



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 5

Zur Kenntnis genommen:

Die Ergebnisse der Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst werden allgemein als „gemäßigt“ bezeichnet. Sie seien gewissermaßen konjunkturgerecht. Auf die Kosten der Krankenhäuser, und damit auf die Pflegesätze, werden sie sich allerdings fühlbar auswirken, denn gerade dieser Sektor ist besonders personalintensiv. Im Durchschnitt werden 75 Prozent der Pflegesätze allein durch Personalkosten bewirkt. Ein „Stillhalten“ der Pflegesätze ist also nicht zu erwarten.

Gerade jetzt wurde auch der neue Gehaltstarif für Arzthelferinnen veröffentlicht. Er ist das Ergebnis zäher Verhandlungen und muß – gemessen an den Forderungen – als vertretbar anerkannt werden. Die Personalkosten jeder einzelnen Arztpraxis werden dadurch aber ebenfalls steigen. Wer als Kassenerzt seine sonstigen laufenden Kosten bis hin zur Autoreparatur betrachtet, wird auch hier von einem Stillstand nichts bemerken.

Verständlich, daß die inzwischen bekanntgemachte Senkung der Leborgebühren im Ersatzkassen-Bereich keine Freude auslösen konnte. Für diejenigen Kollegen, welche Hausbesuche machen, wird dieser Einnahmeverlust durch eine fühlbare Anhebung der Gebühren für Hausbesuche gemildert.

Die RVO-Kassen haben einen Brief an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns geschickt und vorgeschlagen, die derzeit bestehende Honorarregelung, welche Ende Juni ausläuft, unverändert bis mindestens Ende 1975 zu verlängern. Eine freundliche Aufforderung also, eine Art Stillhalteabkommen zu schließen. Die Kassen versäumten dabei nicht, darauf hinzuweisen, daß die ärztlichen Vertreter anläßlich des Gespräches bei dem Herrn Bundesarbeitsminister die Bereitschaft der Ärzte erklärt hätten, ihren Beitrag zur Preisdisziplin zu leisten. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat den Kassen inzwischen mitgeteilt, daß sie sich der Preisdisziplin sehr wohl verpflichtet fühle. Nachdem aber die Kostenentwicklung auch in ihren Arztpraxen, ebenso wie in allen Bereichen des Gesundheitswesens, weitergegangen ist, muß es doch recht merkwürdig berühren, wenn man ausgerechnet allein von den Kassenärzten ein „Moratorium“ erwartet, während alle anderen Beteiligten selbstverständlich ihre erhöhten Kosten geltend machen oder bereits durch entsprechende Erhöhungen zugestanden erhielten.

Im „Dienst für Gesellschaftspolitik“ Nummer 8/1975, Seite 4, konnte man inzwischen lesen, daß der durchschnittliche Beitragssatz der Ortskrankenkassen mit 9,0 vom Hundert in Bayern „extrem niedrig“ liegt. Der Bundesdurchschnitt beträgt 10,22 vom Hundert, der Spitzensatz 12,9 vom Hundert. Zu diesem guten bayerischen Ergebnis, über das sich alle Versicherten der bayerischen Ortskrankenkassen freuen können, haben die bayerischen Kassenärzte durch ihre maßvollen Forderungen wesentlich beigetragen.

Es bleibt zu hoffen, daß sich die Vertreter der RVO-Kassen bei den bevorstehenden Honorarverhandlungen den Realitäten nicht verschließen werden und eine für beide Seiten annehmbare Honorarvereinbarung auch für die Zeit nach dem 1. Juli in freier Vereinbarung zustande kommt.

Professor Dr. Sewering

Liquidationsrecht des Krankenhauses für ärztliche Wahlleistungen?

von Walther Weibauer

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die neue Bundespflegeverordnung (BPfIV) gehen vom Fortbestand des stationären ärztlichen Liquidationsrechtes aus. So spricht § 6 S. 4 BPfIV ausdrücklich von „liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses“ und § 18 Abs. 6 BPfIV von der „Kostenerstattung der Ärzte, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind.“

Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des KHG und dem Inkrafttreten der neuen BPfIV ist jedoch in Verbandsmitteilungen und in krankenhauspolitischen Stellungnahmen die Tendenz, das stationäre ärztliche Liquidationsrecht durch eine entsprechende Gestaltung der Dienstverträge abzuschaffen, deutlich hervorgetreten. So haben die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände und die kommunalen Spitzenverbände gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft „Grundsätze für die Vergütung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus“ erarbeitet, die offenbar von dieser Tendenz getragen sind. In diesem Sinne muß vor allem wohl Ziffer 2 der Grundsätze verstanden werden:

„Soweit ärztliche Leistungen nach § 6 Bundespflegeverordnung gesondert berechnet werden, übt der Krankenhausträger das Liquidationsrecht aus. Eine Übertragung des Liquidationsrechtes auf Krankenhausärzte wird ausgeschlossen.“

Während die „Grundsätze“ – wenn auch vielleicht nur für eine Übergangszeit – eine den Anteil des Krankenhauses weit überwiegende Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an den Liquidationserlösen vorsehen, zielen andere Vorschläge darauf ab, jede Beteiligung der Ärzte an den Liquidationserlösen zu beseitigen und ihnen zum Ausgleich für den Verlust des Liquidationsrechtes eine ihrer Leistung und Verantwortung angemessene

Festbesoldung einzuräumen (1). Orientierungspunkt soll offenbar das Einkommen freipraktizierender Ärzte sein.

Die Realisierung eines solchen Konzepts bedeutet eine nicht unerhebliche finanzielle Mehrbelastung der Krankenhausträger. Soll sie nicht auf die allgemeinen Pflegesätze abgewälzt werden, so liegt es nahe, die erforderlichen Mittel dadurch zu beschaffen, daß das Krankenhaus – zumindest für eine Übergangszeit – die gesondert berechenbare ärztliche Behandlung weiter als Wahlleistung anbietet und die Honorare für sich in Anspruch nimmt.

1. Die Problemstellung

1.1. Im folgenden soll untersucht werden, ob die BPfIV ein *eigenes* (originäres) Liquidationsrecht des Krankenhausträgers für ärztliche Wahlleistungen zuläßt. Nur um diese Frage geht es.

1.2. Davon zu unterscheiden ist die Liquidation ärztlicher Wahlleistungen durch den Krankenhausträger aus *fremdem* Recht, nämlich dem Liquidationsrecht des leitenden Arztes, der seine Honoraransprüche generell (im Dienstvertrag) oder von Fall zu Fall dem Krankenhaus zur Einziehung überträgt. Daß eine solche Übertragung mit der BPfIV grundsätzlich vereinbar ist (2), bedarf keiner näheren Erörterung.

Das Krankenhaus wird auf diesem Wege vielfach das gleiche praktische Ergebnis erreichen können, wie durch die Inanspruchnahme eines eigenen (originären) Liquidationsrechtes. Das „politische“ Ziel einer Abschaffung des stationären ärztlichen Liquidationsrechtes läßt sich damit aber nicht durchsetzen.

1.2.1. Der Nachweis, daß die BPfIV ein (unmittelbares) eigenes Liquidationsrecht des Krankenhauses

für ärztliche Wahlleistungen nicht zuläßt, müßte freilich auch die mittelbare Inanspruchnahme der vom Krankenhaus eingezogenen Liquidationserlöse begrenzen. Darauf wird später noch näher einzugehen sein (vgl. 8.2.).

Untersucht werden soll die skizzierte Frage anhand der geltenden BPfIV. Dabei wird für die Zwecke dieser Untersuchung unterstellt, daß ihre einschlägigen Bestimmungen voll durch die Ermächtigung des KHG gedeckt sind und diese selbst einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhalten.

2. Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen in der Systematik der BPfIV

Die BPfIV geht in § 3 Abs. 1, ihrer zentralen Bestimmung, vom *totalen* Aufnahmevertrag (3) aus, in dem das Krankenhaus die gesamten in § 2 Nr. 4 enumerierten Leistungen – einschließlich der stationären ärztlichen Behandlung – als *eigene* Leistungen erbringt und dafür folgerichtig im (großen) allgemeinen Pflegesatz auch das volle Leistungsentgelt erhält (4).

Im totalen Aufnahmevertrag und der damit korrespondierenden totalen Abgeltung der stationären Leistungen im vollpauschalierten Pflegesatz sieht die BPfIV, wie sich aus ihrem systematischen Aufbau, aber auch aus dem Wortlaut und Sinngehalt der §§ 3 f. ergibt, die typische Gestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Patient, den Regelfall.

Von dieser Regel läßt die BPfIV nur die in § 3 Abs. 3 enumerierten Ausnahmen zu. Die näheren Voraussetzungen, unter denen die ärztlichen Wahlleistungen gesondert berechnet werden können, sind in § 6 abschließend normiert. Nur im Rahmen dieser Ausnahmeregelung ist im Anstaltskrankenhaus Raum für eine Liquidation stationärer ärzt-

licher Leistungen, gleichgültig wem immer das Liquidationsrecht im einzelnen zustehen soll (5).

3. Der Begriff der gesondert berechnbaren ärztlichen Leistungen

Die Erörterung der näheren Voraussetzungen, von deren Erfüllung § 6 in seinen Sätzen 2 bis 4 die gesonderte Berechnung ärztlicher Wahlleistungen abhängig macht, verstellt offenbar nur allzuleicht den Blick dafür, daß sich die für die Begriffsbestimmung entscheidende Aussage bereits in Satz 1 findet. Er bestimmt, daß neben dem allgemeinen oder besonderen Pflegesatz (§§ 3 und 4) und den Leistungen nach § 5 „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen“ gesondert berechnet werden dürfen.

Die positive Aussage, daß *andere* Leistungen gesondert berechnet werden dürfen, impliziert die negative: Leistungen, die unter den Begriff der *allgemeinen Krankenhausleistung* zu subsumieren sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Gefordert wird in § 6 S. 1 eine andere Leistung, *ein aliud*, also eine Leistung, die sich (rechtlich oder faktisch) von den im allgemeinen und besonderen Pflegesatz abzugeltenden Regelleistungen unterscheidet und damit eine gesonderte Honorierung rechtfertigt.

Das Ziel dieser Limitierung der gesondert berechnbaren Leistungen ist evident und für die Konzeption der BPfIV von essentieller Bedeutung: Der Grundsatz der *Vollpauschalierung* wird abgesichert und der Doppelberechnung der gleichen Leistungen *im und neben* dem Pflegesatz (6) Grenzen gezogen. Als Wahlleistungen gesondert berechenbar und damit liquidationsfähig sind nach § 6 S. 1 nur die stationären Leistungen, die entweder überhaupt keine *Krankenhausleistungen* sind, oder zwar unter diesen Begriff fallen, aber nicht unter den der *allgemeinen Krankenhausleistungen*.

Beide Begriffe sind in der BPfIV eindeutig definiert:

3.1. *Krankenhausleistungen* sind nach § 2 Nr. 5 ärztliche Leistungen, Pflege, Verpflegung, Unterkunft und sonstige stationäre und halbstationäre Leistungen *des Krankenhauses*.

Die BPfIV stellt also beim Begriff der Krankenhausleistung – ebenso wie bereits § 2 Nr. 4 KHG bei der Definition der Pflegesätze als „Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre oder halbstationäre Leistungen *des Krankenhauses*“ – auf die rechtliche Zuordnung der Leistungen ab. Krankenhausleistungen im Sinne dieser Begriffsbestimmung sind alle Leistungen, die das Krankenhaus im eigenen Namen und auf eigene Rechnung in Erfüllung seiner Verpflichtungen aus dem Aufnahmevertrag erbringt oder durch Dritte in seinem Namen und Auftrag erbringen läßt.

Zu den Krankenhausleistungen gehört – wie bereits in 2. oben festgestellt – im totalen Aufnahmevertrag, dem Vertragstypus, den die BPfIV in § 3 Abs. 1 als Regelfall zugrunde legt, stets auch die medizinisch zweckmäßige und ausreichende ärztliche Behandlung. Dies gilt ohne Rücksicht darauf, wer die ärztlichen Leistungen in Erfüllung der dem Krankenhaus obliegenden Vertragspflichten ausführt, also ebenso für die Behandlung durch Krankenhausärzte wie durch krankenhaushelfende Ärzte und selbstverständlich ebenso für die Leistungen der leitenden wie der nachgeordneten Ärzte.

Übernimmt das Krankenhaus im Aufnahmevertrag die ärztliche Behandlung des Patienten als eigene Vertragspflicht, so ändert sich an dem Charakter dieses Vertrages als totalem Aufnahmevertrag und an der rechtlichen Qualifizierung der ärztlichen Behandlung als Krankenhausleistung auch dann nichts, wenn das Krankenhaus dem Patienten im Aufnahmevertrag das Recht auf freie Arztwahl oder einen Anspruch auf die persönliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte einräumt. Durch eine solche Vertragsgestaltung werden zwar die Leistungspflichten des Krankenhauses im Rahmen des totalen Aufnahmevertrages inhaltlich modifiziert; der Patient erhält das Recht, innerhalb der zur Verfügung stehenden Krankenhausärzte diejenigen zu bestimmen, deren sich der Krankenhausträger zur Erfüllung seiner Vertragspflichten zu bedienen hat. An der Identität des aus dem Aufnahmevertrag zur Leistung Verpflichteten und damit an der Zuordnung der ärztlichen Behandlung

zu den Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Nr. 5 wird dadurch aber nichts geändert. Auch der vom Patienten gewählte Arzt hat in der rechtlichen Ausgangsposition des totalen Aufnahmevertrages gegenüber dem Patienten stets und ausschließlich Vertragspflichten des Krankenhauses zu erfüllen, also Krankenhausleistungen zu erbringen. Auch der leitende Arzt wird hier als Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers tätig (7).

3.1.1. Zur Gegenprobe: Erbringt der leitende Krankenhausarzt ärztliche Leistungen im Rahmen des aufgespaltenen Aufnahmevertrages, also nicht als Erfüllungsgehilfe des Krankenhauses, sondern aufgrund seiner eigenen Vertragspflichten aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag, so sind sie rechtlich als *seine* Leistungen zu qualifizieren. Sie sind eindeutig keine Krankenhausleistungen, sondern Leistungen eines Dritten. Folgerichtig sind sie nach der Konzeption des § 2 Nr. 4 KHG und des § 3 Abs. 1 BPfIV, der nur von *Krankenhausleistungen* spricht, nicht im Pflegesatz abzugelten. Sie sind *andere* Leistungen im Sinne des § 6 S. 1 und damit gesondert berechnungsfähig. Der Honorarananspruch steht im aufgespaltenen Aufnahmevertrag dem Arzt und nicht dem Krankenhaus zu.

Dies ist die typische Gestaltung der Rechtsbeziehungen, auf die § 6 BPfIV und § 17 Abs. 2 KHG abstellen.

3.2. *Allgemeine Krankenhausleistungen* sind nach der Definition des § 3 Abs. 1 BPfIV „alle unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen“. Damit sind Art und Umfang der durch die Pflegesätze abzugeltenden Leistungen, also der Leistungsstandard, fixiert, auf den der Patient im Rahmen der Regelleistungen Anspruch hat.

Im Rahmen des § 6 soll er die Möglichkeit erhalten, sich zu diesen Regelleistungen nach seiner Wahl einzelne Leistungen „hinzuzukaufen“. Bei den meisten der in § 2 Nr. 5 aufgeführten Krankenhausleistungen ist die Vereinbarung *zusätzlicher* Leistungen bis hin zur ausgesprochenen Luxusleistung rechtlich unproblematisch. Das bessere Zim-

mer und die reichlichere Verpflegung, die das Krankenhaus seinen Patienten anbietet, sind als zusätzliche Leistungen zweifellos „andere als die *allgemeinen* Krankenhausleistungen“ im Sinne des § 6 S. 1 und damit neben den Pflegesätzen gesondert berechenbar.

Den *zusätzlichen* Leistungen können problemlos auch die ärztlichen Leistungen zugerechnet werden, die entweder nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung stehen, d. h., nur *gelegentlich* der stationären Behandlung erbracht werden, oder bei denen ein solcher Zusammenhang zwar besteht, die jedoch für eine „zweckmäßige und ausreichende“ Behandlung nicht *erforderlich* sind. Da es sich bei beiden Gruppen nicht um *allgemeine* Krankenhausleistungen handelt, steht insoweit die Definition der gesondert berechenbaren Leistungen in § 6 S. 1 einer Vereinbarung des Krankenhauses mit den Patienten, sie als eigene Leistungen zusätzlich zu den im Pflegesatz abgegoltenen zu erbringen, nicht entgegen.

Sie sind freilich gegenüber der Wahlleistung der „persönlichen Behandlung durch den leitenden Arzt“ so atypisch und von so ephemerer Bedeutung, daß sie für die weiteren Erörterungen außer Betracht bleiben dürfen. Dies gilt vor allem für die zusätzliche medizinische Leistung („Luxusleistung“): Diagnostische und therapeutische Verrichtungen, die über den Standard der „zweckmäßigen und ausreichenden“ Leistungen des § 3 Abs. 1 BPfIV hinausgehen, sind medizinisch nicht indiziert, vom Prinzip her überflüssig, wenn nicht sogar kontraindiziert. Die Erträge, die das Krankenhaus durch die Vereinbarung solcher „Gelegenheits- und Luxusleistungen“ erzielen könnte, sind so gering, daß sie für die Finanzierung einer „Festbesoldung“ für leitende Ärzte von vorneherein ausscheiden.

Die weitere Untersuchung konzentriert sich damit auf die Frage, ob die freie *Arztwahl* bzw. die *persönliche Behandlung durch die leitenden Ärzte*, die das Krankenhaus dem Patienten als seine eigene Leistung anbietet, als eine über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende, *zusätzliche* Leistung angesehen werden kann.

3.2.1. Den Anspruch auf qualitativ oder quantitativ *bessere* ärztliche Leistungen begründet die Zusage der freien Arztwahl bzw. der Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte nicht.

3.2.1.1. Die These von der „besseren“ Leistung wäre unvereinbar mit den Anforderungen, denen die ärztlichen Regelleistungen zu genügen haben, aber auch mit den Organisationsprinzipien unserer Krankenhäuser. Die BPfIV stellt in § 3 Abs. 1 auf einen objektiven Leistungsstandard der medizinischen Versorgung ab, der zu gewährleisten ist, gleichgültig wer innerhalb der für die Behandlung zuständigen Fachabteilungen die ärztlichen Leistungen im einzelnen ausführt. Der Begriff der „zweckmäßigen und ausreichenden“ Krankenhausleistung deckt sich im Bereich der ärztlichen Versorgung mit dem der medizinisch indizierten und *lege artis* ausgeführten Behandlung.

Nach dem Organisationssystem unserer Krankenhäuser tragen die leitenden Abteilungsärzte nicht nur die Eigenverantwortung für die Leistungen, die sie selbst ausführen, sondern haben nach dem Prinzip der Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Behandlung aller Patienten innerhalb ihres Abteilungsbereiches einzustehen. Leistungen, für die nur sie selbst ausreichend qualifiziert sind, müssen die leitenden Ärzte auch bei den Patienten ausführen, die keinen Anspruch auf ärztliche Wahlleistungen haben. Auf Mitarbeiter dürfen zur selbständigen und eigenverantwortlichen Erledigung nur Aufgaben delegiert werden, die sie voll beherrschen.

Die Arbeitsteilung ist innerhalb der Fachabteilungen also schon unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten so zu gestalten, daß die „zweckmäßige und ausreichende“ ärztliche Behandlung aller Patienten gewährleistet ist. Ein Angebot ärztlicher Wahlleistungen durch das Krankenhaus, das zu einem Leistungsgefälle und damit zur Beeinträchtigung der ärztlichen Regelversorgung führen würde, wäre auch mit § 6 S. 3 BPfIV unvereinbar.

Andererseits bleibt, wie bereits ausgeführt, für Leistungen, die über den Standard der medizinisch indizierten Behandlung hinausgehen,

nahezu kein Raum: das ärztliche „zuviel“ kann genauso schädlich sein wie jedes „zuwenig“. Zudem zielt die Vereinbarung der freien Arztwahl bzw. der persönlichen Behandlung durch die leitenden Ärzte schon ihrer Natur nach auf die medizinisch indizierte Behandlung und nicht etwa auf ärztliche Luxusleistungen ab.

Das Fazit: Die ärztliche Wahlleistung ist, was Art, Umfang und Qualität der ärztlichen Behandlung betrifft, gegenüber der ärztlichen Versorgung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen ein *idem*, kein *aliud*.

3.2.1.2. Die These von der „besseren“ Leistung würde zudem von vorneherein bei den Fachabteilungen versagen, die über keine ausreichend qualifizierten Mitarbeiter verfügen. Hier steht als „bessere“ Leistung zugunsten des die ärztliche Wahlleistung in Anspruch nehmenden Patienten nicht einmal eine Disposition des Krankenhauses über die abteilungsinterne Arbeitsteilung zur Debatte. Diese Situation findet sich nicht selten in kleineren Häusern, vor allem bei den Funktionsabteilungen.

Auch wenn aber qualifizierte ärztliche Mitarbeiter zur Verfügung stehen, läßt sich bei der Aufnahme des Patienten regelmäßig nicht vorhersehen, ob der leitende Arzt die Behandlung wegen ihrer generellen oder speziellen Schwierigkeit nicht ohnehin persönlich ausführen muß.

