu unterstützen. Rund ein Drittel des Behandlungstraktes wird in Betrieb genommen. Die 2. Teilinbetriebnahme wird dann die operativen Fächer umfassen.

Das Universitätsklinikum Großhadern sollte nach der ursprünglichen Konzeption die baulich veralteten Altstadtkliniken um den Sandlinger-Tor-Platz ersetzen. Der dringende Bedarf an Studienplätzen für Mediziner hat es inzwischen notwendig erscheinen lassen, einen Teil der Altstadtkliniken nach einer gründlichen baulichen Sanierung beizubehalten.

Im Laufe der nächsten Monate nehmen folgende Kliniken in Großhadern ihren Betrieb auf:

I. Medizinische Klinik, 143 Betten, Professor R i a c k e r (neu berufen)

II. Medizinische Klinik, 136 Betten, Nachfolger von Professor S t i c h (Berufungsverhandlungen laufen)

III. Medizinische Klinik, 134 Betten, Nachfolger von Professor S c h w i e g k = bisherige I. Medizinische Klinik in der Ziemssenstraße

Neurologische Klinik, 61 Betten, Professor S c h r a d a r, jetzt in der Narvenklinik, Nußbaumstraße

Neurochirurgische Klinik, 85 Betten, Professor M a r g u t h, jetzt Beethovenplatz.

Das Deutsche Herzzentrum München zieht Bilanz

Am 1. Juli 1974 konnte die Ambulanz des Deutschen Herzzentrums München auf ein einjähriges Bestehen zurückblicken. In diesem Zeitraum wurden 4000 Erwachsene und 4000 Kinder ambulant behandelt. Im Zuge solcher Behandlungen fielen rund 25000 Röntgenuntersuchungen und etwa 55000 Laboruntersuchungen an. Im gleichen Zeitraum wurden rund 10000 Untersuchungen in der Funktionsdiagnostik durchgeführt.

Hufeland-Preis 1975

Für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege ist der „Hufeland-Preis 1975“ ausgeschrieben worden. Einsandeschluß ist der **31. März 1975**.

Die Arbeiten dürfen weder den Namen des Verfassers enthalten, noch irgendwelche Hinweise und Rückschlüsse auf die Identität des Verfassers zulassen. Sie sind in zwei Exemplaren einzureichen und mit einer Zusammenfassung zu versehen. Es ist ein Personalfragebogen beizufügen, der folgende Angaben enthält:

1. Vor- und Zuname,
2. geneue Anschrift,
3. Staatsangehörigkeit,
4. Tag der Approbation,
5. Alter,
6. genaue berufliche Stellung und Tätigkeit,
7. Kennwort der Arbeit.

Der vollständige Text der Ausschreibung kann angefordert werden bei: Stiftung „Hufeland-Preis“, 5000 Köln 1, Maria-Ablass-Platz 15.

Beyer-Film „Schock“ ausgezeichnet

Dem enläßlich das 23. Fortbildungskongresses in Berlin uraufgeführten Bayer-Film „Schock“ wurde die Goldene Plakette und – durch Stimmabgabe der Kongreßteilnehmer – der 2. Preis, die Goldene Rosa, unter insgesamt 35 gaeigten Filmen zuerkannt.

Der Film „Schock“ behandelt ausführlich die patho-physiologischen Grundmechanismen, die allen Schockformen gemeinsam sind. Besonderer Wert wurde auf die Darstellung der Mikrozirkulationsstörungen gelegt. Auch die Ursachen der schockspezifischen Organveränderungen werden anschaulich abgehandelt.

Diagnose und Verlauf sowie Hinweise zur Therapie, die auch das moderne Prinzip der limitierten Hämodilution einschließen, ergaben insgesamt eine geschlossene Darstellung dieser komplexen Materie.

Der farbige 40-Minuten-Lichtton-Film entstand unter der wissenschaftlichen Leitung von U. F. G r u b a r, Department für Chirurgie (Vorstand: Professor A l l g ö v a r) der Universität Basel, und K. M a ß m e r, Institut für Chirurgische Forschung der Chirurgischen Klinik (Vorstand: Professor B r e n d a l) der Universität München.