Diese Gesichtspunkte spielen selbstverständlich bei der Entscheidung des Patienten für oder gegen die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen eine gewichtige Rolle auch dann, wenn das Liquidationsrecht dem leitenden Arzt zusteht. Da die ärztliche Behandlung im aufgespaltenen Aufnahmevertrag – wie oben näher ausgeführt – keine Leistung des Krankenhauses, sondern eines Dritten und damit eine andere Leistung ist, ergeben sich insoweit jedoch aus § 6 S. 1 BPfIV keine rechtlichen Probleme. Auch wenn der leitende Abteilungsarzt die in Frage stehenden Leistungen im Hinblick auf das Fehlen ausreichend qualifizierter Mitarbeiter auf jeden Fall selbst erbringen müßte, bleibt sie rechtlich im aufgespaltenen Aufnahmevertrag seine eigene Leistung. Mit dem Prinzip der „Bündelung“ (§ 6 S. 4) verhindert die BPfIV, daß diejenigen liquidationsberechtigten Fachvertreter bei der Ausübung des Wehrechtes benachteiligt werden, die erfahrungsgemäß oft nicht

über qualifizierte Mitarbeiter verfügen, andererseits aber für den modernen Krankenhausbetrieb unentbehrlich sind.

3.2.1.3. Im übrigen scheint in dieser Frage in der Literatur weitgehende Einigkeit zu bestehen. So bemerkt Müller (8), Hauptgeschäftsführer der DKG, durch die ärztliche Wahlleistung solle „keine besondere, d. h. bessere ärztliche Versorgung ermöglicht werden, sondern vielmehr dem Grundsatz der freien Arztwahl auch im Krankenhaus Rechnung getragen werden“ und der Patient der allgemeinen Pflegeklasse solle „nicht schlechter ärztlich versorgt werden als der Selbstzahler im Ein- und Zweibettzimmer“. In ähnlichem Sinne formuliert G. Vogt (9) als Auffassung der Ärzteschaft: „Allen Patienten ist eine qualitativ gleichwertige Krankenbehandlung zu gewährleisten, ohne daß individuell gewünschte Zusatzleistungen bei der Unterbringung und der freien Arztwahl verhindert werden.“ Auch Harsdorf (10) sieht offenbar den Unterschied nicht in der Qualität der ärztlichen Leistungen, sondern „im Glücksgefühl des Patienten, sich einen Arzt seiner Wahl leisten zu können“ und Minister Schmidt, Hessen, stellte anlässlich der Beratung der BpflV (11) fest: „Nun wissen wir, daß der leitende Krankenhausarzt in gleicher Weise für alle Patienten seiner Abteilung verantwortlich ist. Nach übereinstimmender Aussage der leitenden Ärzte, ihrer Berufsverbände und der ärztlichen Standesorganisationen kümmern sich die leitenden Ärzte um alle Patienten in gleicher Weise, gleichgültig ob diese privat oder gesetzlich versichert sind.“

Uhlenbruck (12) hatte bereits zur bisherigen Rechtslage die Auffassung vertreten: „Hinsichtlich der Art und des Umfangs der Leistung aus dem Krankenhausaufnahmevertrag ändert sich durch den Abschluß des Zusatzvertrages nichts. Der Chefarzt ist daher nicht den Kranken der verschiedenen Pflegeklassen verschieden verpflichtet, sondern es bestehen lediglich anders geartete Rechtsbeziehungen bezüglich derselben Leistung.“ An dieser zutreffenden Beurteilung hat sich durch die BpflV nichts geändert. Sie stimmt wie später zu zeigen sein wird, voll mit der Konzeption überein, von der § 17 Abs. 2 KHG ausgeht.

3.2.1.4. Ist von der Gleichwertigkeit der medizinischen Leistungen aus-

zugehen, so liegt die Frage nahe, ob unter dieser Prämisse die Beibehaltung des stationären Liquidationsrechtes in der Krankenhausreform überhaupt gerechtfertigt erscheint. Sie ist gleichwohl schon im Ansatzpunkt verfehlt. Zu fragen ist vielmehr, ob es sachliche Gründe gibt, die den mit der Abschaffung des Liquidationsrechtes verbundenen Eingriff in die Vertragsfreiheit zu rechtfertigen vermöchten. Als sachliche Gründe könnte wohl nur die Benachteiligung der Patienten in Betracht kommen, die vom Wahlrecht keinen Gebrauch machen können oder wollen. Von einer Beeinträchtigung ihrer Interessen kann jedoch schon wegen der in § 6 BpflV vorgesehenen Kautelen keine Rede sein. Im Gegenteil: Die Patienten, die gesondert berechenbare ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, erbringen damit einen finanziellen Beitrag, der es ermöglicht, zum Vorteil aller Patienten besonders qualifizierte Ärzte am Krankenhaus zu beschäftigen.

Andererseits gibt es durchaus einfühlbare und auch rational nachvollziehbare Beweggründe für die Patienten, die auch künftig von der Wahlmöglichkeit Gebrauch machen wollen. Gerade wenn es um die Erhaltung von Leben und Gesundheit geht, mag dem Patienten die unmittelbare Vertragsbeziehung zum behandelnden Arzt als Bezugsperson eine größere psychologische Sicherheit geben, als die zu einem anonymen Krankenträger. Die individuelle Vertrauensbeziehung und das Gefühl der Geborgenheit sind Heilfaktoren von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung. Selbst wenn es aber nur darum ginge, sich ein Quentchen irrationales Glücksgefühl hinzuzukaufen, wie Harsdorf meint, wer wollte diese Chance dem Patienten in seiner bedrängten Situation versagen?

Es bedarf keiner näheren Ausführungen, daß ein Liquidationsrecht, das dem Krankenträger zustünde, gerade nicht den hier skizzierten psychologischen Effekt haben könnte. Die Anonymität der Rechtsbeziehung würde nicht durchbrochen. Im Ergebnis müßte der Patient zudem wohl die Sorge haben, daß die leitenden Ärzte eine ihnen vom Krankenträger auferlegte Pflicht zur persönlichen Behandlung als zusätzliche Belastung empfinden.

3.2.2. Der Deutsche Städtetag vertritt in Abschnitt B seiner „Anhaltspunkte zur Anwendung des § 6 BpflV“ gleichwohl die These:

„Wenn das Krankenhaus ärztliche Leistungen als gesondert berechenbare Leistung anbietet, so ist dies eine medizinisch nicht notwendige Leistung, die über die allgemeine und ausreichende ärztliche Leistung nach § 3 Abs. 1 hinausgeht und diese auch nicht ersetzt. Liquidieren die Ärzte ihre Leistungen gesondert, besteht dennoch ein Anspruch des Krankenträgers auf den ungekürzten vollpauschalierten Pflegesatz.“

Brandecker (13) meint dazu in Übereinstimmung mit den vorstehenden Ausführungen und den zitierten Literaturstellen, auch der Arztwahl ausübende Patient werde keine über die medizinisch zweckmäßigen Leistungen hinausgehende, also zusätzliche ärztliche Leistung erhalten; eine solche Leistung sei wenig sinnvoll, er könne der Auffassung des Deutschen Städtetages und der DKG deshalb nicht zustimmen. Dem ist nichts hinzuzufügen.

3.2.2.1. Es ist allerdings kaum vorstellbar, daß der Deutsche Städtetag und die DKG diese naheliegenden und im Prinzip wohl unstrittigen Gesichtspunkte verkannt hätten. Auch sie dürften kaum daran zweifeln, daß es zwischen ärztlicher Wahlleistung und Regelleistung keine faktischen Unterschiede und kein Leistungsgefälle geben darf.

Anhaltspunkte für die Begründung der rational schwer faßbaren These, trotz der faktischen Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung liege in der Einräumung der Arztwahl doch eine zusätzliche Leistung, könnte eine vom Bundesgerichtshof in BGHZ 7, S. 1, 14 angestellte Erwägung geben. Diese Entscheidung bezeichnet es als denkbar, daß der (beamtete) Chefarzt, dem die Versorgung aller stationären Patienten als Dienstaufgabe obliegt, „mit den Patienten, hinsichtlich derer er das Liquidationsrecht hat, Vereinbarungen trifft, die Patienten über den Rahmen der ihm aus seiner dienstlichen Stellung als Chefarzt obliegenden Verpflichtungen hinaus (etwa bei unbedeutenden, regelmäßig vom Oberarzt vorzunehmenden Eingriffen) persönlich zu behandeln“. Darin könne unter Umständen eine Vereinbarung gesehen werden, die darauf gehe, daß der Chefarzt sich verpflichte, „von seinem Ermessen,

wieweit er den Patienten selbst behandeln will, einen bestimmten nach seinem Anstellungsverhältnis nicht verbotenen Gebrauch zu machen". Auch dieser Versuch, für die These des Städtetages eine Begründung zu finden, führt freilich letztlich nicht weiter.

3.2.2.2. Gesondert berechenbar wäre aufgrund der vom Bundesgerichtshof als denkbar bezeichneten Rechtskonstruktion neben dem die gesamte indizierte Behandlung abgeltenden (großen) Pflegesatz nicht die ärztliche Leistung als solche, sondern ausschließlich die „Ermessensausübung“ des leitenden Arztes, bei bestimmten Patienten ärztliche Leistungen persönlich zu erbringen, die genauso gut und sicher von seinen Mitarbeitern erbracht werden könnten (Leistungen, für die nur er selbst ausreichend qualifiziert ist, muß er ohnehin persönlich erbringen).

Nach welchen Bewertungsmaßstäben sollte aber eine solche „Ermessensausübung“ in eine Honorarforderung umgesetzt werden? Mit Sicherheit könnten dafür die ärztlichen Gebührenordnungen nicht in Betracht kommen, wenn die ärztlichen Leistungen als solche – wie dies die These des Städtetages will – stets im Pflegesatz abzugelten sind.

3.2.2.3. Noch weniger erklären ließe sich, wie aus der „Ermessensausübung“ des leitenden Arztes, bestimmte Patienten – statt beliebiger anderer – persönlich zu behandeln, dem Krankenhaus bei einer Abgeltung der medizinisch indizierten Behandlung im vollpauschalierten kostendeckenden Pflegesatz zusätzliche Unkosten erwachsen sollten. Diese Frage bedarf aber einer eindeutigen Antwort, weil § 18 Abs. 6 BPflV davon ausgeht, daß die liquidationsberechtigten Ärzte dem Krankenhausträger prinzipiell Unkosten zu erstatten haben.

Da die leitenden Ärzte, anders als die nachgeordneten, für die Überstunden im Hinblick auf ihr Liquidationsrecht in der Regel keine Vergütung erhalten, erspart im Gegenteil das Krankenhaus sogar in dem Maße Personalkosten, in dem liquidationsberechtigte Ärzte außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit medizinisch indizierte Leistungen bei den Patienten erbringen, die ihre persönliche Behandlung wünschen.

3.2.3. Mit der Erkenntnis, daß die ärztliche Wahlleistung keine zusätzliche, über die medizinisch indizierte Behandlung hinausgehende Leistung ist, ist im Prinzip auch bereits entschieden, daß das ärztliche Liquidationsrecht für Wahlleistungen und der große Pflegesatz sich wechselseitig ausschließen (14), gleichgültig wie im einzelnen die Rechtsnatur der ärztlichen Wahlleistungen zu beurteilen ist.

3.2.3.1. Das Nebeneinander von großem Pflegesatz und ärztlichem Liquidationsrecht müßte dazu führen, daß der Patient die im großen Pflegesatz voll abzugeltende medizinisch indizierte Behandlung erneut an den liquidationsberechtigten Arzt zu zahlen hätte, d. h. sowohl pauschaliert als auch nach Einzelleistungen, also doppelt (15).

Die Grundthese der Entschließung des baden-württembergischen Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr vom 29. Juli 1974 (16) – Nr. I 3817, 31/63 –, „Allgemeine Krankenhausleistungen können nicht Gegenstand von Wahlleistungen sein“, ist zweifellos richtig. Auch die Annahme, alle medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Leistungen müßten als Krankenhausleistungen erbracht werden, erscheint im Grundsatz als zutreffend, zumindest als vertretbar. Die Entschließung verkennt jedoch offensichtlich, daß § 6 in Verbindung mit § 3 Abs. 3 BPflV und § 17 Abs. 2 KHG den Grundsatz der Vollpauschalierung insoweit durchbricht, als er die ärztlichen Regelleistungen durch die Wahlleistungen ersetzen läßt. Der Grundsatz der Vollpauschalierung gilt für den totalen, nicht aber für den Anwendungsbeereich des aufgespaltenen Aufnahmevertrages.

3.2.3.2. Die Unvereinbarkeit der These des Städtetages mit dem Prinzip der vollpauschalierten Abgeltung der Krankenhausleistungen im großen Pflegesatz tritt noch klarer hervor, wenn man sie mit der hier unmittelbar interessierenden weiteren These kombiniert, dem Krankenhaus stehe für die ärztlichen Wahlleistungen ein eigenes Liquidationsrecht zu.

Die notwendige Konsequenz wäre, daß das *Krankenhaus* das Entgelt für die gleiche ärztliche Leistung sowohl vollpauschaliert im großen Pflegesatz als auch in einer Liqui-

dation nach Einzelleistungen erhielt. Die „Gegenleistung“ des Krankenhauses für die doppelte Verrechnung erschöpfte sich in der Anweisung an die leitenden Krankenhausärzte (17), die Patienten, mit denen die gesonderte Berechnung der Arztleistungen vereinbart ist, persönlich zu behandeln bzw. ihnen die freie Arztwahl bei den Verrichtungen einzuräumen, für die mehrere qualifizierte Ärzte zur Verfügung stehen.

Eine solche Disposition über die interne Arbeitsverteilung ließe, wie keiner näheren Ausführungen bedarf, das Volumen der für die Gesamtheit der Patienten zu erbringenden und mit den Einnahmen aus dem großen Pflegesatz voll abzugeltenden ärztlichen Leistungen unverändert, wäre also mit keinerlei zusätzlichem Aufwand für den Krankenhausträger verbunden. Es würde sich im Rahmen austauschbarer Leistungen lediglich eine Verschiebung im Einsatz der leitenden und nachgeordneten Ärzte bei der Gesamtheit der Patienten dahin ergeben, daß die leitenden Ärzte eine Patientengruppe im stärkeren Umfang persönlich behandeln und die übrigen Patienten dafür entsprechend in einem geringeren, als dies ohne eine solche Anweisung der Fall wäre.

Es darf wohl ausgeschlossen werden, daß die BPflV eine solche Disposition des Krankenhausträgers, die sich in der Auswahl bestimmter Erfüllungsgehilfen zugunsten bestimmter Patientengruppen erschöpfte, in § 6 gesondert honoriert sehen wollte. Dies kann um so weniger in Betracht kommen, als § 3 Abs. 1 bei der Begriffsbestimmung der allgemeinen Krankenhausleistung eben gerade nicht auf die Person dessen abstellt, der die Leistung im totalen Aufnahmevertrag ausführt. Vollpauschaliert abgegolten werden im großen Pflegesatz ebenso die Leistungen der leitenden wie der nachgeordneten Krankenhausärzte, und selbst die Krankenhausfremder, die zur Mitbehandlung und zum Konsilium zugezogen werden.

Selbst wenn es keine positivrechtliche Regelung gäbe, müßte die Sachlogik und das Prinzip der materiellen Gerechtigkeit solche Doppelzahlungen ausschließen. Im KHG ist dieser Problembereich aber eindeutig zugunsten der Patienten ge-

regelt, die ärztliche Wahlleistungen in Anspruch nehmen. Die positivrechtliche Regelung widerlegt zugleich zwingend die Wertung der ärztlichen Wahlleistung als einer zusätzlichen Leistung, mit der die These vom eigenen Liquidationsrecht des Krankenhauses steht und fällt.

4. Die ärztliche Wahlleistung aus der Sicht des KHG

Das KHG bestimmt in § 17 Abs. 2 S. 1:

„Werden Arztkosten ... gesondert berechnet, so ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen; durch Rechtsverordnung nach § 16 ist zu bestimmen, welche Kosten als Arztkosten ... einzusehen sind.“

Sinn und Tragweite dieser Bestimmung zeigt der Schriftliche Bericht des federführenden BT-Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit (18) so klar und eindeutig auf, daß sich dazu weitere Ausführungen erübrigen:

„Die Vorschrift betrifft nur die Rechtsfolgen der gesondert berechneten Arzt- und Nebenkosten im Hinblick auf die Pflegesätze. Die Vorschrift stellt klar, daß bei den bezeichneten Arzt- oder Nebenkosten wie bisher die Berechnung eines sogenannten ‚kleinen‘ Pflegesatzes möglich und notwendig ist. Dagegen sagt die Vorschrift nichts darüber aus, ob und in welchem Umfange ärztliche Leistungen aufgrund einer eigenen vertraglichen Vereinbarung mit dem Patienten gesondert berechnet werden können. Hiertür ist § 2 Nr. 4 maßgebend. Denach fallen ärztliche Leistungen, die nicht als Leistungen des Krankenhauses angesehen werden können, eis solche nicht unter die Pflegesatzregelung. Diese Voraussetzung dürfte bei ärztlichen Leistungen, die aufgrund einer eigenen vertraglichen Beziehung zwischen Arzt und Patient erbracht werden, gegeben sein.“

Der Wortlaut des § 17 Abs. 2 KHG und sein im Schriftlichen Bericht herausgestellter Sinngehalt gewinnen für unser Problem eine doppelte Bedeutung (19):

4.1. Sie widerlegen zwingend die These, die gesondert berechenbaren Arztleistungen seien deshalb „andere als die *allgemeinen* Krankenhausleistungen“, weil sie *zusätzlich* zur ärztlichen Regelbehandlung erbracht würden.

4.1.1. Wäre sie richtig, so müßte die gesonderte Berechnung der ärztlichen Wahlleistungen das Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen unberührt lassen. Die im großen Pflegesatz abzugeltende Regelbehandlung und die gesondert zu berechnende „Zusatzbehandlung“ stünden unabhängig nebeneinander und wären jeweils nebeneinander auch voll berechenbar. Die Leistungsentgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen und für die zusätzlich zu erbringenden ärztlichen Wahlleistungen würden in keiner Weise miteinander kollidieren.

Die durch § 17 Abs. 2 KHG (20) zwingend vorgeschriebene Kürzung der Pflegesätze wäre auf der Basis dieser These nicht „notwendig“, sondern in höchstem Maße sinnwidrig. Sie hätte zur Folge, daß das Krankenhaus zwar die zusätzlichen Leistungen gesondert berechnen könnte, im gekürzten Pflegesatz jedoch kein Entgelt mehr für (medizinisch) indizierte Leistungen erhielte, die im Rahmen der Regelbehandlung erbracht werden.

4.1.2. Es darf ausgeschlossen werden, daß der Gesetzgeber die nahe liegende Konsequenz des § 17 Abs. 2 für die Begriffsbestimmung der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen verkannt hätte. Er geht ersichtlich von einem diametral anderen, der These von der zusätzlichen Leistung entgegengesetztem Konzept aus.

„Notwendig“ im Sinne des Schriftlichen Berichts ist die Kürzung der Pflegesätze,

4.1.2.1. wenn und soweit die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen nach dem Konzept des § 17 Abs. 2 KHG an *die Stelle* der Regelbehandlung treten und *sie* ersetzen. Die Abgeltung im großen Pflegesatz und im gesondert berechenbaren Honorar würde unter dieser Voraussetzung zu einer Doppelzahlung für die gleiche Leistung führen.

Um eine solche Doppelzahlung auszuschließen, stehen zunächst zwei Wege offen, die Kürzung des Honorars um den Arztanteil des Pflegesatzes oder umgekehrt die Kürzung des Pflegesatzes um die im Arztanteil enthaltenen Arztkosten; diese Wahlmöglichkeit verengt sich jedoch auf die in § 17 Abs. 2 KHG vorge-

schriebene Kürzung des Pflegesatzes als einzig mögliche und damit *notwendige* Lösung im Sinne des Schriftlichen Berichts unter einer zweiten Prämisse, nämlich

4.1.2.2. wenn der Gesetzgeber davon ausgeht, daß die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen nicht das Krankenhaus, sondern der liquidationsberechtigte Arzt im eigenen Namen erbringt. Da die Pflegesätze nach der Definition des § 2 Nr. 4 KHG die Entgelte für die Leistungen des Krankenhauses sind, muß unter dieser zweiten Prämisse der Pflegesatz um die Arztkosten gekürzt werden, um Doppelzahlungen zu vermeiden.

4.3. Wortlaut und Sinngehalt des § 17 Abs. 2 KHG bestätigen, daß das maßgebliche Kriterium allein die Gestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten ist. Der Schriftliche Bericht stellt für die Unterscheidung der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen von den Regelleistungen ausschließlich darauf ab, daß sie nicht als Leistungen des Krankenhauses, sondern aufgrund einer eigenen vertraglichen Beziehung zwischen Arzt und Patient erbracht werden. Er nimmt damit Bezug auf die typische Gestaltung der Rechtsbeziehungen im aufgespaltenen Aufnahmevertrag. Nichts anderes als die traditionelle Unterscheidung zwischen dem totalen und dem aufgespaltenen Aufnahmevertrag, die dem Verordnungsgeber durch § 17 Abs. 2 KHG zwingend vorgeschrieben war, liegt der Abgrenzung der ärztlichen Wahlleistungen in § 6 S. 1 BpflV zugrunde.

Ein eigenes Liquidationsrecht des Krankenhausträgers für ärztliche Wahlleistungen widerspräche danach ebenso der Konzeption des § 17 Abs. 2 KHG wie § 6 S. 1 der BpflV.