Buchbesprechungen

B. BRAUN: „**Barufskunde der Krankenpflege**“. 100 S., 8 Abb., geb. DM 9,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München - Berlin - Wien.

Das Buch – von einer Lehrschwester geschrieben – wendet sich gleichermaßen an Schüler bzw. Schülerinnen wie auch an Lehrer bzw. Lehrerinnen des Krankenpflegeberufs.

Die Berufskunde desselben, in seiner geschichtlichen und gegenwärtigen Entwicklung, wird hier in Form eines Nachschlagewerkes dargestellt. Hinweisauf andere Stichwörter erweitern die Möglichkeit zur Information. Berufsbild und Berufsweg der verschiedenen Pflegeberufe werden in kurzen Abschnitten behandelt. Somit kann das Buch auch zur Berufsberatung und Berufswahl beitragen.

Dr. F. S p r e n g e r, Würzburg

Ministerialrat Dr. Herbert GENZEL/Regierungsrat Karl MISEROK: „**Recht der Krankenhausförderung in Bayern**“, 200 S., Taschenformat, kart., DM 28,-. Deutscher Gemeindeverlag, München.

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

Kommentiert sind unter besonderer Berücksichtigung der Praxis das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhausplagaansätze,

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 Schlafrythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastro-intestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Dentitionsbeschwerden bei Kleinkindern; im effektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Obererregtheit; 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 Adumbren 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 DP mit 5 Suppositorien DM 4,45
DP mit 10 Suppositorien DM 8,20
Klinikpackungen zu allen Darreichungsformen
Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

des am 29. Mai 1974 vom Bayerischen Landtag verabschiedete Bayerische Krankenhausgesetz vom 21. Juni 1974 und Art. 10 b FAG I. d. F. des Änderungsgesetzes vom 27. März 1973.

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

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

Dr. J. JUNKERSDORF: „**Heiße Quellen**“. — Medizinische Glossen. 157 S., 8 Zeichn., Leinen, DM 10,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Ein in der Praxis stehender Arzt berichtet über Erlebnisse mit Patienten, über die Dinge, die ihn umgeben. Er schildert kleine Widrigkeiten des Alltags, kommentiert, glossiert, regt an zu kritischer Betrachtung. Presse-notizen, Tagesereignisse, überwiegend der letzten drei Jahre geben Anlaß zu manchmal bitteren Bemerkungen. Oft schwingt eine gewisse Resignation mit, manche Beiträge sind fast serkeistisch zu nennen. Acht etwas böse Zeichnungen von Gertrude DEGENHARDT persiflieren noch einmal das Gesagte. Zusammenfassend: keine leichte, oberflächliche Lektüre, sicherlich nicht jedermanns Sache.

Dr. K. D. Felder, Würzburg

MELZER: „**Grundbegriffe der Chemie**“ (Ein Leitfadens für Krankenschwestern und medizinische Fachkräfte). 118 S., 19 Abb., Taschenbuch, DM 12,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München - Berlin - Wien.

Die moderne Medizin ist ohne Chemie einfach undenkbar. Derum muß

nicht nur der Arzt, sondern auch seine Helfer wie Krankenschwestern und andere medizinische Fachkräfte die Grundlagen der Chemie beherrschen. Der vorliegende Leitfadens dient dieser Aufgabe in ebenso einfacher wie umfassender Form. Da bei den verschiedenen Lesern nicht einheitliche Voraussetzungen erwartet werden dürfen, hat der Verfasser folgerichtig auch Grundbegriffe aus dem Gebiet der Physik in seine Darstellung einbezogen.

Der Zielsetzung des Buches entsprechend konnte nur eine repräsentative Auswahl des großen Stoffes gebracht werden. Aber hier sollte gar keine Vollständigkeit, sondern Verständnis vermittelt werden — was dem Autor vortrefflich gelungen ist. Den Abschluß bildet das Kapitel „Klinische Chemie im Arbeitsbereich der Krankenschwester“, womit der Übergang zur Praxis hergestellt wurde. Die neueste Auflage wurde wiederum um instruktive Passagen vermehrt.