5. Die Vereinbarung der ärztlichen Wahlleistung

Der Wortlaut des § 6 S. 2

„Die gesonderte Berechnung ist nur bei Leistungen ... zulässig, wenn die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist ...“

könnte auf den ersten Blick dahin verstanden werden, Vertragspartner des Patienten solle auch hinsichtlich

der ärztlichen Wahlleistungen das Krankenhaus sein. Eine solche Auslegung, die im Widerspruch zu den bisherigen Ergebnissen stünde, ist zunächst jedoch schon vom Wortlaut des § 6 S. 2 nicht geboten. Er schreibt eine Vereinbarung über die gesonderte Berechnung der Leistungen vor, nicht eine Vereinbarung über die Leistungen. Andererseits stünde ihr auch der Wortlaut des § 18 Abs. 6 entgegen, der darauf abstellt, daß die Ärzte zur gesonderten Berechnung „ihrer Leistungen“ berechtigt sind. Es wäre auch schwer verständlich, daß die BPfIV in § 6 S. 4 ausdrücklich von liquidationsberechtigten Ärzten spräche, wenn Vertragspartner des Patienten auch hinsichtlich der ärztlichen Wahlleistungen und damit Gläubiger der Honorarforderung das Krankenhaus sein sollte.

Entscheidend gegen eine solche Auslegung des § 6 S. 2 spricht vor allem aber auch die Systematik der BPfIV und die Beschränkung des ihr zugrunde liegenden Regelungsauftrages.

5.1. Gegenstand der BPfIV ist die Regelung der Pflegesätze, d. h. des Entgelts für die Leistungen des Krankenhauses. Sie normiert nicht etwa schlechthin die Rechtsbeziehungen im totalen Aufnahmevertrag und noch viel weniger die zwischen Arzt und Patient im aufgespaltenen Aufnahmevertrag. Dazu fehlte dem Verordnungsgeber jede Rechtsgrundlage. Insbesondere enthält das KHG in den §§ 16 und 17 Abs. 2 keine Ermächtigung für die Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient.

Aus dem Schriftlichen Bericht zu § 17 Abs. 2 KHG wird erkennbar, daß der Gesetzgeber sich bewußt jeder Definition der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen enthalten hat. Er stellt ersichtlich auf die traditionelle Unterscheidung zwischen totalem und aufgespaltenem Aufnahmevertrag ab, von dessen Fortbestand er ausgeht. Damit ist es aber auch vom Regelungsauftrag her ausgeschlossen, daß die BPfIV in § 6 hätte bestimmen können und bestimmen wollen, das Krankenhaus solle künftig Vertragspartner des Patienten auch hinsichtlich der ärztlichen Wahlleistungen sein.

Die in § 6 S. 2 BPfIV vorgeschriebene Vereinbarung soll die ärztli-

chen Wahlleistungen nicht zu einer Vertretungsleistung des Krankenhauses machen. Sie soll vielmehr das Wahlrecht des Patienten sichern und zugleich Rechtsklarheit zwischen Krankenhaus und Patient über Art und Umfang der wechselseitigen Verpflichtungen schaffen. Es bedarf unter diesem letzteren Aspekt einer Vereinbarung über die gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen schon deshalb, weil die BPfIV am Regelfall des totalen Aufnahmevertrages konzipiert ist. Der Übergang zum aufgespaltenen Aufnahmevertrag bedeutet eine Ausnahme von diesem Regelkonzept, eine Reduzierung des totalen Aufnahmevertrages und der aus ihm fließenden rechtlichen Verpflichtungen im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Patient; dieses Abgehen vom Regelfall setzt entsprechende Willenserklärungen der Beteiligten voraus.

5.2. Es liegt nahe, in der Vereinbarung nach § 6 S. 2 über diese Zweckbestimmung hinaus zugleich den Abschluß des Behandlungsvertrages durch das Krankenhaus in Vertretung der liquidationsberechtigten Ärzte zu sehen. Die Vollmacht des Krankenhauses zur Vertretung der Ärzte wird um so eher zu bejahen sein, wenn diese aus dem Dienstvertrag gegenüber dem Krankenhaus — wie heute üblich — ohnehin zur Behandlung aller stationären Patienten verpflichtet sind. Zumindest wird aber in der Erklärung des Patienten anläßlich der Krankenhausaufnahme, die gesondert berechenbare ärztliche Behandlung zu wählen, das Angebot an die liquidationsberechtigten Ärzte auf Abschluß des Behandlungsvertrages zu ersehen sein, das diese mit dem Beginn der Behandlung annehmen, ohne daß es einer ausdrücklichen Erklärung bedarf.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

6.1. Die Rechtsbeziehungen des Patienten zum Krankenhaus und zum stationär behandelnden Arzt bestimmen sich herkömmlich nach dem Grundtypus des totalen oder des aufgespaltenen Aufnahmevertrages. Raum für ein stationäres ärztliches Liquidationsrecht läßt nur der aufgespaltenen Aufnahmevertrag.

6.2. Die BPfIV geht in ihrer Grundkonzeption vom vollpauschalierten

(großen) Pflegesatz aus, der die gesamten stationären Leistungen — einschließlich der ärztlichen Behandlung — abgibt. Ihr systematischer Ausgangspunkt deckt sich mit den Rechtsbeziehungen im totalen Aufnahmevertrag.

Sie setzt zwar den Fortbestand des stationären ärztlichen Liquidationsrechtes und damit auch den des aufgespaltenen Aufnahmevertrages voraus. Die gesonderte Berechnung stationärer Leistungen — auch ärztlicher — neben den Pflegesätzen läßt sich jedoch nur im Rahmen abschließend enumerierter Ausnahmen zu.

Der totale Aufnahmevertrag steht damit zum aufgespaltenen, in dem der liquidationsberechtigte Arzt die ärztliche Behandlung als eigene Leistung erbringt und berechnet, im Regel-Ausnahme-Verhältnis.

6.3. Die näheren Voraussetzungen, unter denen die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen und damit die Durchbrechung des Grundsatzes der Vollpauschalierung zugelassen wird, sind in der BPfIV abschließend normiert. Nach § 6 S. 1 können nur „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen“ gesondert berechnet werden.

Dieser Voraussetzung genügen die Leistungen der liquidationsberechtigten Ärzte im aufgespaltenen Aufnahmevertrag. Sie sind zivilrechtlich wie nach den Definitionen des KHG (§ 2 Nr. 4) und der BPfIV (§ 2 Nr. 5) ihre eigenen Leistungen und keine im Rahmen der Pflegesatzregelung ebzugeltenden Krankenhausleistungen.

Ärztliche Leistungen, die leitende Krankenhausärzte in Erfüllung der Vertragspflichten des Krankenhauses erbringen, bleiben dagegen rechtlich stets *Krankenhausleistungen*, auch wenn das Krankenhaus dem Patienten im (totalen) Aufnahmevertrag die freie Arztwahl einräumt. Sie bleiben auch *allgemeine Krankenhausleistungen*; der Patient, der die persönliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte wählt, erhält dadurch keinen Anspruch auf eine „andere“, qualitativ oder quantitativ bessere Behandlung, als sie ihm bereits nach § 3 Abs. 1 BPfIV also im Rahmen der *allgemeinen* Krankenhausleistungen zusteht.

GASTRICHOLAN®

**STOMACHICUM
UND
CHOLAGOGUM**



**Die bewährte Phytotherapie
bei gastrointestinalen Störungen**

Zusammensetzung

1 Tropfen:

Flor. Chamom.	1,25 mg
Rhiz. Calami	1,20 mg
Fol. Menthae pip.	1,25 mg
Herba Absinthii	0,75 mg
Herba Thymel	0,80 mg
Fruct. Foenic.	0,75 mg
Spirit.	8 mg
Aqu. dest.	32 mg

Indikationen

Subazide Gastropathien,
chron.-dyspept. Zustände
Dauerbehandlung nach
Rollkuren
Subazidität nach Antibiotika-
und Tuberkulostatika-
Therapie

Handelsformen

Flasche 20 ml DM 3,70
Flasche 50 ml DM 6,80
Packung mit 6 x 50 ml

SÜDMEDICA GMBH 8 MÜNCHEN 70



Arthritis ? Arthrose

**Die Entzündung
macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.**

Der Arthrotiker braucht ein hochwirksames Antiphlogistikum, das bereits initial eingesetzt werden kann und dabei selbst stärkere Schmerzen behebt.

Dieses Antiphlogistikum muß sich auch besonders zur Langzeittherapie eignen.

Selbst Patienten mit vorgeschädigter Leber und eingeschränkter Nierenfunktion muß es ohne Bedenken verordnet werden können.

Stärke und Darreichungsformen sollten eine Wirkungsdauer während des Tages und der Nacht ermöglichen – 24 Stunden rund um die Uhr.

Bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika dürfen keine signifikanten Wechselwirkungen auftreten.

Die Progredienz der Arthrose sollte verlangsamt werden, um den Patienten bei individuell angepaßter Dosierung längere Zeit leistungs- und arbeitsfähig zu erhalten.

Diese Voraussetzungen – klinisch überprüft und dokumentarisch weltweit belegt – sind Eigenschaften von Amuno.

Indometacin
Amuno®

Kapseln, Suppositorien

...Maßstab der Rheumatherapie

Zusammensetzung: 1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-Essigsäure (= Indometacin).
Kapseln 25 mg und 50 mg, orale Suspension 25 mg/5 ml, Suppositorien 50 mg und 100 mg.

Indikationen: Primär-chronische Polyarthritiden, Arthrosis deformans, Coxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extraartikuläre Affektionen wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Trismus und Ödemen nach zahnärztlichen Eingriffen. Kurzfristig als Adjuvans bei fieberhaften Zuständen. Bei Schmerzen, Entzündungen und Ödemen nach orthopädisch-chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Aktives Ulcus ventriculi oder duodeni oder bei entsprechender gastrointestinaler Anamnese. Ferner bei Allergie gegen azetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Indometacin. Mangels ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen: Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno® werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Das trifft insbesondere zu für mitunter auftretende Magen- und Darmstörungen, die zusätzlich auch eingeschränkt werden können durch orale Verabreichung von Amuno® zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antazidum. Bei solchen Symptomen muß der mögliche Nutzen einer weiteren Therapie gegen deren Risiken abgewogen werden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno® abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulten gastrointestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno® regelmäßige Blutbildkontrollen empfohlen.

Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöse Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritiden – auftretenden Sehstörungen ist augenärztliche Inanspruchnahme anzuraten.

Die während einer Amuno®-Behandlung manchmal – vornehmlich in frühem Behandlungsstadium – zu beobachtenden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit sind meist nur vorübergehend. Patienten, die zu diesen Erscheinungen neigen, sollten während dieser Zeit kein Kraftfahrzeug lenken oder Tätigkeiten verrichten, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Handelsformen und Preise lt. A. T.:

20 Kapseln	zu 25 mg	DM 8,30
100 Kapseln	zu 25 mg	DM 32,60
20 Kapseln	zu 50 mg	DM 15,10
50 Kapseln	zu 50 mg	DM 31,50
10 Suppos.	50 mg	DM 9,30
50 Suppos.	50 mg	DM 33,95
10 Suppos.	100 mg	DM 17,15
50 Suppos.	100 mg	DM 62,—
100 ml orale Suspension	25 mg/5 ml	DM 9,75

Im übrigen unterrichtet über Einzelheiten der Anwendung, Begleiterscheinungen und Dosierung die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP & DOHME

Der Auffassung, ärztliche Wahlleistungen seien ihrer Natur nach *zusätzliche* Leistungen, die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen zu erbringen und zu berechnen seien, steht eindeutig auch die im KHG zwingend vorgeschriebene Kürzung der Pflegesätze entgegen. Sie ist nur dann sinnvoll, wenn die gesondert berechenbare Leistung, wie dies für den aufgespaltenen Aufnahmevertrag typisch ist, die Regelleistung ersetzt.

6.4. Ein *eigenes* (originäres) Liquidationsrecht des Krankenhauses für ärztliche Wahlleistungen ist sonach mit der Begriffsbestimmung der gesondert berechenbaren Leistung in § 6 S. 1 unvereinbar. Es läßt sich auch nicht aus § 6 S. 2 BPfIV herleiten. Die dort vorgesehene Vereinbarung begrenzt den Inhalt des Aufnahmevertrages im Verhältnis zwischen Patient und Krankenhaus. Sie bedeutet dagegen nicht, daß Vertragspartner des Patienten hinsichtlich der ärztlichen Wahlleistungen das Krankenhaus sein solle.

7. Konsequenzen für den Theorienstreit um die Rechtsnatur des ärztlichen Liquidationsrechtes

Die BPfIV regelt unmittelbar nur einen Teilaspekt der Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Krankenhaus. Die Konzeption ihrer Entgeltregelung und die positivrechtliche Abgrenzung der ärztlichen Wahlleistungen entscheiden gleichwohl auch den Theorienstreit um die Rechtsnatur des ärztlichen Liquidationsrechtes.

7.1. Originäres oder derivatives ärztliches Liquidationsrecht:

Die beiden Begriffe markieren These und Antithese im Theorienstreit (21):

Die These vom *originären ärztlichen Liquidationsrecht* meint, dem leitenden Krankenhausarzt stehe das Honorar für die stationären ärztlichen Leistungen kraft eigenen Rechtes zu. Sie stützt sich auf die historische Entwicklung und Gewohnheitsrecht, auf die freiberufliche Stellung des Arztes und die Natur seiner Berufstätigkeit sowie auf den Grundsatz der Vertragsfreiheit; die unmittelbare Rechtsbeziehung zum leitenden Krankenhausarzt entspreche dem natürlichen Willen des Patienten.

Der aufgespaltene Aufnahmevertrag ist nach dieser These der Grundtypus des Krankenhausaufnahmevertrages schlechthin. Auf ihn habe sich der Patient bei der Krankenhausaufnahme einzustellen. Das ärztliche Liquidationsrecht sei vorgegeben; es bedürfe weder einer Vereinbarung des leitenden Krankenhausarztes mit dem Krankenhausträger noch mit dem Patienten.

Die These vom *derivativen ärztlichen Liquidationsrecht* geht davon aus, auch die stationäre ärztliche Behandlung gehöre zu den typischen Vertragspflichten des Krankenhauses aus dem Aufnahmevertrag; ihm stehe deshalb das originäre Liquidationsrecht zu. Der leitende Krankenhausarzt, dem es im Dienstvertrag für bestimmte Patientengruppen eingeräumt werde, übe insoweit ein fremdes, ihm übertragenes Recht oder Rechte aus einem Vertrag zugunsten Dritter aus.

7.2. Die Konzeption der BPfIV:

7.2.1. Mit der Abgeltung der ärztlichen Leistungen im Pflegesatz hat sich die BPfIV in Übereinstimmung mit den seit langem geltenden faktischen Verhältnissen für den totalen Aufnahmevertrag als Regelfall und damit zugleich eindeutig gegen den aufgespaltenen Aufnahmevertrag als Grundtypus der Rechtsbeziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenhaus entschieden. Die These von der originären Rechtsnatur des ärztlichen Liquidationsrechtes im Sinne der skizzierten These kann im Hinblick auf die Grundkonzeption der BPfIV – entgegen *Küchenhoff* (22) – nicht aufrechterhalten werden, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob es auf dem aufgespaltenen Aufnahmevertrag beruht oder aus einem Arztsatzvertrag (23) hergeleitet wird (24).

Auch für das Liquidationsrecht aus einem Arztsatzvertrag würden die Voraussetzungen des § 6 S. 2 der BPfIV gelten, d. h., es bedürfte in jedem Einzelfall einer Vereinbarung des Patienten mit dem Krankenhaus. Ob der Arztsatzvertrag mit der unklaren Doppelverrechnung der gleichen Leistungen im Pflegesatz und im ärztlichen Honorar überhaupt mit der Konzeption des § 6 S. 1 BPfIV und des § 17 Abs. 2 S. 1 KHG vereinbar ist, soll hier dahingestellt bleiben. Prinzipiell

werden ihm die in 3.2.2. gegen die These des Städtetages angemerkten Bedenken entgegenzuhalten sein.

7.2.2. Andererseits schließt die BPfIV, wie oben nachgewiesen, aber auch ein originäres Liquidationsrecht des Krankenhausträgers für die ärztlichen Wahlleistungen aus. Dem Krankenhausträger steht es als Betriebsinhaber zwar frei, die ärztlichen Leistungen selbst zu erbringen oder es seinen leitenden Krankenhausärzten zu überlassen, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung tätig zu werden. Für die Gestaltung der Rechtsbeziehung steht er dabei aber unter dem Typenzwang der BPfIV: Im ersteren Fall ist er an den totalen Aufnahmevertrag und die totale Abgeltung seiner Leistungen im Pflegesatz gebunden, während bei der zweiten Lösung das Liquidationsrecht aus dem aufgespaltenen Vertrag unmittelbar dem Arzt zusteht.

Entgegen *Uhlenbruck* (25) kann wegen dieses Typenzwanges, der zur Entscheidung zwischen totalem oder aufgespaltenem Aufnahmevertrag zwingt, nicht etwa der Selbstzahler „nur mit dem Krankenhausträger kontrahieren“ und der leitende Krankenhausarzt die ärztlichen Leistungen aufgrund eines ihm vom Krankenhaus übertragenen „derivativen globalen Liquidationsrechtes“ abrechnen. Die Übertragung würde voraussetzen, daß dem Krankenhausträger ein originäres Liquidationsrecht zusteht. Dies eben ist aber durch § 6 S. 1 ausgeschlossen.

7.3. Unterscheidung zwischen der Liquidationsberechtigung und dem Liquidationsrecht:

Terminologische Mißverständnisse ließen sich vermeiden, wenn künftig deutlicher unterschieden würde zwischen der

Liquidationsberechtigung des leitenden Arztes im Sinne der ihm vom Krankenhausträger als Betriebsinhaber erteilten Ermächtigung, mit den personellen und sachlichen Mitteln des Krankenhauses stationäre ärztliche Verrichtungen auf eigene Rechnung zu erbringen, und dem

Liquidationsrecht des leitenden Arztes, das auf seiner unmittelbaren vertraglichen Beziehung zum Patienten bzw. Kostenträger beruht.

8. Konsequenzen für die Gestaltung der Chefarztverträge

Ist dem Krankenhaus ein eigenes (originäres) Liquidationsrecht für die ärztlichen Wahlleistungen versagt, kann es also ärztliche Honorarforderungen nur geltend machen, soweit sie ihm im Einzelfall oder (im Dienstvertrag) antizipiert und global abgetreten sind (26), so ergeben sich daraus weittragende praktische Konsequenzen für die Gestaltung der Dienstverträge der leitenden Krankenhausärzte.

8.1. Ausgeschlossen ist damit zunächst einmal das in der Einleitung skizzierte Modell der Festbesoldung, das ein stationäres Liquidationsrecht der leitenden Ärzte ausschließt und den erhöhten Besoldungsaufwand aus eigenen Liquidationseinnahmen des Krankenhauses für ärztliche Wahlleistungen bestreiten will. Das Vertragsmuster A des Katholischen Krankenhausverbandes scheitert an § 6 S. 1 BPfIV.

8.2. Begrenzt wird dadurch aber auch die mittelbare Inanspruchnahme der Honorare. Übt das Krankenhaus mit der Einziehung der Honoraransprüche für ärztliche Wahlleistungen ein fremdes Recht aus, so würde es auf eine Umgehung der in der BPfIV getroffenen Regelung hinauslaufen, wenn es aus diesen Honoraren mehr als die Erstattung der ihm aus der liquidationsberechtigten Tätigkeit erwachsenden *Unkosten* (27) oder an deren Stelle (etwa aufgrund beamtenrechtlicher Bestimmungen) eine angemessene *Nutzungsentschädigung* beanspruchen würde.

Um die Grenzen wenigstens anzudeuten: Die Unkosten des Krankenhauses sind nach oben limitiert in Höhe der Differenz zwischen dem vollen und dem um die Arztkosten gekürzten Pflegesatz. Eine andere Grenze hat das Bundesverwaltungsgericht in seiner Entscheidung zur Höhe der Nutzungsentschädigung deutlich gemacht, die der beamtete Chefarzt nach den beamtenrechtlichen Nebentätigkeitsbestimmungen an den Krankenhausträger zu entrichten hat. Auch wenn die Nutzungsentschädigung nicht nach dem Kostenerstattungs-, sondern nach dem Vorteilsausgleichsprinzip berechnet werde, müsse dem beamteten Arzt der *überwiegende* Teil seiner Einnahmen aus der Nebentätigkeit verbleiben (28).

Dabei ist zu bedenken, daß die – schon nach der ärztlichen Berufsordnung – obligatorische Honorarbeteiligung der ärztlichen Mitarbeiter das Honorarvolumen und damit auch den „Nutzen“ aus der liquidationsberechtigten Tätigkeit verringert. Andererseits kommen diese Leistungen zumindest mittelbar dem Krankenhaus zugute, weil sie es ihm erleichtern, seine Planstellen mit qualifizierten Ärzten zu besetzen.

8.3. Formulierungen in Chefarztverträgen, die lediglich davon sprechen, daß das Krankenhaus das „Liquidationsrecht ausübt“ (ohne den zweiten Satz aus Nr. 2 der „Grundsätze“ zu übernehmen), lassen offen, ob sie damit auf ein eigenes oder fremdes Recht abstellen. Das gleiche gilt für Verträge, die nichts über das Liquidationsrecht des Chefarztes aussagen und sich damit begnügen, ihm bestimmte Quoten der vom Krankenhaus zu vereinnehmenden Liquidationserlöse zuzuweisen.

So „elegant“ solche Lösungen zunächst erscheinen mögen, können sie wegen ihrer Doppeldeutigkeit doch später schwerwiegende Streit- und Zweifelsfragen auf nahezu allen Lebensgebieten heraufbeschwören, die der Chefarztvertrag berührt, so z. B. im Steuerrecht und im Bereich der Sozialgesetzgebung, weil unklar bleibt, nach welchen Kriterien die Beteiligung des Chefarztes am Honorar rechtlich einzuordnen ist.