Dr. K. Pollak, München

W. SCHWEIZER: „**Einführung in die Kardiologie**“. 180 S., 103 Abb., 4 Teb., Leinen, DM 61,—. Verlag Hens Huber, Bern.

Die Zielsetzung dieses Buches des bekannten Besler Kardiologen wird bereits im Titel deutlich: nicht eine vollständige Darstellung des gesamten Gebietes der klinischen Kardiologie soll hier gegeben werden, sondern eine Orientierungshilfe für den Medizinstudenten und für den am Anfang seiner klinischen Ausbildung stehenden Arzt.

So werden denn auch im ersten Teil die einfachen physikalischen und radiologischen Untersuchungsmethoden, die dabei erhobenen Befunde und deren Interpretation besprochen. Natürlich lassen sich hierbei gewisse Eigentümlichkeiten in der Akzentuierung einzelner Methoden aufgrund der persönlichen klinischen Erfahrung nicht völlig vermeiden. Großen Raum nimmt verständlicherweise die Abhandlung über die elektrokardiographische Untersuchung ein.

Eine überreiche Fülle von Vektorbildern wird hier dem Anfänger dargeboten. Sie machen aber letztlich deutlich, daß diese empirische Wissenschaft mit einem theoretischen Unterbau versehen werden kann, der über das Deskriptive hinaus Möglichkeiten des Verstehens entzweit.

Im 2. Teil des Buches erfolgt ein Abriss der häufigsten Herzkrenkheiten des Erwachsenenalters. In didaktisch sehr geschickter Art werden dabei die pathophysiologische Dynamik der einzelnen Erkrankungen, ihre Identifizierung und Schweregradeinschätzung, sowie ihre wesentlichsten therapeutischen Konsequenzen ausgeführt. Da die temporären und die bleibenden Veränderungen vieler kardialer Erkrankungen häufig in einem gemeinsamen Endzustand münden, sind diese im letzten Abschnitt des Buches unter dem Begriff Komplikation zusammengefaßt: Rhythmusstörung, Synkope, Insuffizienz, Endokarditis und arterielle Embolie.

Das Buch beeindruckt in seinen spröden, knappen, teilweise allerdings auch apodiktischen Formulierungen und seinem klaren Aufbau. Man kann es jedem, der einen Einstieg in die Kardiologie wünscht, uneingeschränkt empfehlen.

Dr. R. Busse, Erlangen

Kongreßkalender

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 Auskunftstelle in Verbindung zu setzen.

Oktober 1974

1. — 4. 10. in Gütersloh:

XXVII. Gütersloher Fortbildungswoche. Auskunft: Prof. Dr. W. Th. Winkler, 4830 Gütersloh, Hermann-Simon-Straße 7.

2. — 4. 10. in Innsbruck:

10. Symposium der Gesellschaft für Nephrologie. Auskunft: Physiologisches Institut der Universität, A-6020 Innsbruck, Schöpfstraße 41.

2. — 4. 10. in Köln

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Prof. Dr. E. Zeltner, Aggertalklinik, 5250 Engelskirchen.

2. — 5. 10. in Erlangen:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung. Auskunft: Prof. Dr. E. Rügheimer, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz 1.

3. 10. In Würzburg:

15. Seminar für gastroenterologische Endoskopie. Auskunft: Privatdozent Dr. H. Lindner, DRK-Krankenhaus, 2000 Hemburg 13, Beim Schlump 84.

3. - 4. 10. In München:

Symposion über Zucker- und Zuckereustoffe. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 6000 Frankfurt 1, Feldbergstraße 28.

3. - 4. 10. In Würzburg:

XII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroredologie. Auskunft: Prof. Dr. M. Nadjmi, Kopfklinikum der Universität, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11.

3. - 5. 10. In Würzburg:

29. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. H. A. Kühn, Medizinische Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

3. - 6. 10. In Bad Gleichenberg:

17. Steirischer Ärztetag. Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, A-8011 Graz, Redetzkystraße 20/1.

3. - 6. 10. In Regensburg:

VI. Internationales Symposion für Klinische Pharmakologie. Auskunft: Wegons-Lits/Cook - Kongreßzentrale, 6000 Frankfurt 1, Arndtstraße 33.

3. - 9. 10. In Buenos Aires:

XIV. Internationaler Kongreß für Kinderheilkunde. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde e.V., 5000 Köln 80, Elisabeth-Breuer-Str. 5.