Solche Unsicherheiten in Verträge hineinzutragen, die über Jahrzehnte Bestand haben sollen, besteht um so weniger Anlaß, als inzwischen auch der Hauptgeschäftsführer der DKG, Professor Müller, die Formulierung der Nr. 2 der „Grundsätze“ als „nicht glücklich“ bezeichnet und die Rechtslage dahin interpretiert hat, der Krankenhausträger könne zwar das „Liquidationsrecht nicht ausüben“, jedoch „ärztliche Leistungen in Rechnung stellen“ (29).

8.4. Dienstverträge, in denen die liquidationsberechtigte stationäre Tätigkeit zur Dienstaufgabe erklärt wird, müssen bei beamteten Ärzten schon wegen der zwingenden Vorschriften des Besoldungsrechtes dahin interpretiert werden, daß es sich dabei um eine Tätigkeit im Nebenamt handelt (30).

Da der Krankenhausträger nach dem neuen Pflegesatzrecht die ärztlichen Wahlleistungen nicht als eigene Leistungen erbringen kann, ist davon auszugehen, daß zwischen dem liquidationsberechtigten Arzt und dem seine persönliche Behandlung in Anspruch nehmenden Patienten auch dann ein Behandlungsvertrag zustande kommt, wenn im Dienstvertrag die Behandlung aller stationären Patienten zur Dienstaufgabe erklärt ist. Die Verpflichtungen des Krankenhausträgers reduzieren sich auch hier auf die des aufgespaltenen Aufnahmevertrages, der allenfalls durch einen Dienstverschaffungsvertrag (31) ergänzt wird.

Anmerkungen

1. So Vertragsmuster A des Katholischen Krankenhausverbandes in „Der Dienstvertrag mit einem leitenden Krankenhausarzt“, Freiburg 1974.
2. Vgl. dazu auch die Stellungnahme des Parl. Staatssekretärs WESTPHAL in der Fragestunde des Bundestags, 69. Sitzung am 6. Dezember 1973, S. 4221 (C), weder die GOÄ noch die BPfIV bestimme, „daß die Zahlung von Honoraren für Arztleistungen nur dem Arzt persönlich geleistet werden darf“.
3. Wegen der Begriffe des totalen und des aufgespaltenen Aufnahmevertrags vgl. PETERSEN, „Die Haftung des Arztes in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs“, DRZ 1962, S. 233, und DANIELS, NJW 72, S. 305 f., und die dort zitierte Literatur und Rechtsprechung.
4. Das gleiche gilt nach § 4 für den besonderen Pflegesatz.
5. Die Rechtslage im Belegkrankenhaus, die im Hinblick auf § 3 Abs. 3 gleichfalls einer Regelung in §§ 4 f. bedürft hätte, kann hier außer Betracht bleiben (vgl. dazu auch § 3 Abs. 2 S. 1 BPfIV); ebenso die gesonderte Berechnung des ärztlichen Honorars für stationäre Begutachtung nach § 7 BPfIV, der in seinem S. 2 auf § 6 verweist.
6. „Allgemeiner und besonderer Pflegesatz“ im Sinne des § 6 S. 1 ist auch der kleine und mittlere Pflegesatz (§ 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 4 BPfIV).
7. Vgl. die bei PETERSEN aaO., S. 234, zitierte Rechtsprechung des BGH.
8. „Chefarztverträge unter Berücksichtigung der Bundes- und Landesgesetzgebungen“, Das Krankenhaus 11/74, S. 440.
9. DÄal. 50/1974, S. 3587, S. 3588.
10. Zitiert nach MDLLER, aaO.
11. 389. Sitzung des Bundesrates, S. 30 der Niederschrift.
12. „Typische Formen des Krankenhausaufnahmevertrags“, NJW 1964, S. 431, 434.
13. „Das Recht auf freie Arztwahl im Krankenhaus“, Anaesthesiologische Informationen 1974, S. 221.
14. Die Unkosten des Krankenhauses für die Bereitstellung der Ärzte, die während ihrer Dienstzeit liquidationsberechtigte Leistungen erbringen, sind nach § 16 Abs. 6 S. 1 von den Selbstkosten abzuziehen, belasten also die Pflegesätze nicht.
15. Vgl. dazu im einzelnen WEISSAUER, „Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Pflegesatz“, Bayer. Ärzteblatt 1974, S. 363.
16. Ihre Begründung darf wohl als repräsentativ für alle Länder gelten, die von der Ermächtigung zur Kürzung der Pflegesätze bei ärztlichen Wahlleistungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Ostochont®



Das Intern-Extern-Komplettprogramm
der Rheumatherapie

Intern:

Ostochont®-Dragées
magenverträgliche Rheumatherapie
antiphlogistisch, analgetisch, muskel-
relaxierend, vegetativ ausgleichend,
beruhigend durch Meprobumat

Extern:

Ostochont® Salbe Thermosalbe Gel
mehr als einfache Rheumasalben
tiefenwirksame, heparinhaltige Externa;
lindern Schmerzen, wärmen und heilen

Ostochont Dragées
Zusammensetzung:
1 Dragée enthält:
Propyphenazon 150 mg, o-Äthoxybenzamid
100 mg, Meprobumat 50 mg, Rutin 20 mg,
Hesperidin 5 mg, Ascoulin 1 mg.
Indikationen:
Entzündlich und degenerativ rheumatische
Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und
des übrigen Bewegungsapparates, vor allem
solche, die mit einer vermehrten muskulären
Verspannung oder einer vegetativ-ängstlichen
Symptomatik einhergehen.
Arthritis, Arthrose, Osteochondrose, Spondy-
lose, Spondylarthrose, Zervikalsyndrom,
Schüller-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom,
Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, posttrau-
matische Entzündungs- und Schmerzzustände.
Kontraindikationen:
Akute intermittierende Porphyrie, Granulozyto-
penie.
Zur Beachtung:
Kraftfahrer sollten auf die mögliche Wirkung des
geringen Meprobumat-Anteils hingewiesen wer-
den. Die Wirkung von Alkohol kann verstärkt
werden.
Anwendung und Dosierung:
Die Dosierung erfolgt individuell und richtet sich
nach dem Schweregrad der Erkrankung bzw.
nach dem subjektiven Befinden des Patienten.
Initial wird täglich 3- bis 4mal 1 Dragée gegeben.
Nach Einsetzen des Behandlungserfolges wird
diese Dosis auf täglich 1 bis 3 Dragées reduziert.
Bei akuten, schmerzhaften Erkrankungszu-
ständen können initial täglich bis zu 4mal
2 Dragées verabfolgt werden.
Handelsform und Preise:
20 Dragées DM 5.15
50 Dragées DM 9.95
Anstaltspackung

Ostochont Salbe
Zusammensetzung:
100 g Salbe enthalten:
Heparin 5000 I.E.
Äthylenglykol-monoacetyl-
säureester 5.0 g
Pyridin-3-carbonsäurebenzylester 0,125 g
Indikationen:
Entzündlich und degenerativ rheumatische
Erkrankungen im Bereiche der Wirbelsäule und
des übrigen Bewegungsapparates.
Arthritis, Arthrose, Osteochondrose, Spondy-
lose, Spondylarthrose, Zervikalsyndrom,
Schüller-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom,
Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, Sport-
und Unfallverletzungen (Hämatoeme, Prellungen,
Zerrungen), orthopädische und chiropraktische
Maßnahmen.
Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt.
Hinweis:
Ostochont Salbe soll nicht in die Augen, auf
Schleimhäute oder in offene Wunden gebracht
werden.
Anwendung:
Es empfiehlt sich, täglich mehrmals einen
Salberstrich von etwa 5 cm Länge in die Haut
über dem Erkrankungsbereich einzuziehen oder
leicht einzumassieren.
Handelsform und Preise:
20 g Tube DM 3.40
50 g Tube DM 6.50
100 g Tube DM 11.50
Anstaltspackung

Ostochont Thermosalbe
Zusammensetzung:
100 g Thermosalbe enthalten:
Heparin 5000 I.E.
Äthylenglykol-monoacetyl-
säureester 5.0 g
Pyridin-3-carbonsäurebenzylester 2.5 g
Indikationen:
Zur lokalen Hyperämisierung bei entzündlich und
degenerativ rheumatischen Erkrankungen im
Bereich der Wirbelsäule und des übrigen
Bewegungsapparates.
Arthritis, Arthrose, Osteochondrose, Spondy-
lose, Spondylarthrose, Zervikalsyndrom,
Schüller-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom,
Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, Sport-
und Unfallverletzungen (Blutergüsse, Zerrungen,
Prellungen).
Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt.
Hinweis:
Ostochont Thermosalbe soll nicht in die Augen,
auf Schleimhäute oder in offene Wunden
gebracht werden.
Anwendung:
Ostochont Thermosalbe ist nach Bedarf mehr-
mals täglich gründlich in die Haut über dem
Erkrankungsbereich einzumassieren. Nach der
Anwendung sind die Hände gründlich mit Seife
zu waschen.
Handelsform und Preise:
20 g Tube DM 3.40
50 g Tube DM 6.50
100 g Tube DM 11.50
Anstaltspackung

Ostochont Gel
Zusammensetzung:
100 g Gel enthalten:
Heparin 3000 I.E.
Äthylenglykol-monoacetyl-
säureester 6.5 g
Pyridin-3-carbonsäurebenzylester 0.6 g
Indikationen:
Muskel- und Gelenkrheumatismus wie rheuma-
tische und arthrotische Erkrankungen der
Gelenke bzw. der Wirbelsäule, Osteochon-
drosen, Bandscheibenschäden, Arthritis,
Muskelverspannungen, Rückenschmerzen,
Ischias, Hexenschuß, Sport- und Unfallver-
letzungen wie Zerrungen, Prellungen, Stau-
schungen, Blutergüsse, Knochenhautentzün-
dungen, Sehnencheidenentzündungen.
Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt.
Hinweis:
Ostochont Gel soll nicht in die Augen, auf
Schleimhäute oder in offene Wunden gebracht
werden.
Anwendung:
Nach Bedarf mehrmals täglich Ostochont Gel in
die Haut der erkrankten Bezirke einmassieren.
Nach der Anwendung sind die Hände gründlich
mit Seife zu waschen.
Handelsform und Preise:
50 g Tube DM 6.50
100 g Tube DM 11.50

Dr. Friedrich Sasse Zweigniederlassung der Gödecke Aktiengesellschaft Berlin

17. Vgl. III, 5 der Empfehlungen der DKG v. 4.9.1973 „Das Krankenhaus“ 1973, S. 419: „Wird einem neuen Chefarzt des Liquidationsrecht nicht eingeräumt und will das Krankenhaus von der Möglichkeit Gebrauch machen, neben dem Pflegesatz die ärztlichen Leistungen gesondert zu berechnen, so ist der Chefarzt durch Vertrag oder Dienstweisung zu verpflichten, bei denjenigen Patienten, die dem Krankenhaus gegenüber die persönliche Behandlung durch den Chefarzt gewünscht haben, alle wichtigen ärztlichen Verrichtungen persönlich auszuführen, ohne daß dadurch die ärztliche Versorgung der anderen Patienten beeinträchtigt werden darf.“

18. Zu Drucks. VI/3082, S. 14, Begründung zu § 17 Abs. 1a, jetzt Abs. 2.

19. Der Begriff der „gesondert berechenbaren Arztkosten“ korrespondiert mit dem der „gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen“; die beiden Begriffe können für die Zwecke dieser Untersuchung als synonym angesehen werden, wie auch der Wechsel im Gesetzestext und dem Schriftlichen Bericht zu § 17 Abs. 2 KHG sowie von § 3 Abs. 2, S. 1 zu S. 2 und § 6 S. 4 BpflV zeigt.

20. Die Formulierung des § 3 Abs. 2 S. 2 BpflV („werden ermächtigt“), aus der herausgelesen wird, den Landesregelungen stehe es frei, die Kürzung der Pflegesätze anzuordnen, ist zumindest mißverständlich (vgl. WEISSAUER,

aeO.). Die Kürzung als solche wird, worauf auch BUSSE, *Arztrecht* 1972, S. 185, hinweist, nämlich bereits im 1. Halbsatz des § 17 Abs. 2 S. 1 verbindlich vorgeschrieben („ist . . . zu berücksichtigen“); die Rechtsverordnungsermächtigung des 2. Halbsatzes erstreckt sich nur auf Detailregelungen innerhalb dieses Grundkonzepts. Nur damit hatte sich die BpflV zu befassen!

21. Er soll hier nur skizzenhaft wiedergegeben werden; im einzelnen vgl. UHLENBRUCK, „Typische Formen des Krankenhauseaufnahmevertrags“, NJW 1964, S. 432, sowie SCHMELCHER bei KUHNS „Des Gesamte Recht der Heilberufe“, I/627 f. und die dort angegebene Literatur.

22. „Die Rechtsstellung des Chefarztes im neuen Krankenhausrecht“, *Med. Klin.* 69 (1974) S. 115.

23. Als „originär“ versteht offenbar UHLENBRUCK, „Bundespfllegesatzverordnung, Freiberuflichkeit und originäres Liquidationsrecht leitender Krankenhausärzte“, *Arztrecht* 1973, S. 59, 62, „das aus einem zwischen Chefarzt und selbstzahlenden Patient aufgrund freiberuflicher Tätigkeit abgeschlossenen Arzt-Zusatzvertrag resultierende Recht, für eigene Arztleistungen neben den Krankenhausleistungen zu liquidieren“.

24. Das BSG — *AM* 1962, 1024, 1026 mit Anmerkung HESS — rechnet die vom Krankenhausarzt im Rahmen eines abhängigen Dienstverhältnis-

nisses vorgenommenen Leistungen in der Notfallambulanz, soweit nichts anderes vereinbart ist, dem Arbeitgeber zu; das gleiche muß prinzipiell für den stationären Bereich gelten.

25. aeO., *Arztrecht* 1973, S. 63.

26. So auch BAUR/HESS „Bundespfllegesatzverordnung und ärztliches Liquidationsrecht“, *KHA* 1973, S. 369, 372.

27. Vgl. wegen der Bedenken gegen eine Honoraraufstellung bereits SCHMELCHER, aeO. I/634.

28. BVerwG, U. v. 31. 1. 74, NJW 1974, S. 1440.

29. „Chefarzt-Verträge unter Berücksichtigung der Bundes- und Landesgesetzgebungen“ in „Das Krankenhaus“ 11/74, S. 437, 440.

30. Vgl. BVerwG in NJW 1970, S. 1248; entgegen der älteren E. des BGH in BGHZ 7, S. 1.

31. Wegen des näheren Inhalts dieses Vertrages vgl. PALANDT, BGB, 34. Aufl., 2 c Einf. v. § 611; NIPPERDEY, *Arbeitsrecht* I, 3. Aufl., S. 271.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Walther Weißbauer,
8050 Freising, Eckerstraße 34

Welchen Beitrag können die nachgeordneten Dienste (Assistenzärzte) für die ärztliche Fortbildung leisten? *

von Jürgen B a u s c h

Der Beitrag eines „nachgeordneten“ Arztes auf einem Symposium über „Neue Verfahren für die ärztliche Fortbildung“ wird von mir nur als Mosaiksteinchen in den vielfältigen Bemühungen der deutschen Ärzteschaft gesehen, das Problem „Fortbildung“ in den Griff zu bekommen. Als Stationsarzt einer Kinderabteilung eines Münchener Schwerpunktkrankenhauses verfüge ich nur über persönliche Erfahrungen in der direkten und unsystematischen ärztlichen Fortbildung von Kollegen aus Klinik und Praxis.

Als Klinikarzt sei mir jedoch schon zu Beginn meines Vortrages der Hinweis erlaubt, daß ich es für einen weitverbreiteten Irrglauben unter Ärzten und in der Öffentlichkeit halte, wenn beim Thema Fortbildung immer nur an die niedergelassenen Kollegen gedacht wird, so als hätten nur diese sie nötig.

*) Vortrag anlässlich des Symposiums über „Neue Verfahren für die ärztliche Fortbildung“ der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen am 14./15. Februar 1975 in Berlin.

I. Die individuelle ärztliche Fortbildung durch direkten kollegialen Kontakt

a) Das kollegiale Gespräch

Problemfälle diagnostischer und therapeutischer Art sind meist auch Klinikfälle. Im kollegialen Gedankenaustausch zwischen Einweiser und Stationsarzt können und sollen Informationen fließen, wobei zunehmend weniger Ärzte eine falsch verstandene Kollegialität darin sehen, wenn offenkundige ärztliche Fehlleistungen auch als solche bezeichnet werden. Nur wer über einen Irrtum aufgeklärt wurde, kann diesen in Zukunft korrigieren. Hier werden von beiden Seiten — Klinik und Praxis — Fehler gemacht. Hochmut der Klinikärzte auf der einen Seite — Praxisferne ihrer medizinischen Vorstellungen auf der anderen Seite! Auch und gerade aus den eigenen Fehlern und Versäumnissen kann und muß der Arzt lernen, wenn er seinen Beruf gewissenhaft ausüben will. Das offene kollegiale Gespräch leistet dazu einen Beitrag. Falsch

handelt der Arzt, der einen begangenen Fehler eines anderen Arztes allen auf die Nase bindet, nur nicht dem Betroffenen. Das unmittelbare Gespräch über einen gemeinsamen Patienten zwischen Klinik und Praxis hat jedoch vor allem den Sinn des Informationsaustausches über den Problempatienten. Es kann im günstigen Fall der Vertiefung vorhandener Kenntnisse dienen und setzt natürlich eine Gesprächsbereitschaft auf beiden Seiten voraus.

b) Die gemeinsame Visite

Gute Erfahrungen haben wir an unserem Krankenhaus mit gemeinsamen Visiten zwischen Klinikärzten und Kollegen aus der Praxis gemacht. Die Erfahrungen stammen aus den von der Bayerischen Landesärztekammer veranstalteten klinischen-seminaristischen Fortbildungswochen. Der Stationsarzt stellt den Fortbildungsteilnehmern sein Krankengut in einer Visite vor. Über Diagnostik und Therapie wird am Krankenbett unmittelbar diskutiert. Dies ist häufig die beste Gelegen-

heit für die Kollegen aus der Praxis oder aus einem anderen Krankenhaus, zu erkennen, daß überall nur mit Wasser gekocht wird, während hochgestochene seit Monaten vorbereitete Einzelvorträge nicht selten geeignet sind, sogar Angstreaktionen bei den betroffenen Zuhörern zu verursachen.

Klinische Fortbildung in dieser Form, ergänzt durch kleine Vorträge und gegebenenfalls auch Operationen unter Teilnahme der Fortzubildenden, ist ein wichtiger Fortbildungsbeitrag der nachgeordneten Ärzte. Nach meinen Beobachtungen wird diese Fortbildung auch nicht als Belastung der Klinikärzte, sondern als willkommene Gelegenheit zum Gespräch und Gedankenaustausch mit klinikfremden Kollegen benutzt.

Die Stadt München hat übrigens in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband jüngst für ihre Städtischen Krankenhäuser beschlossen, den einweisenden Kollegen Gelegenheit zur Teilnahme an den täglichen Visiten zu geben. Der Kontakt zur Klinik bleibt hierdurch ebenso erhalten wie der Kontakt zum behandelnden Patienten, der ja nach seiner Entlassung wieder in der Praxis des einweisenden Kollegen erscheinen wird. Ungelöstes Hauptproblem: Der Zeitmangel. Klinikvisiten finden dann meist statt, wenn auch beim niedergelassenen Arzt der Hauptanstoß auf seine Praxis zu bewältigen ist.

Im Blick über die Grenzen sei an dieser Stelle erwähnt, daß die japanische Ärztekammer seit etwa zwei Jahren mit einem neuen Modell zur Verbesserung der ärztlichen Fortbildung und zur Verbesserung der Patientenversorgung experimentiert. Sie nennen dies, wie ich aus eigener Anschauung feststellen konnte, das „open-staff-system“. Es besteht darin, daß den niedergelassenen einweisenden Kollegen gestattet wird, unter Zuhilfenahme des Klinikpersonals und der medizinisch-technischen Apparatur der Klinik ihre eingewiesenen Patienten weiterzubehandeln. Selbstverständlich kann jederzeit die Behandlung an das festangestellte Klinikpersonal übertragen werden. Man wird abwarten müssen, ob dieses System einer kontinuierlichen ambulanten und stationären Patientenbetreuung

durch einen Arzt einen gangbaren Weg darstellt, die Patientenbetreuung zu verbessern und den Klinikkontakt des niedergelassenen Arztes nicht abreißen zu lassen. Vorsichtige Andeutungen des Präsidenten der japanischen Krankenhausgesellschaft erlauben jedoch den Rückschluß, daß es noch einige ungelöste Probleme in diesem versuchsweise an Privatkliniken und vereinzelt an öffentlichen Krankenhäusern praktizierten Modell gibt.

c) Die „schlaue Stunde“

Praktisch jede Krankenhausabteilung, die etwas auf sich hält, betreibt eine hausinterne Klinikfortbildung mit Falldemonstrationen. In München und sicher auch andernorts sind einige Kliniken dazu übergegangen, sich den interessierten niedergelassenen Kollegen zu öffnen. So wird beispielsweise die „schlaue Stunde“ des Schwabinger Kinderkrankenhauses am späten Mittwochnachmittag auch von regelmäßig erscheinenden praktizierenden Kinderärzten der Umgebung frequentiert. Die Assistenzärzte präsentieren ihre Fälle, unter Leitung des Chefs wird darüber diskutiert. Fortbildung anhand einer konkreten Kasuistik. Der Fortbildungswert wird von allen Besuchern hoch geschätzt, was sich auch in entsprechend hohen Besuchszahlen dokumentieren läßt. Daß in der Diskussion nicht nur Klinikprobleme zur Sprache kommen, versteht sich von selbst. Unsere niedergelassenen Freunde tragen durch Fragen und Anregungen selbst dazu bei.

d) Der informative Arztbrief

Der gute Arztbrief kann durchaus ein Fortbildungsmedium sein. Manchmal ist er es auch. Vonseiten der Klinikärzte wird leider viel zu wenig von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, epikritische Anmerkungen über Differentialdiagnose und Differentialtherapie in den Arztbrief einfließen zu lassen, damit der Hausarzt die Gedankengänge der Klinikkollegen nachvollziehen kann, um daraus selber etwas zu profitieren.

Für viele Ärzte ist sicher die selbsterlebte Kasuistik wichtige Quelle eigener fachlicher Fortbildung! Man sollte deswegen bewußt auch den Arztbrief dazu benutzen, diese Quelle der Information sprudeln zu lassen.

Daß ich mich hier auf weitgehend unbeackertes Neuland begeben, ist mir bekannt. Wer nach neuen Wegen zur ärztlichen Fortbildung sucht, sollte jedoch auch diesen Gedankengang weiterverfolgen. Trotz Kostenexplosion und Personalnot, trotz Einstellungsstopp und Schreibkräftemangel im öffentlichen Dienst müssen Wege zur Informationsübermittlung des Klinikwissens über einen Patienten und seine Krankheit gefunden werden, die über die Mitteilung von nackten Laborwerten nach der Entlassung hinausgehen. Hier sind Chefs und Oberärzte aufgerufen, den jüngeren Kollegen beim Abfassen sinnvoller Arztbriefe behilflich zu sein. Über den Sündenkatol des Arztbriefthemas will ich mich nicht verbreiten. Daß Abkürzungen und Klinikjargon in einem Arztbrief nichts zu suchen haben, ist selbstverständlich.

e) Klinikfortbildung nur für Kliniker?

Über die Abteilungsgrenzen hinaus findet entschieden zu wenig Fortbildung für Klinikärzte statt. Die Forderung nach einem Fortbildungsurlaub ist zwar schon längst gewerkschaftlich formuliert worden. Die Finanznot der öffentlichen Hand eröffnet hier keine rosige Perspektive. Immerhin wird nicht selten vom Arbeitgeber Dienstbefreiung zu Fortbildungszwecken großzügig gewährt.

Dennoch sind uns einige Ansätze zu einer klinikinternen Assistenzärzterfortbildung bekanntgeworden, die auf Nachahmung warten. So gibt es in München Schwerpunktkrankenhäuser, die Assistenzärzterfortbildung auf Krankenhausebene organisiert haben, in denen reihum eine Spezialabteilung über einschlägige Themen – häufig sogar mit Fallvorstellungen – berichtet. Die Assistenzärzterfortbildung hat auch das Ziel, das sich einseitig röhrenförmig verengende Blickfeld des nicht mehr rollierenden älteren Assistenz- und Oberarztes kontinuierlich zu erweitern und den in Weiterbildung befindlichen Kollegen Hilfestellung und theoretischen Unterbau zu ihrem Wissen zu geben. Ähnliche Veranstaltungen wurden meines Wissens auch durch Professor Heim in Berlin ins Leben gerufen. In München ging die Initiative von den nachgeordneten Ärzten aus. Die klinikinterne Assistenzärzterfortbildung eignet sich jedoch nicht nur für Großkrankenhäuser. Sie sollte

möglichst häufig an allen Krankenanstalten stattfinden. Thematik und Fortbildungszweck ist im übrigen geeignet, auch dem niedergelassenen Arzt Impulse für seine tägliche Arbeit zu geben. Man muß ihn nur einladen.

f) Selbstfortbildung durch Gutechten

Ein Gutachten – gemeint sind die großen wissenschaftlichen Gutachten, nicht die kleinen Formulargutachten – dient vielfach der Selbstfortbildung der Klinikärzte. Vom Erfahrenen beaufsichtigt und korrigiert hilft es nicht selten, den Wissensstand zu vertiefen und auch neuere medizinische Kenntnisse einzuarbeiten.

g) Das Nebenprodukt Fortbildung

Die bisher vorgetragenen Fortbildungsebenen sind integrierender Bestandteil der klinikärztlichen Tätigkeit. Fortbildung ist mitunter ein Nebenprodukt der gemeinsamen Betreuung eines Patienten zwischen Klinik und Praxis. Ich möchte diesen ersten Teil meines Vortrages mit dem Gedanken abschließen, daß bisher auf das Nebenprodukt Fortbildung im Rahmen der Patientenversorgung zu wenig Wert gelegt wurde. Vielerorts kann man noch nicht einmal von einem Nebenprodukt, sondern man muß von einem wertlosen Abfallprodukt sprechen. Neue Wege in der ärztlichen Fortbildung zu finden, muß jedoch auch heißen, nach brachliegenden Quellen Ausschau zu halten, um diese fassen zu können und sie dann fruchtbringend sprudeln zu lassen. Trinken wird der Fortzubildende nur das, was ihm schmeckt und gereicht wird (womit ich keineswegs die Ergebnisse der Erwachsenenfortbildungsforschung desavouieren wollte).

II. Die organisierte Fortbildung

Der nachgeordnete ärztliche Dienst leistet darüber hinaus Erhebliches in der systematisierten Fortbildung der Ärztlichen Kreisverbände, der Landesärztekammern und der großen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer. Ich hätte es als kleinlich empfunden, wenn ich bei der Vorbereitung zu meinem Referat herangegangen wäre, anhand von Veranstaltungsprogrammen nachzuzählen, wer im Fortbildungsbetrieb mehr engagiert ist: Die Ordinarien und Chefs auf der einen Seite oder

die Ober- und Assistenzärzte auf der anderen Seite. Für einen Vortragsabend im Ärztlichen Kreisverband Oberviechtach im Bayerischen Wald über Probleme des Diabetes mellitus wird man eher einen qualifizierten nachgeordneten Arzt aus einer Stoffwechselabteilung gewinnen können als den Chef des Hauses, der wiederum wahrscheinlich in Davos und Grado auftreten wird vor großem internationalen Publikum. Aber auch er hat vor vielen Jahren einmal in Oberviechtach eingefangen. Soweit mir bekannt, gibt es auch für den entferntest liegenden Ärztlichen Kreisverband keinen Mangel an Referenten aus dem Kreis der nachgeordneten Ärzte. Daß manch einer auch gerne einmal zu einem großen Kongreß als Referent aufgefordert werden würde, auch wenn er noch nicht Chef oder Ordinarius geworden ist, versteht sich von selbst.

a) Didaktik und Rhetorik

Von vielen jüngeren Kollegen, die teilweise schon lange in der Fortbildung, vor allem niedergelassener Ärzte, bemüht sind, wird jedoch bemängelt, daß es keine Möglichkeiten der Fortbildung des Fortbilders und vor allem keine didaktische Schulung für den Fortbilder gibt. Bemängelt wird im übrigen auch, daß man seine rhetorischen Qualitäten nur autodidaktisch weiterentwickeln könne.

Ganz zweifelsohne hängt der Wert einer Fortbildungsveranstaltung nicht nur vom Inhalt, sondern auch von der Darreichungsform ab. Jeder von uns kann sich als passiver Teilnehmer an Fortbildungsabende erinnern, wo schön, aber nichtssagend

oder umständlich kompliziert und letztendlich unverständlich ein Thema abgehandelt wurde, über das man gerne etwas mehr erfahren hätte, um im konkreten Fall in Zukunft das Richtige tun zu können.

b) Mehr Hilfe zur Effektivitätsverbesserung

Fortbildungszwang und Fortbildungskontrolle werden in den nächsten Jahren die öffentliche und innerärztliche Diskussion bestimmen. Beides sind Reizworte. Was dahinter steht, ist die berechtigte Forderung nach einer effektiven Fortbildung für möglichst viele Ärzte. Daß zwischen der Effektivität eines Vortrages und dem persönlichen Können eines Vortragenden ein direkter Zusammenhang besteht, ist unbestritten. Von seltenen Ausnahmen abgesehen, kommt jedoch kein noch so qualifizierter Wissenschaftler mit profunden, didaktischen und rhetorischen Kenntnissen auf die Welt. Viele junge Kollegen befürworten deswegen sämtliche Maßnahmen, die geeignet sind, ihnen zu helfen, ihre Fachkenntnisse didaktisch und rhetorisch richtig an den Mann bringen zu können.

Tatsächlich stehen ja nicht nur die Fortbilder, sondern auch die Fortzubildenden unter erheblichem Zeitdruck. Die Forderung nach einem höheren Wirkungsgrad von Fortbildungsveranstaltungen besteht zu Recht.

c) Medizinische Forschung und ärztliche Fortbildung

Auch wenn es keinen medizinischen Fortschritt gäbe, wären ärztliche Fortbildungsveranstaltungen notwendig, da das menschliche Ge-

Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieran Interesse haben – praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte –, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung
Telefon (089) 41 47-269
Frau Väh

15.000 DM Sicherheit im Monat

Als Vorsorge gegen Einkommensausfall. Für fast alle Fälle.
Denn die Kosten laufen weiter – in der Praxis und privat.

Vorsorge auch gegen Krankheitskosten: „100%ig“ –
im Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer Ärztekammer.

Als führende Krankenversicherung des Ärztstandes
bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung: bis zu 500,- DM
Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung!
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder
mit Selbstbeteiligung.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungs-
schutzes durch zahlreiche Varianten – auch
für Familienangehörige.

**Jetzt: Vertragspartner aller
Ärzttekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon Ich interessiere mich für die Teilnahme am
Gruppenversicherungsvertrag

Name _____

Anschrift _____

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24. Telefon (089) 38931

**Vereinigte**
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-
Versicherungs-AG

dächtnis für einmal Erlerntes unzulänglich funktioniert. Dinge, die man einmal erlernt hat, mit denen man jedoch nicht laufend konfrontiert wird, geraten in Vergessenheit.

Ärztliche Fortbildung ist jedoch vor allem deswegen dringend erforderlich, weil die enormen Fortschritte des medizinischen Wissens und der medizinischen Technik breiten Kreisen der Ärzte bekanntgemacht werden müssen, da von den Ärzten zu Recht gefordert wird, den medizinischen Fortschritt schneller allen Patienten zugänglich zu machen, als dies bisher geschieht.

Medizinischer Fortschritt ist jedoch ohne Mitwirkung der nachgeordneten Ärzte schlechterdings unmöglich. Der Fortschritt beruht auf den vielfältigen Ergebnissen der grundlagenbezogenen theoretischen und der praxisbezogenen klinischen Forschung. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, findet medizinische Forschung in wissenschaftlichen Instituten und Kliniken statt. Dies ist absolut verständlich, da nur durch

Aufgabenteilung, sowie personellen und apparativen Aufwand nennenswerte Forschungsergebnisse möglich und zu erwarten sind.

Die auf wissenschaftlichen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen sowie in der wissenschaftlichen Presse publizierten Ergebnisse medizinischer Forschung sind, von wenigen Ausnahmen abgesehen, Arbeitsprodukte vieler Mitarbeiter aus dem nachgeordneten ärztlichen Dienst. Dabei denke ich nicht nur an die unmittelbare Mitwirkung des einzelnen an einem konkreten Forschungsprojekt, sondern auch an die mittelbare Mitwirkung eines Klinikteams dadurch, daß während der Forschungsphase eines oder mehrerer Kollegen die anderen Ärzte durch ihren Arbeitseinsatz dafür Sorge tragen, daß der klinische Betrieb zur Patientenversorgung nicht zusammenbricht. Die Sorge vieler wissenschaftlicher Assistenzärzte, durch Formulierungen in den Hochschulgesetzestexten und das zu erwartende Hochschullehrergesetz zu medizinischem Servicepersonal

ohne Recht auf eigene Forschung degradiert zu werden, resultiert aus der leidvollen Erfahrung des Assistenzarztes, mittelbar und unmittelbar an der Forschung und am medizinischen Fortschritt mitwirken zu müssen, um dann allzuoft an der Ernte der Früchte nicht beteiligt zu werden.

Zum Thema „Welchen Beitrag können die Assistenzärzte für die ärztliche Fortbildung leisten?“ schließe ich mit folgender Feststellung:

Unter dem Aspekt – medizinische Forschung und ärztliche Fortbildung – fällt die Antwort besonders leicht: Ohne die mittelbare und unmittelbare Mitwirkung der Assistenzärzte – hier sind vor allem die Hochschulärzte gemeint – ist medizinische Forschung und damit ärztliche Fortbildung in der heutigen Zeit nicht mehr möglich.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Bausch, Kinderarzt,
8000 München 81, Knappertsbuschstr. 18

Wie viele Ärzte haben wir wirklich?

Analyse der Statistik: Die Arztdichte nimmt zu

von Klaus Gehb

Seit mehr als 15 Jahren steigt die Zahl der approbierten Mediziner. Am 1. Januar 1974 übten 114 725 Mediziner ihren Beruf in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin aus, und damit versorgte im Durchschnitt ein berufstätiger Arzt 541 Einwohner. Nach Tätigkeitsgruppen aufgeschlüsselt ergeben sich die Relationen ein niedergelassener praktischer Arzt : 2382 Einwohner; ein niedergelassener Facharzt zu 2709 Einwohner; ein niedergelassener Arzt : 1201 Einwohner und ein Krankenhausarzt : 1161 Einwohner. Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung und die Verteilung der Ärzte auf die Tätigkeitsgruppen von 1960 bis 1974.

Die Zahlen der Tabelle beweisen, jedenfalls von der Statistik her, die deutliche Verbesserung der ärztli-

chen Versorgung der Bevölkerung sowohl bei der stationären Versorgung im Krankenhaus als auch bei der ambulanten Behandlung in der freien Praxis. Diese Tendenz wird sich weiter fortsetzen, wie sich aus der Zahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin zeigt.

Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft hat durch die Firma *McKinsey & Co.* eine Studie über den Bedarf an Medizinern bis zum Jahr 2000 erstellen lassen. Diese Studie kommt zu dem Ergebnis, daß der Bedarf an ärztlicher Behandlung etwa um 60 Prozent zunehmen wird, wenn man alle denkbaren Bereiche ärztlicher Betreuung maximal besetzt. Dafür ist eine Zahl von 7500 Studienanfängern im Jahr erforderlich. Die sich daraus ergebende Zunahme der Zahl der Ärzte wird am

Ende dieses Jahrhunderts zu einer Arztdichte von einem berufstätigen Arzt auf 340 Einwohner führen. Es tut hier nichts zur Sache, daß die Annahmen über den künftigen Bedarf zum Teil auf sehr groben Schätzungen beruhen.

Von Interesse jedenfalls ist hier folgendes: Nach Angaben des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages haben im Jahr 1973 bereits 7600 Studenten im Fach Humanmedizin ihr Studium aufgenommen (und einer mehr als doppelt so hohen Zahl an Bewerbern konnte infolge des Numerus clausus kein Studienplatz zugewiesen werden). Da nicht zu erwarten ist, daß sich an diesem Zustand in absehbarer Zukunft etwas Wesentliches ändert, kann man langfristig mit diesen Zahlen rechnen. Die Erfahrung zeigt,

Die Ärzte nach Tätigkeitsgruppen von 1960 bis 1974

Tätigkeitsgruppen	1960	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Zunahme 1960 bis 1974	
										absolut	v. H.
Leitende Krankenhausärzte	4 111	4 826	4 881	5 440	5 860	6 041	6 197	6 467	6 631	2 520	61,3
Ober- und Assistenzärzte, Volontäre, Hilfsärzte	17 433	21 549	23 380	25 804	29 206	34 671	37 913	40 280	42 169	24 736	141,9
Medizinalassistenten	1 760	7 745	8 621	9 475	9 476	6 316	5 506	5 017	4 680	2 920	165,9
Hauptberuflich im Krankenhaus Insgesamt	23 304	34 140	36 882	40 719	44 542	47 028	49 616	51 764	53 480	30 176	129,5
Freie Praxis	45 320	48 486	48 660	48 774	48 830	49 827	49 897	50 989	51 727	6 407	14,1
In Forschung, Verwaltung, und sonstiger abhängiger Tätigkeit	7 622	8 476*)	8 746*)	8 593*)	8 877	8 901	9 463	8 968	9 518	1 896	24,9
Ohne ärztliche Berufsausübung	6 306	9 660	10 227	10 855	11 208	12 098	12 507	13 579	14 154	7 848	124,5
Sämtliche Gruppen	82 552	100 762	104 515	108 941	113 457	117 854	121 483	125 300	128 879	46 327	56,1
Einwohner (in Tausend)	55 123	59 793	59 948	60 463	61 195	61 001**)	61 503	61 809	62 112	6 989	12,7

*) Einschließlich Medizinalassistenten außerhalb von Krankenanstalten.

**) Korrigiert nach der Volkszählung 1971.

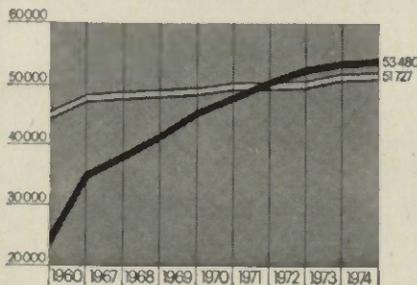
daß von 7500 Studienanfängern 15 Prozent das Studium vorzeitig aufgeben oder die Prüfungen nicht bestehen, so daß spätestens ab 1980 mit einer Zunahme von jährlich 6400 approbierten Humanmedizinern zu rechnen ist. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß jährlich etwa 2,3 Prozent der berufstätigen Ärzte aus verschiedenen Gründen aus dem Berufsleben ausscheiden. Bei 6400 Approbationen jährlich erhöht sich die ärztliche Kapazität um 3750 Ärzte über den „Ersatzbedarf“ von 2650 Ärzten hinaus, die zur Erhaltung des Status quo erforderlich ist.

deutlich, aber doch wesentlich geringer zunahm, so kann dies nicht etwa als eine Tendenzwende in der Berufswahl der Ärzte gedeutet werden, sondern ist deutlicher Ausdruck der schon jetzt erheblichen Zunahme an ärztlichem Nachwuchs. In der freien Praxis kann sich diese steile Zunahme der nachkommen- den Arztjahrgänge erst mit einer Verzögerung von acht bis zehn Jahren auswirken. So lange bleibt nämlich nach allen Feststellungen der junge Arzt im Krankenhaus, wo er sich weiterbildet und damit auf seine spätere Niederlassung vorbereitet.

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung gibt generell zur Basisorgans keinen Anlaß, wie die Analyse der Ärztestatistik beweist. Nicht zu leugnen sind freilich gewisse regionale Verteilungsschwierigkeiten. Sie werden von der ärztlichen Selbstverwaltung mit zunehmendem Erfolg behoben. Diese Tendenz wird sich mit steigender Niederlassungsbereitschaft der Krankenhausärzte fortsetzen und noch verbessern.

Damit noch nicht gelöst sind Schwierigkeiten in einzelnen Fachgebieten, die sich am Krankenhaus zeigen. Hier – z. B. in den chirurgischen Fächern – kann nur eine konsequente Fortsetzung der bereits eingeleiteten Strukturmaßnahmen helfen. Mehr Lebensstellungen für qualifizierte Ärzte in Krankenhäusern sind nötig. Dabei heißt „Lebensstellung“ allerdings nicht einfach: dauernde Arbeitsmöglichkeiten. Dazu kommen müssen auch Aufstiegsmöglichkeiten, die nur durch Strukturreformen in der Krankenhaushierarchie zu erreichen sind.

Ähnliche Probleme gibt es im übrigen auch im öffentlichen Bereich. Der öffentliche Gesundheitsdienst klagt über einen katastrophalen Personalmangel, hervorgerufen durch fehlende Aufstiegsmöglichkeiten und durch unbefriedigende Arbeitsbedingungen.



Graphik: Rolland

Der Anstieg der Ärztezahl im Krankenhaus (schwarze Linie) und in der Praxis (weiße Linie)

Wenn die Zahl der in Krankenhäusern berufstätigen Ärzte seit 1960 steil angestiegen ist, während die zahlenmäßige Zunahme in der freien Praxis im gleichen Zeitraum zwar

Es gibt keine Anzeichen dafür, daß das Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der Niederlassung nachgelassen hätte. Diese Erkenntnis wird in jüngster Zeit durch die beobachtete Zunahme der Niederlassung von Ärzten bestätigt. Es ist anzunehmen, daß sich in einigen Jahren die Relation „Arzt im Krankenhaus zu Arzt in freier Praxis“ zugunsten des letzteren verbessert, wenn die Jahrgänge mit der großen Zahl von Approbationen nach der Weiterbildung im Krankenhaus zur Niederlassung drängen. Des Weiteren wird sich die Zahl der Krankenhausbetten nicht mehr wesentlich erhöhen, da mit mehr als 700 000 Betten eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann. Ein erhöhter Bedarf an Krankenhausärzten ist daher von dieser Seite nicht zu unterstellen.

(aus: „Der Journalist“ II/75 Themen-Service)

20 Jahre Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Anlaß für die Gründung der demeligen Aktion „Ärzte helfen Ärzten“ war die menschliche Not der Kollegentamilien in der DDR. Diese standen vor der Entscheidung, entweder Ihre Heimat und damit die Patienten zu verlassen, um in der Bundesrepublik ihren Kindern die von ihnen gewünschte Berufsausbildung geben zu können, oder ihre Kinder allein in die Bundesrepublik zu schicken und demit einem ungewissen Schicksal auszusetzen.