4. - 5. 10. In Köln:

43. Jahrestagung der Vereinigung westdeutscher Hals-Nasen-Ohrenärz-

te. Auskunft: Prof. Dr. H. Rudert, 5000 Köln 41, J.-Stelzmann-Straße 9.

4. - 6. 10. In Sanderbusch:

Wochenendveranstaltung (Thema: Schädel-Hirntreuen). Auskunft: Institut für Leibesübungen der Universität, 3400 Göttingen, Sprengerweg 2.

4. - 8. 10. in Mailand:

V. Internationaler Kongreß für Phlebologie. Auskunft: Fondazione Giovanni Lorenzini, Via G. Lorenzini, I-20 100 Mileno.

5. 10. In Würzburg:

Fortbildungskurs für Endoskopie-Schwester und -Pfleger. Auskunft: Privatdozent Dr. H. Lindner, DRK-Krankenhaus, 2000 Hamburg 13, Beim Schlump 84.

5. - 6. 10. In Bad Homburg:

19. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Zelltherapie. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Zelltherapie e.V., 6000 Frankfurt 1, Savignystraße 30.

5. - 6. 10. In Bad Salzungen:

Ursachen und Therapie der Hirninsuffizienz, speziell bei alten Menschen. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Keiser-Wilhelm-Ring 4/6.

5. - 6. 10. In Bad Wiessee:

22. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin. Auskunft: Dr. K. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 6.

5. - 6. 10. In Innsbruck:

Klinisches Wochenende. Auskunft: Sekretariat Medizinische Universitäts-Klinik, Frau Bolde, A-6020 Innsbruck.

6. 10. In Würzburg:

Kongreß für gastroenterologische Endoskopie und 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für gastroenterologische Endoskopie gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. Auskunft: Privatdozent Dr. H. Lindner, DRK-Krankenhaus, 2000 Hamburg 13, Beim Schlump 84.

8. - 10. 10. in Homburg:

5. Internationaler Fortbildungskurs für klinische Anästhesie. Auskunft: Prof. Dr. Hutschenreuter, Institut für Anästhesie der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg.

7. - 8. 10. In Innsbruck:

Übungskure in klinischer Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat Medizinische Universitäts-Klinik, Frau Bolda, A-6020 Innsbruck.

7. - 11. 10. in Neuherberg:

Strehlschutzkurs / 1. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

7. - 12. 10. In Aachen:

Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktionsdiagnostik (Eintührungskure). Auskunft: Prof. Dr. S. Efferl, 5100 Aachen, Goethestraße 27/29.

7. - 12. 10. in Innsbruck:

Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat Medizinische Universitäts-Klinik, Frau Bolde, A-6020 Innsbruck.

9. - 12. 10. In Hamm:

Gezielte Krenkengymnastik bei W.S.-Erkrankungen (Aufbaukurs). Aus-

Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting



- kunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e.V., 4700 Hamm, Ostentallee 80.
9. – 12. 10. in Mainz:
XVI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologia. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., 2357 Bad Bramstedt.
9. – 12. 10. in Prag:
Europäischer Kongreß für manuelle Medizin. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12 026 Prag 2
10. – 12. 10. in Gelsenkirchen:
141. Tagung der Vereinigung Niederrheinischer Westfälischer Chirurgen. Auskunft: Prof. Dr. Rosenthal, 4630 Bochum, Gundrunstraße 56
10. – 12. 10. in Hamburg:
6. Tagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin. Auskunft: Prof. Dr. A. Dönhardt, 2000 Hamburg 33, Rübenkamp 148.
10. – 12. 10. in Ulm:
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Vollmer, 7900 Ulm, Steinhövelstraße 9.
10. – 13. 10. in Regensburg:
53. Fortbildungstagung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a.
11. 10. in München:
IX. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 6000 Frankfurt 1, Feldbergstraße 28.
11. – 12. 10. in München:
Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.
11. – 12. 10. in Selzburg:
10. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Auskunft: Sekretariat, A-1200 Wien, Donaueschingenstraße 13.
11. – 13. 10. in Bad Neuheim:
15. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, 6350 Bad Nauheim, C.-Oelemenn-Weg 1.
11. – 13. 10. in Bad Neuenahr:
Krebstagung der Gesellschaft für prä- und postoperative Tumorthherapie. Auskunft: Dr. med. Albrecht, 6509 Udenheim, Sackgasse 8.
12. – 13. 10. in Bad Pyrmont:
Jahrestagung der Niedersächsischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Holsten, Röntgenabteilung des Städtischen Krankenhauses, 3000 Hannover.
12. – 13. 10. in Grönenbach:
2. Internationaler Seniorenläufer. Auskunft: Dr. A. Krauthelm, 8944 Grönenbach, Bräuhausweg.
12. – 13. 10. in Turin:
2. Internationaler Kongreß für Kryochirurgie. Auskunft: Kongreßsekretariat, c/o Minerve Medica, Corso Bramante 83, I-10 126 Torino.
13. – 15. 10. in Hamburg:
Tagung der Nordwestdeutschen Vereinigung der Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. med. Paulsen, 2300 Kiel, Hospitalstraße 20.
13. – 17. 10. in Schlengenbad/Bad Schwalbach:
70. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband, 5300 Bonn 1, Schumannstraße 11.
13. – 19. 10. in Mexiko City:
V. Weltkongreß für Gastroenterologie. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten, 2400 Lübeck, Kronsforder Allee 71/73.
13. – 19. 10. in Rio de Janeiro:
14. Kongreß des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Dr. H. Stoltz, Rua Apprazivei 5, Rio de Janeiro CZ 45/Brasilien.
13. – 19. 10. in Sao Paulo:
III. Internationales Symposium für pädiatrische Chirurgie. Auskunft: Prof. V. Carvalho Pinto, Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Caixa Postal 2921, Sao Paulo/Brasilien.
14. – 16. 10. in Erlangen:
2. Internationales Symposium über Geschwulstentstehung und Herpes-Virus. Auskunft: Prof. Dr. H. zur Hausen, Institut für Klinische Virologie der Universität, 8520 Erlangen, Loschgestraße 7.
14. – 17. 10. in Prag:
Internationales Symposium über Thermogenese und unterdrückten Metabolismus. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12026 Prag 2.
14. – 18. 10. in Neuherberg:
Sirehlenschutzkurs / 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
15. – 17. 10. in Brno:
Konferenz über Ernährungshygiene. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12 026 Prag 2.
17. – 18. 10. in Genua:
Gemeinsames Treffen der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Immunologie und der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie. Auskunft: Dr. W. Hitzig, CH-8032 Zürich, Steinwiesenstraße 75.
17. – 18. 10. in München:
Internationales Symposium „Glaukomgenese“. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H.-J. Merté, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.
17. – 19. 10. in Bologne:
XXI. Nationaler Kongreß der Italienischen Gesellschaft für Geriatrie und Geriatrie. Auskunft: AISC-Assistenza Internazionale, Servizi di Congresso, Via G. B. Martini n. 6, I-00 198 Roma.
17. – 19. 10. in Frankfurt:
IV. Kurs der praktischen Elektrokardiographie und kardiologischen Funktionsdiagnostik. Auskunft: Prof. Dr. Kaltenbach, Kardiologische Abteilung, Klinikum der Universität, 6000 Frankfurt 70.
17. – 19. 10. in Hamburg:
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. G. Lehnert, 2000 Hamburg 76, Postfach 56 45.
18. – 19. 10. in Kiel:
Ärztetagung „Ärztliche Soforthilfe“. Auskunft: DRK Landesverband, 2300 Kiel, Brunswiker Straße 33.
18. – 20. 10. in Stuttgart:
XX. Jahrestagung über die zytoplasmatische Therapie und der Methoden der Serum-Desensibilisierung.

Auskunft: Dr. K. Theurer, 7000 Stuttgart, Frauenkopfstraße 49.

19. – 20. 10. In Hennef:

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

19. – 20. 10. In Baden-Baden:

XVIII. Herbsttagung für Balneologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Dr. W. Hess, 7570 Baden-Baden, Gernsbacher Straße 13.

19. – 20. 10. In Freudenstadt:

Kassenärztetag der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg und Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg. Auskunft: Dr. jur. N. a r r, 7400 Tübingen, Wächterstraße 76.