Der erste Spendenaufruf — Weihnachten 1954 — erbrachte die ersten finanziellen Mittel. Dank der Hilfsbereitschaft der deutschen Ärzteschett waren nach zwei Jahren die Voraussetzungen zur Umwendung der Aktion in die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ gegeben. Im Mei 1965 wurde laut Genehmigung des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen die bisher unselbständige Stiftung des Verbandes der Ärzte Deutschlands in eine rechtsfähige Stiftung des privaten Rechts, die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, umgewandelt.

Insgesamt konnten in den vergangenen zwanzig Jahren seit der Gründung mit unserer Hilfe 1737 Kollegenkinder ihr Studium bzw. ihre Berufsausbildung abschließen. Besonders wichtig wurde unsere Hilfe nach Errichtung der Meuer am 13. August 1961. Während ursprünglich nur Kollegenkinder, deren Eltern in der DDR leben, unterstützt wurden, ist die Stiftung vor zehn Jahren dazu übergegangen, hilfsbedürftige Kollegenkinder aus der Bundesrepublik, grundsätzlich Halb- und Vollwaisen, in die Unterstützung aufzunehmen. Von den zur Zeit 952 in Betreuung stehenden Schützlingen sind zwei Drittel aus der Bundesrepublik. Die Benennung bzw. Unterstützung erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit den Studentenwerken an den Universitäten und Hochschulen, den caritativen Einrichtungen und den Ärztekammern. Die Schützlinge der Stiftung stehen in 41 Berufsausbildungen an zur Zeit 26 Studienorten in der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin.

Allein im Jahre 1974 haben wir an 952 Schützlinge en einmaligen Semesterbeihilfen bzw. einmaligen Unterstützungsbeträgen DM 375 374,57, en monatlich laufenden DM 231 067,61, insgesamt DM 606 442,18 en Unterstützungen ausgeschüttet. Das ist ein monatlicher Durchschnitt von DM 50 536,85.

Derüber hinaus hat die Stiftung im Jahre 1968 für 2,5 Mill. DM das Studentenwohnheim in Berlin mit 57 Einzelzimmer-Appartements in der Größe von 22 qm pro Einheit (Mietpreis DM 110,—) erbaut. Der Bau wurde durch ein Darlehen der Wohnungsbau-Kreditanstalt Berlin in Höhe von DM 624 600,— erleichtert. Dieses hat eine Laufzeit von 100 Jahren und wird mit 1% Tilgung bei 1/2% Verwaltungsgebühr zurückgezahlt.

Damit es aut die Dauer möglich ist, dem Stiftungszweck, der Förderung der Berufsausbildung der Kollegenkinder, weiterhin gerecht zu werden, ist es notwendig, ständige Werbung zu betreiben, insbesondere die Kollegen für Dauerspendenzusagen zu gewinnen. Zur Zeit beträgt dieser monatliche Spendeneingang DM 46 375,—, aufgebracht von ca. 3000 Ärzten und knapp 1000 Zahn- und Tierärzten. Außer diesen festen Zusagen erhält die Stiftung von nahezu 10 000 Kollegen Einzelspenden aufgrund meiner jährlichen Spendenrundschriften an alle Kollegen in der Bundesrepublik und West-Berlin und aufgrund des Weihnachtsaufrufs, den die ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Organisationen für die Stittung durchführen.

Außerdem unterstützen die Stendesorganisationen dankenswerterweise die Stiftung mit Spenden aus ihren Etatmitteln.

Damit wir auch in den nächsten Jahren unser Hilfswerk fortsetzen können, benötigen wir wie bisher weiterhin die Hiltte aller Kollegen und Organisationen. Die Zahl unserer Schützlinge nimmt nicht ab, ihre Schwierigkeiten werden nicht kleiner, die Notwendigkeit der Hilfe nicht geringer. Die steigenden Kosten treffen auch sie. Deshalb ist auch dieses Jubiläum für uns der Anlaß, Ihnen allen für die bisherige Hiltte sehr herzlich zu denken und Sie erneut um Ihre Spende zu bitten.

Im Rahmen einer kleinen Feierstunde in unserem Studentenwohnheim in Berlin-Grunewald, Delbrückstraße 13 bis 17, wollen wir am Samstag, dem 31. Mai, 11 Uhr, der Gründung der Stiftung gedenken.

Sehr dankbar wären wir, wenn Sie aus Anlaß des zwanzigjährigen Jubiläums der Stiftung einen besonderen Spendenbetrag für die Erfüllung unserer Ausgaben überweisen könnten. Sollten Sie noch nicht zu unseren Förderern gehören, wäre dies für Sie die Gelegenheit, sich erstmals an unserem Stiftungsauftrag — Sicherung der Berufsausbildung hilfsbedürftiger Kollegenkinder — zu beteiligen.

Mit herzlichem kollegialem Gruß

Ihr
Professor Dr. med. S. Häußler

Ich bin bereit, monatlich / vierteljährlich / einmalig *) DM auf das Konto „Ärzte helfen Ärzten“, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 *) , Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387 *) , Württ. Lendessparkasse Stuttgart Nr. 1001 039 084 *) oder Städt. Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218 *) zu überweisen.

Ich beauftrage selbst meine Bank, KV, KZV *) in Ihnen monatlich / vierteljährlich / einmelig *) DM zu überweisen eb

Ich bitte Sie, diese Karte an meine Bank, KV, KZV *) in zu senden mit dem Auftrag, Ihnen monatlich / vierteljährlich / einmelig *) DM zu überweisen eb

Steuerbefreiungsbescheinigungen: Bei einmaligen Spenden sofort nach Eingang, bei Dauerspenden spätestens bis Ende des 1. Quartals für des vergangene Jahr in Form einer Jahresgesamtbescheinigung.

Name:

(Arztstempel)

Anschrift:

Datum:

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

Humanitas unter Hammer und Sichel

von Wolfgang Koch

„Die Deutschlandfrage ist heute mehr denn je Gegenstand einer sachbezogenen realistischen Bestandsaufnahme. Das Interesse für die Verhältnisse in der DDR ist größer geworden. Das ist gut so, denn eine vernünftige Politik muß davon ausgehen, wie es im anderen Teil Deutschlands wirklich aussieht.“

Egon Franke

Bundesminister für innerdeutsche Beziehungen

Ein friedliches Mit- oder Nebeneinander mit dem anderen Teil Deutschlands scheint gar nicht so leicht zu sein, denn es vergeht kaum ein Tag, an dem von „Drüben“ nicht für Ärger gesorgt wird. Mal sind es Belästigungen bei Benutzung der im Grundvertrag vereinbarten freien Zufahrtswege nach Berlin; ungerechtfertigte Erhöhungen der Umtauschgelder für Besucher von Ost-Berlin sowie Gebietsforderungen und Grenzstreitigkeiten. Dann sind es Proteste von jenseits des Brandenburger Tores bis hin zum Kreml gegen Errichtung überörtlicher Einrichtungen, wie beispielsweise das Umweltbundesamt oder das Berufsbildungszentrum der EG. Diese und andere auf die Dauer unerträglichen Störungen nehmen neben anderen Ereignissen so viel Raum in der tagespolitischen Berichterstattung ein, daß kaum noch dem von Bundesminister Franke erkannten Informationsbedürfnis Rechnung getragen werden kann. Dabei ist die Information und die Meinungsbildung über das kommunistische Herrschaftssystem, insbesondere bei der gegenwärtigen Konfrontation in der Politik von eminenter Bedeutung für unsere freie Gesellschaftsordnung.

Aus dem Alltag einer DDR-Ärztin

Der ärztliche Beruf steht auch jenseits der Innerdeutschen Grenze in hohem Ansehen. Aber anders als bei uns stehen die Ärzte dort unter einem Leistungsdruck, der nur aus dem System der Plan- und Sollerfüllung heraus erklärbar ist. Eine Hautärztin im mittleren Lebensalter, angestellt in einem Kreiskrankenhaus, teilte ihren Verwandten in Hannover kürzlich in einem Brief ihr Tagewerk mit (Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt): „Es ist ein ständiges Hetzen, Jagen und Getriebenwerden von morgens früh bis abends spät – und das tagein, tagaus. Im-

mer mehr und immer mehr soll man leisten. Ich habe im Durchschnitt täglich 70 bis 80 Patienten und dann der unvorstellbare Papierkrieg. Komme ich des Abends erschöpft nach Hause, dann wartet der Vier-Personen-Haushalt auf die ordnende Hand. Augenblicklich liegen die beiden Jungen mit einer Virusgrippe flach und Oma japst auch nur noch. Sohn P. ist als Invalide eingestuft wegen seiner beiden kaputten Kniegelenke und eines Herzfehlers. Er hat als 14-jähriger noch einen komplizierten Lebensweg vor sich. Seit W. tot ist, muß ich daheim auch noch meinen Mann stehen. Aber auf all diese Dinge – Nebensächlichkeiten für unsere Funktionäre – wird keine Rücksicht genommen.

Seit einem Jahr bin ich auch noch dienstverpflichtet und muß am ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Poliklinik teilnehmen. Als Dermatologin muß ich da die gesamte Medizin vom Gipsen und Nähen bis zu den Säuglingskrankheiten und Entbindungen, wenn sie anfallen, beherrschen. Der Dienst ist natürlich zusätzlich abzuleisten – einen Freizeitausgleich gibt es nicht. Wir werden dafür bezahlt, und zwar nach Manier des ersten Arbeiter- und Bauern-Staates mit sage und schreibe 1,75 Mark pro Stunde bei werktäglichen Nachtdiensten. An Sonn- und Feiertagen gibt es für die nächtlichen Sonderschichten eine geradezu ‚fürstliche‘ Entlohnung von 2,25 Mark je Stunde. Ist das nicht gewaltig? Außerdem sind alle Ärzte ohne Ausnahme eingesetzt in ‚Dringliche Medizinische Hilfe‘ – Notarztwagen. Da sind wir alle drei Monate dran und auf geht’s mit Blaulicht und Tatütata. Ich habe jedesmal Angst davor. Die Verantwortung ist enorm groß.

25 Jahre habe ich nun schon beruflich auf dem Rücken, neun Jahre muß ich das noch aushalten!“, schreibt

die Ärztin, die sich auch erhebliche Sorgen macht um die berufliche Ausbildung ihrer Kinder. Der 16-jährige U. – ihr anderer Sohn – möchte Medizin studieren, doch einen Studienplatz kriegt er – obwohl es in der DDR keinen Numerus clausus gibt – mit 95prozentiger Sicherheit, wie sie schreibt, nicht, „weil wir als ‚Intelligenzler‘ die Forderung ‚Arbeiter zu sein‘ ja nicht erfüllen. Es ist traurig, darum lassen wir die Dinge einfach laufen und irgendwie wird es schon weitergehen“, heißt es abschließend in der Schilderung des DDR-Alltages der Hautärztin.

43 Ärzte im DDR-Zuchthaus Bautzen

Die physische und psychische Belastung, dazu der politische Druck und vieles andere mehr können sehr wohl dazu angetan sein, das „gelobte Land“ zu verlassen. Doch so einfach geht das ja nicht, denn das Tor zur Freiheit ist mit Stacheldraht, Minen und Selbstschußanlagen gesichert. Nur wenigen – etwa jedem zehnten – gelingt es, der Mordmaschinerie und den Grenzwächtern zu entgehen. Wie viele Ärzte jährlich unter Lebensgefahr einen Fluchtversuch wagen, läßt sich nicht genau ermitteln. Bekannt ist aber durch die „Arbeitsgemeinschaft 13. August“ in West-Berlin, daß sich zum Jahresende 1974 allein im DDR-Zuchthaus Bautzen unter den etwa 600 Häftlingen 43 Ärzte befanden, die bei gescheiterten Fluchtversuchen gefaßt worden waren. Darunter sollen auch zahlreiche in der DDR dringend benötigte Fachärzte sein, so auch der ehemalige Chef des Instituts für Gynäkologie an der Ost-Berliner Charité.

Wie die Arbeitsgemeinschaft jetzt bekanntgab, war unter den 1974 vorzeitig in die Bundesrepublik entlassenen 186 Gefangenen kein einziger Arzt.

Der Arzt W. D., der ebenfalls in Bautzen gefangensitzt, hat an die Arbeitsgemeinschaft einen Hilferuf gesandt. Der 34-jährige Assistenzarzt will erreichen, daß seine in einem staatlichen Heim untergebrachten drei Kinder von zehn bis dreizehn Jahren der Mutter und somit dem Elternhaus wieder zugeführt werden. Bis zur Erfüllung seiner Forderung sei der Arzt – meldete die Nachrichtenagentur AP im Januar dieses Jahres – in den Hungerstreik

getreten, der um so schlimmere Folgen haben könnte, da der Häftling bereits durch Schläge gegen die Nieren ernsthafte gesundheitliche Schäden davongetragen habe.

„Ein guter Sozialist ist auch ein guter Arzt“

Im November 1973 hat die DDR-Regierung den Beschäftigten im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens zusätzliche finanzielle Vergütungen zuerkannt und außerdem für langjährige Verdienste um das Gesundheitswesen eine Medaille gestiftet. Damit wollte die DDR-Führung der Unzufriedenheit innerhalb der Ärzteschaft begegnen. Die schwierigen Arbeitsbedingungen und die unzureichende Bezahlung waren seit eh und je einer der Gründe für eine verstärkte Flucht von Ärzten aus der DDR. Aus zahlreichen Berichten von geflüchteten Ärzten geht hervor, daß die 1973 eingeführte Tarif- und Medaillenpolitik der DDR-Führung allem Anschein nach nicht den gewünschten Erfolg zeigt.

Die Rolle und Stellung des Arztes in der DDR skizzierte der *Reuter-Korrespondent* aus Berlin vor Jahresfrist. In seinem Bericht ist zu lesen, daß Jürgen und Jutta, ein Arztehepaar in Ost-Berlin, mit je 1500 Mark Monatseinkommen zu den Privilegierten in der DDR zählen. Sie seien als Fachärzte an der Ost-Berliner Humboldt-Universität tätig und würden den Vorzug einer kleinen Stadtmitte-Wohnung genießen und einen Skoda aus der CSSR vor der Tür haben. Sie wären die typischen Vertreter der neuen Generation und selbstverständlich wird von ihnen auch die richtige politische Gesinnung verlangt. Er Chirurg, sie Augenärztin, müssen den Krankenschwestern und Assistenten stets ein Musterbeispiel gesellschaftlichen Wohlverhaltens sein und den Studenten selbstverständlich auch sozialistisches Bewußtsein in einem sozialistischen Staat lehren.

Ein aus Ost-Berlin geflüchteter Arzt klagt darüber, daß die Parteifunktionäre den hippokratischen Eid für ihre gesellschaftspolitischen Ziele nutzen. Seinen Angaben zufolge („Die Welt“ vom 24. August 1973) wird mit dem ständigen Hinweis auf die Verpflichtung des Arztes „zum Wohl des einzelnen und des Staa-

tes“ dem Mediziner im anderen Teil Deutschlands ein „geradezu unmenschliches Arbeitspensum“ auferlegt.

Unter dem Motto „Nur ein guter Sozialist ist ein guter Arzt“ werden die Ärzte nicht nur zu aktiver parteipolitischer Arbeit nach außen verpflichtet, sondern sie haben den Auftrag, im Gespräch mit den Patienten gesellschaftlich nach innen zu wirken. Der vorbildlich sozialistische Arzt hat gesellschaftliche Aufgaben zu erfüllen und nach sozialistischen Grundsätzen zu handeln, wobei das Privatleben zwangsläufig in den Hintergrund tritt. Ein anderer Arzt erklärte: „Selbstverständlich kann nur der Facharzt werden, der die tiefen Zusammenhänge zwischen der marxistisch-leninistischen Ideologie und ihren Ausführungen in der DDR von Grund auf erkannt hat und in der Lage ist, darüber Redezeugnis abzulegen.“

Marx ist wichtiger als Medizin

Kommen wir zurück zu dem Ost-Berliner Arztehepaar, das bestätigt, daß das politische Bewußtsein eine erhebliche Rolle spielt. „Berlin ist ideologisch besonders streng, weil es die Hauptstadt ist“, meint Jürgen, und Jutta ergänzt: „Du mußt einen klaren, gesellschaftlichen Standpunkt zeigen. Du mußt nicht spezifisch Mediziner sein!“

Vorher war das anders. Da mußte der Staat noch auf ältere Ärzte Rücksicht nehmen, die schon vor 1945 praktizierten und dieser neuen Gesellschaft in der DDR unbeteiligt gegenüberstanden. Politisches Engagement müssen vorwiegend die Mediziner im Hochschulbereich zeigen. Passives Verhalten wird registriert und mit der Versetzung ins staatliche Gesundheitswesen — in eine Staatspraxis oder in ein Kreis- oder Bezirkskrankenhaus — beantwortet. Das Ost-Berliner Arztehepaar gehört der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) noch nicht an. Wenn sich jedoch in Zukunft zwei Ärzte mit gleichen Qualifikationen um denselben Posten bewerben, wird der bevorzugt, der auch ein Parteibuch vorweisen kann.

Für die politische Weiterbildung sorgen alle vier Wochen Seminare über Philosophie, Marxismus, Leninismus oder Gesellschaftsstudium. Jutta

mußte sogar eine Zeitlang — zusätzlich zu ihrer medizinischen Lehrtätigkeit — ein rein politisches Seminar über die „Beratungen des 8. Parteitages“ leiten.

Jeder Arzt muß sich der Fachweiterbildung unterziehen. Hat sich der junge, oft unerfahrene Mediziner zu einer Fachweiterbildung oder — wie es in der DDR heißt — Fachausbildung entschieden, ist ein Fachgebietswechsel nur mit besonders guten Beziehungen zum zuständigen Bezirksarzt möglich. In den „Facharzt-Ausbildungsstandards“, die am 16. Februar 1967 im DDR-Gesetzblatt veröffentlicht wurden, heißt es: „... Das Ziel der Facharztausbildung ist die Herausbildung von Fachärzten und Fachzahnärzten, die in Kenntnis der Gesetzmäßigkeit in Natur und Gesellschaft, in Treue zum ersten Arbeiter-und-Bauern-Staat, in enger Verbindung zwischen werktätigen Menschen aktiv zur Stärkung und Verteidigung der sozialistischen Ordnung in der DDR beitragen.“ Ärzte, die in höhere Stellungen avancieren wollen, können das nur als aktives SED-Mitglied. Für sie werden seit etwa zwei Jahren — schrieb die Niedersachsen-Korrespondenz im August 1973 — regelmäßig Wochenendlehrgänge in der Staatsdoktrin veranstaltet, die von den Ärzten hinter vorgehaltener Hand als „Rotlichtbestrahlung“ bezeichnet werden. Jungärzte, so heißt es in dem Bericht weiter, werden zu Beginn ihrer Tätigkeit in die Gewerkschaft „gepreßt“. Offiziell sei der Beitritt zwar freiwillig, jedoch werden alle Kollegen „überzeugt“, zum Teil mit Drohungen, zum Teil mit Beleidigungen.

Während die FDJ sonst nur Mitglieder bis zum Alter von 25 Jahren hat, müssen Ärzte bis zum 30. Lebensjahr in der Organisation bleiben, damit dieser genügend „Intelligenzangehörige“ zur Verfügung stehen. Parteitreuse Ärzte, heißt es auch dort, machen häufig eine sehr schnelle Karriere, und wer sich als guter Sozialist erweist, braucht nicht unbedingt medizinische Erfolge zu haben, um eine Staatspraxis oder ein Krankenhaus zu leiten. Auf einen kurzen Nenner gebracht, kann das doch nur heißen: Marx ist wichtiger als Medizin!

Anschrift des Verfassers:

Wolfgang Koch, 3000 Hannover, Berliner Allee 20

Seltene Exemplare (Hausärzte in Schweden)

Der Lack blätterte schon seit einiger Zeit von der schwedischen Wohltahrtswunderfassade. Auch und gerade, was die Fassadenteile betreffen, die das Gesundheitswesen umkleiden. Erst dieser Tage konnte der aufmerksame Leser der Zeitung entnehmen, daß die Schweden sich gezwungen sahen, den trotz vieler Hindernisse immer noch bestehenden Privatärzten einige Konzessionen zu machen — eintach deshalb, um die Unzulriedenheit der Patienten mit ihrem Gesundheitssystem etwas zu besänftigen; um die übermäßigen Wartezeiten an den Krankenhausambulanzen, auf die ein normaler Patient bislang angewiesen ist, etwas zu verkürzen. Ein Aspekt, der in jedem bürokratisierten System der ambulanten Versorgung besondere Sorgen macht, wird bislang öftentlich und außerhalb Schwedens (und der sozialistischen Länder) wenig beachtet: Wie ist es eigentlich mit den Hausbesuchen?

Ausflußreich ist da ein Artikel, den die skandinavische Fluggesellschaft SAS in ihrem PR-Blatt „Scanorama“ verbreitete. Für gewöhnlich bringen solche auf Kurzweil angelegte Blätter nur positive Geschichten über das Land, das an der jeweiligen Fluggesellschaft beteiligt ist. Und so wird vermutlich auch Lawrence K. Altmann in seinem Scanorama-Artikel: „Emergency — Call 90 000“ glauben, er würde hier besonders Lobenswertes aus dem schwedischen Gesundheitswesen berichten. Vertrauen wir uns Lawrence K. Altmann einmel an. So beginnt sein Bericht über den Stock-

holmer Nottalldienst — ein Artikel über eine bestimmt gut funktionierende Sache, hinter der aber etwas von den Problemen des schwedischen Systems sichtbar wird: „Hausbesuche — Selten geworden ist der Doktor, der sie noch macht in diesen Zeiten einer Spezialisierung und hochgezüchteten Medizin“. Nur wegen der Spezialisierung? In Schweden gibt es da offenbar noch andere Gründe, denn der Autor fährt etwas später fort: Die meisten Ärzte seien Staatsangestellte mit einer Fünft-Tage-Woche. „Gewöhnlich“ — so schreibt Altmann — „machen diese Ärzte, die in Krankenhäusern oder Kliniken arbeiten, keine Hausbesuche im Rahmen ihrer normalen Tätigkeit, weil die private Arzt-Patient-Beziehung, die Grundlage der Medizin in vielen anderen Ländern ist, in Schweden gewöhnlich nicht existiert.“

Dazu sollte man freilich wissen, daß es in Schweden normalerweise keine freie Arztwahl gibt, ohne die sich ein Vertrauensverhältnis Patient/Arzt kaum entwickeln läßt. Der Patient muß in der Regel die Krankenhausambulanz aufsuchen, der er zugeteilt ist. Dort wird nach Dienststunden gearbeitet. Hausbesuche gehören nicht zum Pflichtpensum. Dafür gibt es in Schweden eine Ersatzlösung, die freilich auch nur in den großen Städten installiert ist, eben den organisierten Nottalldienst, über den „Scanorama“ berichtet: In einer Zentrale nimmt eine Krankenschwester den Anruf auf und entscheidet dann selbst, ob es sich um einen ernsten oder einen

weniger ernsten Fall handelt. Im letzten Fall rät sie dem Patienten, sich am folgenden Tag zur nächsten Krankenhausambulanz zu begeben. Im anderen Fall setzt sie den Notarztwagen in Bewegung.

Zumeist sind jüngere Ärzte im Einsatz, die in ihrer Freizeit in Schicht diesen Nottalldienst versehen. Für die Stadt Stockholm mit immerhin last 800 000 Einwohner stehen insgesamt 150 Ärzte zur Verfügung, die sich den Dienst einteilen. Sie machen rund 60 000 Besuche im Jahr. Die ganze Organisation kostet rund fünf Millionen DM p. a. Damit wären wir bei den Finanzen. Was verdient denn ein schwedischer Arzt für diese außendienstliche Tätigkeit? Auch darüber berichtet uns Lawrence K. Altmann: Für jeden Besuch gibt es 79 Kronen und im Schnitt schafft der Arzt pro Sechs-Stunden-Schicht 10 Hausbesuche, macht also 790 Kronen. „Aber die steil ansteigende Steuerprogression nimmt ungetähr 80 Prozent dieser Nachteinnahmen weg“, weiß unser Gewährsmann zu berichten. Von den 790 Kronen bleiben daher gerade 158 Kronen übrig. Das sind rund 90 DM. Für eine Sechs-Stunden-Schicht. Nachts. Pro „Freizeit“-Stunde also 15 DM.

Getragt sind eben Ethos statt Honorere, mag ein bedingungsloser Befürworter des Sozialismus à la Schweden antworten. Man kann's auch anders sehen: Vertrauend auf das ärztliche Berufsethos, scheut sich dieser „Wohlfahrts“-Staat nicht, Arbeitskraft auszubeuten ähnlich einem Manchester-Kapitalisten.

Für diese Tätigkeit interessieren sich im übrigen vorwiegend solche Ärzte, die hier einen speziellen beruflichen Gewinn sehen. Zitieren wir aus dem Artikel: „Vielleicht ein Forscher, der etwas Patientenkontakt sucht; ein Arzt, der sich eine neue Privatpraxis aufzubauen versucht; ein angestellter Arzt, der ... für eine Urlaubswoche an einem etrikanischen Strand sparen oder ein Krankenhaus-Spezialist, der sich etwas mehr in die Alltagsmedizin begeben will.“

Um noch einmal auf Lawrence K. Altmanns einleitenden Satz zurückzukommen: Selten ist der Arzt, der sie noch macht, die Hausbesuche. In Schweden. — NJ —

Personalia

apl. Professor Dr. med. Gerhard Berg, Abteilungsvorsteher an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde von der Universität Rennes die Ehrendoktorwürde verliehen. Die Partneruniversität der FAU in Frankreich ehrte mit dieser Auszeichnung die Verdienste von Professor Dr. Berg um die deutsch-französische Hochschulplanung.

Privatdozent Dr. med. Matthias Gottschaldt, wiss. Angestellter an der Neurochirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum Chefarzt der Neurologischen Klinik des Kreiskrankenhauses Herford ernannt.

Dr. med. Philip Hamer, Oberarzt am Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum Chefarzt der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Lüdenscheid ernannt.

Dr. med. Dieter Heitmann, Oberarzt am Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum Chefarzt der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Heidenheim ernannt.

o. Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Norbert Henning, früherer Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg, wurde von der International Society of Endoscopy zum Ehrenpräsidenten gewählt.

o. Professor Dr. med. René Schubert, Direktor des Instituts für Geriatrie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum Präsidenten des Europaeum Medicum Collegium (EMC) und zum Ärztlichen Direktor der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg ernannt.

Dr. med. Dr. med. dent. Szymon Snopkowski, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Oberföhring und Präsident des Landesverbandes der Israelitischen Kultusgemeinden in Bayern, gehört seit 20. März 1975 dem Bayerischen Senat an.

NEUESTE FORSCHUNGS- ERGEBNISSE ÜBER URICOVAC BEWEISEN:

1. Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.
3. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

„Dieser 3-fache Angriffspunkt von Benzbromaron erklärt die massive und rasche Senkung des Serumharnsäurespiegels und Entleerung des austauschbaren Harnsäurepools, die mit anderen in der Gichttherapie verwendeten Medikamenten nicht erreicht werden“.

[M.M. Müller et al., Therapiewoche 25 (1975) 514]

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtratrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung

zeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindiarthese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4–6,8 speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.



LABAZ GmbH,
Pharmazeutische Präparate
Düsseldorf

die „Nur-einmal-täglich-Tablette“ **URICOVAC**[®]

Benzbromaronum

**Xanthinoxydase-
hemmer**

(Allopurinol, Oxypurinol,
Thiopurinol)

URICOVAC

Hemmung der
Purinsynthese

+

Uricosurica

Behebung der
Harnsäure-Minder-
ausscheidung

+

vermehrte enterale
Harnsäureaus-
scheidung

Der trivalente Harnsäuresenker

Veränderung in KV Oberfranken

Dr. med. Armin *Schleußner*, Arzt für Allgemeinmedizin in Wunsiedel/Fichtelgebirge, ist am 8. Januar 1975 von seinem Amt als Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken und am 2. März 1975 als Vorsitzender der Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zurückgetreten. Maßgeblich hierfür waren nach seinen Ausführungen sein fortgeschrittenes Alter und gesundheitliche Gründe.

Geboren in Erlangen, studierte er nach Teilnahme am Ersten Weltkrieg in Erlangen und Würzburg. Nach langjähriger, vornehmlich chirurgischer Ausbildung ließ er sich 1931 als praktischer Arzt in Wunsiedel nieder und übernahm gleichzeitig die Leitung des Stadtkrankenhauses Wunsiedel bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges. In den schweren Kriegsjahren stand er als

Sanitätsoffizier an der Front, leitete u. a. ein Lazarett und war zuletzt im Range eines Oberstabsarztes der Reserve als Divisionsarzt eingesetzt.

Nach Rückkehr aus englischer Kriegsgefangenschaft nahm er seine Tätigkeit als praktischer Arzt in Wunsiedel wieder auf und blieb damit trotz der inzwischen erfolgten Facharztanerkennung als Chirurg der Allgemeinmedizin treu.

Getragen vom Vertrauen seiner Kollegen, stellte er sich alsbald den ärztlichen Landesorganisationen Kammer und KVB zur Mitarbeit zur Verfügung. Schon 1948 war er Mitglied der Vertreterversammlung der KVB, war viele Jahre Vorsitzender des Finanzausschusses und wirkte über lange Zeit als Beisitzer am Sozialgericht. 1958 gründete er den Ärztlichen Kreisverband „Sechsam-

terland“ (Wunsiedel) und leitete ihn viele Jahre.

Im Jahre 1968 wurde er zum Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberfranken der KVB gewählt und wurde Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 1971 hatte er das Amt des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken inne und gehörte damit dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an.

Nimmermüde stand er immer seinen Kollegen in allen Fragen zur Verfügung. Seine Sorge galt den Interessen der oberfränkischen Ärzteschaft und den Belangen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung im Zonenrandgebiet. Seine stetige Freundlichkeit und Herzlichkeit, sein von fachlicher Reife getragenes, immer ausgeglichenes Wesen zeichneten seinen Weg bei seiner Arbeit.

Die oberfränkische Ärzteschaft dankt Dr. *Schleußner* für die vielen Jahre seiner aufopfernden Tätigkeit, verbunden mit den herzlichsten Wünschen für die kommende Zeit.

Dr. Karl Rösch, Bayreuth

Aktuelle Probleme des Diabetes mellitus und der Fettstoffwechselstörungen

53. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

(Fortsetzung)

Privatdozent Dr. P. Dieterle,
München:

Komplikationen und Zweiterkrankungen des Diabetes mellitus

In erster Linie wird das Schicksal des Diabetikers heute von der Entwicklung und dem Ausmaß kardiovaskulärer Erkrankungen bestimmt. Die Gefäßkrankheit beim Diabetes mellitus sollte in eine Makroangiopathie und Mikroangiopathie unterteilt werden. Die *Makroangiopathie* unterscheidet sich morphologisch nicht von der Arteriosklerose des

Nichtdiabetikers und erstreckt sich auf das Gehirn, Herz, die Eingeweide, Nieren und Extremitäten. Die Makroangiopathie tritt beim Diabetiker frühzeitiger und ausgeprägter auf als bei anderen Patienten, Geschlechtsunterschiede sind nicht zu erkennen (bei Nichtdiabetikern überwiegt das männliche Geschlecht). Beim Diabetes mellitus kommen atherogene Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie und Hyperlipoproteinämie gehäuft vor. Als wichtigster Teilfaktor für die Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen wird heute die Hypertonie angesehen. Während bei der Ge-

samtbevölkerung eine Hypertoniehäufigkeit von etwa 25 Prozent angenommen wird, beobachten wir bei Diabetikern in etwa 66 Prozent erhöhte Blutdruckwerte (bei Frauen häufiger als bei Männern).

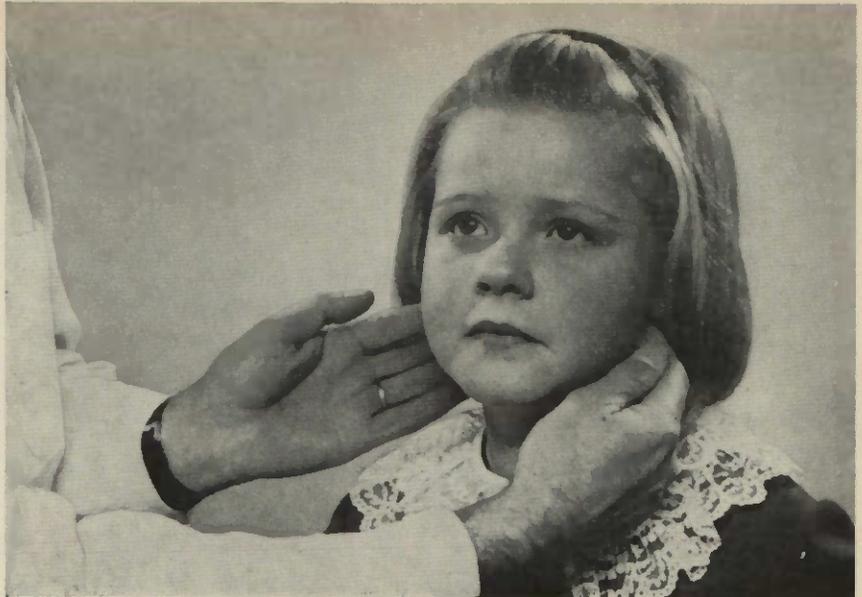
Die *Mikroangiopathie* wird im Unterschied zur Makroangiopathie als eine für den Diabetes spezifische Folgeerkrankung angesehen. Ihre Entwicklung und ihr Ausmaß an der Retina und an den Nieren ist häufig schicksalsentscheidend für den Zuckerkranken; ihr Ausmaß ist abhängig von der Dauer der Grunderkrankung und von der Stoffwechselfüh-

zung des Patienten. Alle Hypothesen, die genetische Faktoren und immunologische Prozesse oder hormonelle Störungen als Ursache für die diabetischen Gefäßveränderungen annehmen, kann die Tatsache entkräften, daß mit zunehmender Dauer des manifesten Diabetes die Entwicklung einer Mikroangiopathie ungünstig beeinflußt wird. Ihr liegt ein vermehrter Glykoproteineinbau in die Polysaccharid-Proteinkomplexe der Basalmembranen und deren zunehmende Verdickung zugrunde.

Diabetes und Auge

Am Auge können alle Teile erkranken, eingefangen bei den vorderen Augenabschnitten, über die brechenden Medien bis hin zur Retina und dem Sehnerven. Die *diabetische Retinopathie*, Ausdruck der Mikroangiopathie am Auge, ist die häufigste Ursache einer Erblindung. Die Wehrscheinlichkeit, bei einem Diabetes zu erblinden, ist zehnmal höher als in der Normalbevölkerung. Bei Vorhandensein einer Retinopathie gilt es, den Übergang einer nichtproliferativen, nur fluoreszenzangiographisch erfaßbaren, in eine proliferative, maligne Form zu verhindern. Dann wachsen nämlich Gefäßsprossen in den Glaskörper ein, es kommt zu Blutungen, zur Glaskörperhebung, zu Fibrosierungen, zur Glaskörperschrumpfung und schließlich nicht selten zur Netzhautablösung. Die *Ceterecte diabetica* wird ebenfalls als direkte Folge der Zuckerkrankheit aufgefaßt, entwickelt sich stets doppelseitig und ist durch vermehrte Wasseraufnahme der Linse sowie durch subkapsuläre Vakuolenbildungen und schneeflockenartige Trübungsstellen in den vordersten und hintersten Rindenschichten dicht unter der Linsenkapsel gekennzeichnet. Jenseits des 45. Lebensjahres ist die Unterscheidung zwischen echter diabetischer Katarakt und der senilen Form des Stars kaum noch möglich.

Renale Symptome bei Diabetes mellitus werden häufig unspezifisch als diabetische Nephropathie bezeichnet. Dahinter verbergen sich eine Reihe von Erkrankungen, die teils diabetesspezifisch sind und teils nur häufig bei der Zuckerkrankheit vorkommen. Lediglich die von *Kimmelstiel* und *Wilson* beschriebene *Glomerulosklerose* ist diabetesspezifisch und entwickelt sich, wie die Retinopathie, im Rahmen der Mikro-



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 Katarrhen.

Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mec. ex: Rad. Althee, 0,4 g, Flor. Chamomill, 0,3 g, Fruct. Cynosbat, 0,4 g, Herb. Equiset, 0,5 g, Fol. Jugland, 0,4 g, Herb. Milletol, 0,4 g, Cort. Ouerc, 0,2 g, Herb. Tarax, 0,4 g in 100 g. - 1 Dragee enthält: Rad. Althee, 0,008 g, Flor. Chamomill, 0,008 g, Fruct. Cynosbat, 0,004 g, Herb. Equiset, 0,010 g, Fol. Jugland, 0,012 g, Herb. Milletol, 0,004 g, Cort. Ouerc, 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. Erweachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

Handelsformen: Tonsilgon O. P. mit 30 ml DM 5,25 O. P. mit 100 ml DM 9,85
O. P. mit 50 ml DM 7,30 O. P. mit 60 Dreg. DM 7,30



BIONORICA KG · NÜRNBERG

angiopathie. Beide Erkrankungen zeigen einen auffallend parallelen Verlauf. Während es gegenüber der Glomerulosklerose keine kausale Therapie gibt, ist die mit 30 bis 40 Prozent häufigste Nierenerkrankung beim Diabetes mellitus, die Pyelonephritis, gut behandelbar.

Die Statistiken über die Häufigkeit der *Fettleber* beim Diabetes schwanken zwischen 21 und 78 Prozent. Die Gründe für diese Schwankungsbreite liegen in der unterschiedlichen Definition einer Fettleber. Die naheliegende Schlußfolgerung, daß die Fettleber eine typische Komplikation des Diabetes darstellt, hält einer strengen Kritik nicht stand, zumal sie beim juvenilen Insulinmangeldiabetiker nur außerordentlich selten beobachtet werden kann. Der höchste Prozentsatz einer Fettleber wird bei Diabetikern gefunden, die noch über endogene Insulinreserven verfügen und meist sogar vermehrt Insulin sezernieren. Je älter ein Diabetiker, je ausgeprägter sein Übergewicht und je leichter sein Diabetes ist, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit einer Fettleber. Obwohl die Fettleber des übergewichtigen Diabetikers anscheinend nicht in eine Zirrhose übergeht, ist ein Zusammentreffen von Leberzirrhose und Diabetes häufig. Schuld hieran ist ein gesteigerter Befall an Serumhepatitis oder eine dem Diabetes bereits vorausgehende Lebererkrankung. Bei der Leberzirrhose kommt es offenbar infolge einer Resistenz gegenüber exogenem oder endogenem Insulin häufig zu einer pathologischen Glukosetoleranz und damit zur Manifestation eines Diabetes.

Diabetes und peripheres Nervensystem

Im Gegensatz zu den vaskulären Syndromen, die sich gewöhnlich erst Jahre bis Jahrzehnte nach der Diabetesmanifestation einstellen, wird die diabetische Polyneuropathie zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes beobachtet. Wahrscheinlich sind verschiedene pathogenetische Mechanismen für das Auftreten peripher-neurologischer Störungen verantwortlich. Gegen eine ausschließliche vaskuläre Pathogenese mit Befall der Vasa nervorum durch die diabetische Angiopathie sprechen Beobachtungen, daß gelegentlich neurologische Störungen in Abwesenheit vaskulärer Schäden bei Verschlechterung der Stoffwechsel-

führung auftreten, um sich nach deren Besserung wieder zu normalisieren. Außerdem scheinen vegetative Funktionsstörungen das Bild der diabetischen Neuropathie zu komplizieren. Das Wesen der metabolischen Schädigung der peripheren Nerven ist unklar. Es liegen jedoch Untersuchungen vor, die einen erhöhten Sorbit- und Fruktosegehalt in den peripheren Nerven diabetischer Tiere nachgewiesen haben. Die unterschiedliche Häufigkeitsangabe der diabetischen peripher-neurologischen Störungen schwankt zwischen 2 und 90 Prozent, je nach angewandter Untersuchungstechnik. So läßt sich häufig auch ohne klinische Symptomatik eine verlängerte Nervenleitgeschwindigkeit nachweisen. Mit Hilfe elektrophysiologischer Methoden wird man deshalb in einem höheren Prozentsatz neurologische Störungen aufdecken als bei ausschließlicher Wertung klinischer Symptome. Zwei klinische Manifestationsformen mit gewisser Eigenständigkeit sind hervorzuheben:

Die *symmetrische Polyneuropathie* ist ausgezeichnet durch ein distal betontes, sensibles Kernsyndrom, dem motorische Störungen beigesellt sein können. Sensible Reiz- und Ausfallserscheinungen, wie Parästhesien, Mißempfindungen, bohrende, dumpfe Schmerzen, aber auch strumpf- bzw. handschuhförmig abgesetzte Hypästhesien, stehen im Vordergrund. Durch das Nebeneinander von motorischen Ausfällen und Störungen der Tiefensensibilität kommt es zu einer peripheren Ataxie unter dem Begriff der *Pseudotabes diabetica*.

Die *diabetische Amyotrophie* wird vorwiegend bei älteren Patienten angetroffen und beinhaltet eine vorwiegend motorische Form der Neuropathie mit rasch progredienten, asymmetrisch angeordneten Atrophien der stammnahen Muskulatur mit entsprechenden Reflexausfällen. Die spätere Muskelatrophie kündigt sich häufig durch quälende, sensible Reizerscheinungen mehr proximal und asymmetrisch gelegener Partien an.

Im Zusammenhang mit einer peripheren Neuropathie kommt es auch zu Störungen der vegetativen Anteile peripherer Nerven und zu Störungen des viszeral-autonomen Nervensystems. Lähmungen der peri-

pheren Vasomotoren und Anomalien der Schweißsekretion bleiben subjektiv meist unbeachtet. Eine orthostatische Hypotonie, trophische Ödeme und Ulzera, nächtliche Diarrhöen und krampfartige Schmerzen sowie Blasenfunktionsstörungen hingegen können die Patienten erheblich belästigen.