19. – 20. 10. In München:

Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H.-J. Merté, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.

19. – 20. 10. In Wildbad:

Wildbader Ärztetage. Auskunft: Kurverwaltung Wildbad, 7547 Wildbad.

19. 10. – 10. 11.:

Schiffskongreßreise mit MS „Europa“ (Westafrika). Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.

20. – 25. 10. In Monschau:

Raucharentwöhnungskuren der deutschen Gesellschaft für Rehabilitation. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitation e. V., 5100 Aachen, Im Johannistal 41.

20. – 26. 10. In Florenz:

XI. Internationaler Krebskongreß. Auskunft: XI. International Cancer Congress, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, I-20133 Milano, Via G. Venezian 1.

20. – 26. 10. In New Delhi:

26. Internationaler Kongreß über physiologische Wissenschaften. Auskunft: Prof. B. K. A n a n d, Dept. of Physiol. All India Institute of Med. Sciences, Ansari Nagar, New Delhi 16/Indien.

21. – 28. 10. In Wien:

28. Österreichischer Ärztekongreß – Van Swieten-Tagung. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für ärztliche Fortbildung, A-1011 Wien 1, Weihburggasse 10-12.

23. – 26. 10. in Reinhardtsbrunn:

Tagung der Gesellschaft für Osteologie der DDR gemeinsam mit der Gesellschaft für Altersforschung der DDR. Auskunft: Prof. Dr. L e u e r t, X-701 Leipzig, Liebigstraße 21.

24. – 26. 10. in München:

XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologia. Auskunft: Prof. Dr. E. SchmielDt, 8000 München 2, Thalkirchner Straße 48.

24. – 27. 10. in Stuttgart:

11. Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart 70, Postfach 146.

25. – 26. 10. in München:

Fortbildungskurs für Phonokardiographia – Teil I. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

25. – 26. 10. in Würzburg:

11. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. Auskunft: Dr. G. Fuchs, Röntgenabteilung der Universitäts-Kinderklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

26. – 27. 10. in Baden-Baden:

Arbeitsstagung der Internationalen Gesellschaft für Homotoxikologie. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Homotoxikologie, 7570 Baden-Baden, Ruhrstraße 14.

26. 10. – 3. 11. in Baden-Baden:

Woche der praktischen Heilkunde. Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde, 6900 Heidelberg 1, Blumenthalstraße 38.

27. 10. – 1. 11. in Mexico City:

2. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Rehabilitationsmedizin. Auskunft: Dr. A. Tohen Zamudio, Ave. Morelos 65, 2º piso, Mexico, D. F.

27. 10. – 2. 11. in Tel Aviv:

IV. Internationaler Kongreß der Psychosomatischen Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: The Organizing Committee, 4th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, P. O. Box 16271, Tel Aviv/Israel.

28. – 31. 10. in Neuherberg:

Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Inggolstädter Landstraße 1.

29. – 31. 10. in Tel Aviv:

XI. Kongreß der europäischen Dialyse und Transplantationsgesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. J. B. Rosenfeld, Bellinson Hospital, Petah-Tiqva/Israel.

31. 10. – 2. 11. in Baden-Baden:

Informations- und Einführungskurse in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. Auskunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

31. 10. – 2. 11. in Essen:

8. Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes der deutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Berufsverband deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., 2430 Neustadt, Schiffbrücke 7.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, Telefon (0 89) 47 60 87, Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Or. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzertelungengebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postcheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Anzeigenverwertung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwertung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29. Telefon 55 60 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernet W. Scharfingher, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dacheu.

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

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

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg sucht für die Interne Abteilung (ca. 350 Betten)

1 Oberarzt

Der Bewerber sollte möglichst eine gastroenterologische und endoskopische Ausbildung besitzen und in der Röntgendiagnostik über gute Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

Wir bieten:

tarifgerechtes Gehalt nach AVR (wie BAT);
zusätzliche Altersversorgung (Arbeitgeber übernimmt Lebensversicherung);
Leistungen durch die Beihilfeordnung der AVR;
großzügige Abgeltung der Rufbereitschaft;
Beihilfe zu Umzugskosten;
Chefarztabgabe;
angenehmes Betriebsklima.

Die aufstrebende Universitätsstadt Regensburg (130 000 Einwohner), am Rande des Bayerischen Waldes gelegen, besitzt – neben ihren kunsthistorischen Schätzen – hohen Freizeitwert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an den

Chefarzt der Internen Abteilung
Prof. Dr. med. Doering
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
8400 Regensburg 2, Prüfeninger Straße 86
Telefon (0941) 21021



Die Bayerische Bereitschaftspolizei sucht für Ihre Dienststelle in Dachau einen

Arzt

Die Tätigkeit – Untersuchung, Behandlung und Begutachtung junger Polizeibeamter und Polizeibewerber – ist vielseitig und interessant.

Geboten wird bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen eine Stelle der Besoldungsgruppe A 15 (Medizinaldirektor).

Privatärztliche Nebentätigkeit ist möglich. Freistellung vom Wehrdienst wird beantragt.

Bei der Beschaffung einer Wohnung ist der Dienstherr behilflich. Trennungsgeld, Umzugskostenvergütung und Beihilfen im Krankheitsfall werden nach gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Anfragen sind zu richten an den
Leitenden Arzt bei der Direktion der Bayerischen Bereitschaftspolizei, 8000 München 80, Rosenheimer Straße 130, Telefon (089) 44 99 46.

Die Gemeinde Weichering, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen, sucht einen

Praktischen Arzt

Neue Arztwohnung mit Praxisaräumen, Garten und Garage sind vorhanden. Zur Freizeitgestaltung sind gute Fischerei- und Jagdgelegenheiten geboten. In der Gemeinde befindet sich ein bedeutungsvolles Naherholungsgebiet.

Bewerber werden gebeten, sich mit der Gemeinde Weichering in Verbindung zu setzen.

Am Kreis Krankenhaus 8396 Wegscheid (Bayerischer Wald) ist zum 1. Oktober 1974 bzw. nach Vereinbarung die Stelle eines

Oberarztes

(Facharztanerkennung erwünscht)

zu besetzen.

Außerdem wird ein

Assistenzarzt bzw. Medizinalassistent

eingestellt.

Die Interne Abteilung umfaßt 62 Betten (einschließlich Infektionsabteilung) und verfügt über moderne diagnostische und therapeutische Einrichtungen. Die Abteilung ist zur Facharztweiterbildung für zwei Jahre ermächtigt.

Die Bezahlung des Oberarztes erfolgt nach Vergütungsgruppe I b BAT zuzüglich Rufbereitschaftsvergütung, Zulage, Gutachten und persönliche Zuwendungen des Chefarztes.

Der Assistenzarzt bzw. Medizinalassistent wird nach Vergütungsgruppe II/III + Zulage und Bereitschaftsdienstvergütung bezahlt.

Umzugskosten werden nach dem tatsächlichen Anfall vergütet.

Komfortable Wohnmöglichkeit im Personalwohnheim (Appartement bzw. Einbettzimmer mit Bad und WC). Sollte der Wunsch bestehen im Markt Wegscheid zu wohnen, ist die Verwaltung bei der Wohnungsauche behilflich.

Wegscheid liegt 34 km östlich von Passau in landschaftlich schöner Gegend. Gute Sportmöglichkeiten im Winter und Sommer.

Ihre Bewerbungen richten Sie bitte mit Angabe ihrer Vorstellungen an

Chefarzt Dr. König
8396 Wegscheid, Marktstraße 32 1/2

Der Landkreis Bamberg sucht für seine Kreiskrankenhäuser Scheßlitz (180 Betten) und Burgbrech (120 Betten) zum Aufbau und zur Leitung einer selbständigen

Anästhesieabteilung

ab 1. Januar 1975 oder später einen

Leitenden Arzt/Ärztin

(Facharzt für Anästhesie)

An beiden Kreiskrankenhäusern bestehen Fachabteilungen für Chirurgie und Innere Medizin. Die Erweiterung des Kreiskrankenhauses Scheßlitz auf insgesamt 300 Betten ist in den nächsten Jahren vorgesehen.

Vergütung und Arbeitsbedingungen nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften, amtlichem Führungszeugnis, Referenzen usw.) werden erbeten an

Landratsamt Bamberg
8600 Bamberg, Promenadestraße 2 e