Professor Dr. P. Petrides, Duisburg:

Akutsituationen und sozialmedizinische Probleme bei Diabetes mellitus

In der *diabetischen Ketoazidose* bzw. im *Coma diabeticum* kommt es am Fettgewebe zu einer Hemmung der Fettsäuresynthese aus Glukose. Es überwiegt die Lipolyse mit Freisetzung von Glycerin und Fettsäuren, die — ins Blut abgegeben — zu steigenden Blutspiegeln an unveresterten Fettsäuren und zunehmender Dekompensation des Diabetes führen. In der Leber kommt es durch das Überangebot an Fettsäuren zu überschießender Ketogenese, was zu Ketonämie und Ketonurie führt. Durch den Wegfall der „Insulinbremse“ wird die Glukoneogenese in der Leber beschleunigt und die Harnstoffbildung erhöht. Gestörte Glukoseaufnahme in der Peripherie und erhöhte Glukoneogenese in der Leber resultieren in der Hyperglykämie und Glukosurie. Mit dem Glukoseanstieg im Extrazellulärraum wird Wasser aus dem Intrazellulärraum abgezogen. Das führt zu intrazellulärer Dehydratation und Zwangspolyurie unter gleichzeitiger Ausscheidung mineralischer Kationen und Ammoniumionen. Im schweren diabetischen Koma können täglich vier bis acht Liter Flüssigkeit, etwa 400 mval Natrium- und 300 bis 400 mval Kaliumionen durch die Diurese verlorengehen. Dadurch steigt die Osmolarität des Blutes, das zirkulierende Blutvolumen nimmt ab, die Kollapsneigung mit zerebraler und renaler Minderdurchblutung nimmt zu, der Blut-ph-Wert sinkt — es kommt zur Ketoazidose. Bei meist älteren Kranken mit nur mildem Diabetes wird häufig auch das sogenannte hyperosmolare, nichtketotische Coma diabeticum mit extrem hohen Blutzuckerwerten, starker Dehydratation und nur geringer oder fehlender Ketoazidose (normale Alkalireserve und normaler Blut-pH-Wert) beobachtet. Diese Komaform tritt oft nach Glucocorticoid- oder Saluretikamedikation auf. Allgemeine Komaursachen sind in erster



Esberigal[®]

aktiviert die hepato-biliären Funktionen,
daher Steigerung der Cholerese auf das 2-3fache.

Keine dickdarmwirksame laxierende Wirkung:
daher unbedenklich
auch in der Schwangerschaft anwendbar.

Esberigal[®] forte

mit laxierender Wirkung
und verstärktem cholagogem Effekt

Zusammensetzung:

Darreichungsform	liquidum		forte liquidum		Tropfen		Dragees
	Perkolat 1 = 5	Perkolat 1 = 4	Perkolat 1 = 2	Perkolat 1 = 1	Perkolat 1 = 1	Extracta sicca in 1 Dragee	
Herb. Cardui bened.	10 ml	8 ml	--	10 ml	10 ml	20 mg	
Fruct. Cardui Mariae	10 ml	8 ml	--	10 ml	10 ml	20 mg	
Fol. Sennae	--	15 ml	--	--	--	--	
Herb. Anserinae	20 ml	16 ml	--	20 ml	20 ml	40 mg	
Rad. Taraxaci c. Herb.	20 ml	16 ml	--	20 ml	20 ml	40 mg	
Herb. Chelidonii	20 ml	16 ml	--	20 ml	20 ml	40 mg	
Flor. Chemomilliae	20 ml	16 ml	--	20 ml	20 ml	40 mg	
Rhiz. Curcumae	--	--	5 ml	--	--	--	

Indikationen:

tür Esberigal: Cholangitis, Cholecystitis, Dyskinesie der Gallenwege, Postcholezystektomie-Syndrom; zur Therapie und Nachbehandlung bei Hepatitis epidemica.

tür Esberigal forte: Alle Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich, bei denen eine erhöhte Cholerese und eine verstärkte laxierende Wirkung notwendig sind.

Kontraindikationen: Schwere Lebertunktionsstörungen, Verschluss der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Esberigal Liquidum 100 ml DM 6,-, Esberigal Tropfen 50 ml DM 9,55,
Esberigal Dragees 50 Stck. DM 4,70, Esberigal forte Liquidum 100 ml DM 6,55



Schaper & Brümmer
Salzgitter - Ringelheim

Erhalten Sie das BAYERISCHE ÄRZTEBLATT regelmäßig?

Nein? — Dann lassen Sie es uns, bitte, wissen. Wir sorgen dafür, daß Sie das BAYERISCHE ÄRZTEBLATT wieder pünktlich bekommen.

Bei einer Adressenänderung senden Sie einfach eine Postkarte mit Ihrer neuen Anschrift an:

**Bayerische Landesärztekammer
— Meldewesen —
8000 München 80, Mühlbauerstraße 16**

Linie Infektionen, ekute vaskuläre Komplikationen, wie Herzinfarkt, Gangrän, Mesenterialinfarkt, Pancreatitis oder Behandlungsfehler.

Bei der hausärztlichen Diagnostik stehen Schnelldiagnostik (Streifenteste) unter Berücksichtigung der Anamnese im Vordergrund. Die Überwachung der Komapatienten setzt ein leistungsfähiges Labor voraus und ist nur klinisch möglich. Die Notfalltherapie beginnt in Form einer ersten Flüssigkeitssubstitution (500 ml 0,9prozentige NaCl-Lösung) durch den Hausarzt. Sie ist besonders bei Zweifeln an der Diagnose wichtiger und ungefährlicher als Insulingaben. Bei gesicherter Diagnose sollten bei Erwachsenen zunächst 50 E Altinsulin i. m. oder i. v. verabfolgt werden (bei tiefem Koma entsprechend mehr). Hinzu kommen Schockbekämpfung mit Plasmaexpandern und Corticoiden sowie rascher Transport des Kranken in die nächste Klinik, wenn nötig, auch in einem Privatwagen. Bis zur Normalisierung der Kreislaufverhältnisse ist eine intravenöse Insulingabe der subkutanen unbedingt vorzuziehen. Entsprechend den halbstündlich oder stündlich bestimmten Blutzuckerwerten richten sich die weiteren Insulindosen. Eine zu rasche Flüssigkeitszufuhr bei insuffizienter Herzleistung birgt die Gefahr eines Lungenödems. Die Substitution des oft beträchtlichen intrazellulären Kaliumverlustes muß in der Klinik besonders vorsichtig durchgeführt und anhand des Serumspiegels und EKG-Verhaltens ständig kontrolliert

werden (meist 25 mval Kalium pro Stunde als Zusatz zu den Infusionslösungen).

Der *hypoglykämische Schock* bietet besonders für die Funktion des Zentralnervensystems Gefahren und stellt eine häufige Komplikation bei der Behandlung des Diabetes durch ungenügende Nahrungszufuhr, abnorme körperliche Belastung, Überdosierung von Insulin und Sulfonylharnstoffpräparaten sowie durch Alkoholexzesse dar. Der entscheidende Faktor bei der Auslösung von Hypoglykämiesymptomen besteht jedoch nicht nur in der absoluten Höhe des Blutglukosespiegels, sondern auch in der relativen Geschwindigkeit des Blutglukoseabfalles. Das klinische Bild wird durch Bewußtseinsstörungen, neurologische und vegetative Symptome gekennzeichnet. Die Injektion von 20 bis 50 ml einer 40prozentigen Glukoselösung bis zum Erwachen des Patienten ist die Therapie der Wahl. Durch zusätzliche i. v., i. m. oder subkutane Applikation von 1 mg Glukagon oder durch i. v.-Injektion von 20 bis 40 mg Hydrocortison kann die endogene Glukosebereitstellung gefördert werden.

Die im Rahmen eines Diabetes mellitus gehäuft auftretenden Koronarinfarkte, Apoplexien, arteriellen Verschlusskrankheiten und Lungenembolien können zu einer Verschlechterung der Kohlenhydratstoffwechsellage und erheblichen Hyperglykämien bzw. Glukosurien, Ketoazidosen und Laktatazidosen füh-

ren. Große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitet gelegentlich die sogenannte Pseudoperitonitis diabetica mit ihrer Abgrenzung gegenüber einem akuten Abdomen. Bei diabetischem Koma oder Präkoma können alle Zeichen des akuten Abdomens, wie Erbrechen, starke Abwehrspannung, Loslaß-Schmerz und Leukozytose mit Linksverschiebung, auftreten. Magenatonie und Pseudoperitonitis verschwinden unter der Diabetestherapie. Ist dies trotz Besserung der Stoffwechsellage nicht der Fall, muß ein intraabdomineller Prozeß angenommen werden. Bei Notfalloperationen sollte keine Sofortnarkose durchgeführt werden, ohne die aktuelle Stoffwechselsituation zu kennen. Ketoazidose und Koma sind absolute Kontraindikationen gegen einen operativen Eingriff.

Sozialmedizinische Probleme

Besonders für jugendliche und berufstätige Diabetiker stellt die Erkrankung einen tiefen Einschnitt in die gesamte Lebensweise dar. Die ärztlich menschliche Hilfe für den Kranken darf sich aus diesem Grund nicht in der Behandlung der metabolischen Störung erschöpfen. Sie muß sich unbedingt auf die vielfältigen familiären, materiellen, sozialen und beruflichen Probleme erstrecken. Berufliche Diskriminierung des Diabetikers ist heute noch weit verbreitet, obwohl sich die Mehrzahl der Zuckerkranken reibungslos in den Arbeitsprozeß eingliedert. Für den jugendlichen, insulinpflchtigen Patienten, der zur Sicherung seines sozialen Niveaus unbedingt eine abgeschlossene Berufsausbildung anstreben sollte, hat die Deutsche Diabetes-Gesellschaft schon vor Jahren eine Negativliste von Berufen zusammengestellt, die gemieden werden sollten: Lokomotivführer, Flugzeugführer, Berufskraftfahrer, Dachdecker, Köche, Kellner, Handelsvertreter, Schichtarbeiter und Künstler. Optimale Voraussetzungen für anhaltende berufliche Leistungsfähigkeit mit Diätverpflegung und Stoffwechselkontrollen am Arbeitsplatz sind möglich in den Heil- und Heilhilfsberufen sowie bei Verwaltungs-, und kaufmännischen, kirchlichen und Lehrberufen. Ein wichtiges sozialmedizinisches Problem bietet die Kraftfahrtauglichkeit des Diabetikers, die in erster Linie durch die Retinopathia diabetica

eingeschränkt wird. Mit Insulin behandelte Patienten sind unabhängig von der Höhe der Insulindosis stets hypoglykämiegefährdet und deshalb nicht geeignet, Kraftfahrzeuge der Klasse II und Fahrzeuge zur Fahrgastbeförderung zu führen. Unterziehen sie sich jedoch regelmäßigen Stoffwechselkontrollen im Abstand von höchstens vier bis sechs Wochen, befolgen sie ferner gewissenhaft die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen und die für Kraftfahrer empfohlenen Richtlinien, so können sie Fahrzeuge der übrigen Klassen führen. Ähnliches gilt auch für Kranke, die mit stärker wirksamen Sulfonylharnstoffpräparaten (Glibenclamid, Chlorpropamid) behandelt werden.

Professor Dr. K. Jahnke, Wuppertal-Eibfeld:

Abgrenzungen und Pathophysiologie diabetischer und nichtdiabetischer Hyperlipoproteinämien

Bei dem Diabetes mellitus gibt es zwei verschiedene Formen der Hyperlipidämien: eine sekundäre transiente Form, die heute meist als symptomatische diabetische Hyperlipoproteinämie bezeichnet wird und

eine essentielle permanente Form, die die primäre Hyperlipoproteinämie mit diabetischen Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels umfaßt.

1. Die sekundäre, symptomatische diabetische Hyperlipoproteinämie umfaßt alle Serumlipidfraktionen, wird jedoch durch eine Hypertriglyceridämie ausgezeichnet, während die Cholesterinkonzentration im Serum weniger ausgeprägt zunimmt. Das Ausmaß der Fettstoffwechselstörung hängt grundsätzlich vom Grad der Dekompensation des Kohlenhydratstoffwechsels ab. Eine sprunghafte und beträchtliche Erhöhung zeigen die Triglyceride meist erst bei ketoazidotischer Entgleisung. Bei vollkompensiertem klinischen wie auch subklinischem Diabetes finden sich normale Triglyceridwerte. Lediglich eine den Erwachsenen diabetes häufig begleitende Adipositas ist mit einer gewichtsproportionalen Erhöhung der Triglyceride im Serum verbunden (durchschnittlich um 8,4 mg/100 ml/10 kg Übergewicht).

Nach pathogenetischen Gesichtspunkten werden auch bei der diabe-

tischen Hyperlipoproteinämie drei Typen unterschieden:

a) Die endogene diabetische Hyperlipoproteinämie mit vermehrter Bildung von Prä-beta-lipoproteinglyceriden, die dem Typ IV nach *Fredrickson* entspricht. Diätetische Einflüsse sind dabei ohne unmittelbare Bedeutung. Durch Insulinmangel kommt es zu einer erheblich gesteigerten Lipolyse und ausgeprägter Hyperlipazidämie, die in der Leber sowohl eine Steigerung der Ketogenese als auch der VLDL-Triglyceridsynthese bewirkt. Es ist also auch immer eine deutliche Zunahme der freien Fettsäuren, des freien Glycerins, besonders aber der Ketonkörper im Plasma zu verzeichnen.

b) Die exogene diabetische Hyperlipoproteinämie ist durch eine Hyperchylomikronämie gekennzeichnet und entspricht dem Typ I nach *Fredrickson*. Sie wird am ehesten bei langsamer Dekompensation des Diabetes unter fettreicher Diät beobachtet. Sie ist durch die sahnige Aufrahmung der Chylomikronen im Serum nach mehrstündigem Stehen im Kühlschrank zu erkennen. Da sie

Dolestan®

bewährtes Einschlafmittel mit Durchschlafeffekt

schneller Wirkungseintritt

über 7 Stunden erquickender Schlaf

helles, klares Erwachen, kein Morgenkater

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Carbromal 300 mg, Bromisovalerianylcarbamid (Bromisoval) 150 mg, Acecarbromal 50 mg, Diphenhydramin-hydrochl. 25 mg, Mandelsäurebenzylester 25 mg.

Indikationen: Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen 15–20 Minuten vor dem Schlafengehen 1–2 Dolestan-

Tabletten, bei vorzeitigem Erwachen in der Nacht 1/2–1 Dolestan-Tablette. Am zweckmäßigsten läßt man die Schlaftabletten in etwas Wasser zerfallen. Dadurch kommt es zu einem schnellen Wirkungseintritt.

Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt. Unverträglichkeiten und Risiken: Während der Schwangerschaft, besonders während der ersten 3 Monate, sollte die angegebene Dosierung nicht überschritten werden.

Dolestan kann, wie alle Schlafmittel, die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bei Verabreichung als Tagesmedikation sollte daher die Einnahme vor Bedienung eines Fahrzeuges oder einer Maschine unterbleiben.

Handelsformen: OP mit 10 Tabletten DM 2,70, OP mit 20 Tabletten DM 4,75. Unverbindl. empf. Preise. Arztemuster erhalten Sie von Prof. Dr. med. Much AG, 6232 Bad Soden, Postfach 1349.

von der Höhe der alimentären Fettzufuhr ebhängt, wird sie als erworbene, fettinduzierte Hyperlipoproteinämie bezeichnet; sie entwickelt sich infolge verminderter peripherer Utilisation der Chylomikronen VLDL wahrscheinlich infolge eines Mangels an Lipoproteinlipase (deren Aktivität insulinabhängig ist).

c) Der endogen-exogene Mischtyp der diabetischen Hyperlipoproteinämie wird verständlicher Weise besonders häufig beobachtet, da der Insulinmangel beide eben erörterten pathogenetischen Mechanismen bestimmt. Das Lipoproteinmuster entspricht dann dem Typ V nach *Fredrickson* mit Hyperprä-beta-lipoproteinämie und Hyperchylomikronämie.

Die therapeutische Konsequenz bei diabetischer Hyperlipoproteinämie besteht in einer vorrangigen Behandlung der übergeordneten diabetischen Störung mit Ausgleich des relativen oder absoluten Insulinmangels.

2. Die primären Hyperlipoproteinämien hängen nicht von einem Insulinmangel ab und lassen sich dementsprechend auch mit vollständiger Kompensation des bestehenden Diabetes nicht beseitigen. Etwa 16 Prozent der Diabetespatienten zeigen eine derartige permanente, primäre Hyperlipoproteinämie (nach *Jahnke*). Ihr Nachweis gilt als gesichert, wenn bei anhaltend normalen Blutglukosespiegeln und kalorisch ausreichender Ernährung mit Gewichtskonstanz eine Hypertriglyceridämie permanent bestehen bleibt. Die Pathogenese dieser endogenen Hypertriglyceridämien und ihre Beziehung zu nutritiven Faktoren sind noch unklar. Ihre Aufklärung wird auch dadurch erschwert, daß der Plasmatriglyceridspiegel erheblichen Tagesschwankungen unterworfen ist und Analysen bisher meist nur im Nüchternzustand erfolgen.

Häufig ist eine Abgrenzung der primären von der sekundären Hyperlipoproteinämie bei Diabetes schwierig, da sich beide Formen kombinieren und potenzieren können. Erst die vollständige und anhaltende Kompensation des Diabetes kann zur Demaskierung der permanenten primären „Rest“hyperlipoproteinämie führen.

Professor Dr. F. A. Gries, Düsseldorf:

Risikofaktor Hyperlipidämie

Klinik und Therapie

Hyperlipidämien stellen die wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen dar. Während es beim Diabetes mellitus gelungen ist, die durch Koma und Infekte bedingten Todesursachen zurückzudrängen, sind häufig vaskuläre Komplikationen an deren Stelle getreten. An den engen Beziehungen zwischen der Zuckerkrankheit und der koronaren Herzkrankheit besteht kein Zweifel mehr; das Bindeglied in der Kausalkette bildet der Hyperinsulinismus und in Verbindung damit die Hyperlipidämien. Insulin fördert in allen Geweben die Lipogenese, besonders dann, wenn das Substratangebot groß ist. Bei einer gleichzeitig bestehenden Hyperglykämie wird hierdurch die Synthese von Lipiden in der Gefäßwand gesteigert. Insulin hemmt aber auch die Lipolyse, wodurch die Mobilisation solcher neugebildeter Lipide verhindert wird. Man darf erwarten, daß hierdurch die atheromatösen Veränderungen der Gefäßwände zunehmen. Ein dritter pathogenetischer Faktor bei der Entwicklung der Arteriosklerose kommt dem Hyperinsulinismus in Verbindung mit der Entwicklung von Hyperlipoproteinämien bzw. dem gehäuften Auftreten von Lipidtransportformen (Lipoproteinen) zu. Das vaskuläre Risiko ist von der Pathogenese der Fettstoffwechselstörung völlig unabhängig.

Bei der Diagnostik von Fettstoffwechselstörungen kommt der Bestimmung des Gesamtcholesterins und der Triglyceride im Serum eine überragende Bedeutung zu. Allein durch die Bestimmung der Triglyceride kann man nach *Fredrickson* etwa 70 Prozent aller Hyperlipidämien erkennen, mit der Cholesterinbestimmung allein etwa 60 Prozent und durch gemeinsame Bestimmung beider Fraktionen etwa 96 bis 99 Prozent. Als Grenzwerte der oberen Norm gelten entsprechend neueren epidemiologischen Studien für das Gesamtcholesterin bei jüngeren Patienten 200, bei Erwachsenen 250 mg % und für die Triglyceride 100, bzw. 150 mg %. Eine Hypertriglyceridämie von mehr als 200 mg % ist sicher behandlungsbedürftig.

Allgemein durchgesetzt hat sich die Erkenntnis, daß es sich bei den Fettstoffwechselstörungen nicht einfach um Hyperlipidämien, sondern um Vermehrungen der Lipoproteine im Blut handelt. Deshalb wurde der exaktere Begriff der Hyperlipoproteinämie entwickelt.

Der technisch einfache Nachweis verschiedener Lipoproteinfraktionen, z. B. durch die Lipidelektrophorese, hat die Möglichkeit der Differenzierung verschiedener Formen und der Typisierung nach *Fredrickson* ermöglicht. Eine recht ordentliche Verdachtsdiagnose kann bereits mit relativ einfachen Mitteln gestellt werden: Immer dann, wenn nach längerem Stehen in der Kälte im Serum Lipide aufzutrübieren, muß eine Chylomikronenvermehrung vorliegen (Typ I oder Typ V sowie selten Typ III nach *Fredrickson*). Ein klares Serum ist nie ein Beweis für das Fehlen einer Hyperlipidämie, besagt jedoch, daß die Triglyceride unter 500 mg % liegen. Ein gleichmäßig getrübbtes Serum kann einem Typ II b, II oder IV entsprechen. Kommt es über einer Trübung zum Aufrahmen, dann handelt es sich um den Typ V nach *Fredrickson*. Die ganz überwiegende Zahl von Hyperlipidämien, die uns begegnet (mehr als 90 Prozent), gehören den Typen II a, II b und IV an. Bei dem Typ II a sind ausschließlich das Cholesterin, bei dem Typ II b das Cholesterin und die Triglyceride und bei Typ IV vorrangig die Triglyceride erhöht. Bei allen Hyperlipidämien mit Vermehrung der endogenen Triglyceride (die Typen II b, III, IV und V) sind metabolische Komplikationen, wie Adipositas, Diabetes und Hyperurikämie, gehäuft. Beim Typ II a ist dies nicht die Regel. Das vaskuläre Risiko ist jedoch bei allen Hyperlipidämien erhöht, bei den Typen II a und II b besonders im Bereich der Koronarien.

Wie bei allen Stoffwechselerkrankungen ist auch bei den primären Hyperlipidämien die Grundlage einer jeden Therapie die Diät. Durch Reduktion des Gewichtes lassen sich auch die Lipidparameter vermindern. Die spezifischen Maßnahmen kann man in Cholesterin- und Triglycerid-senkende differenzieren. Die einschneidendste Maßnahme zur Reduzierung des Cholesterinspiegels ist die cholesterinarme Ernährung (Vermeidung von Innereien, Fischen, Kaviar,



malträtierte Venen:

Krampfadern
 oberflächliche Thrombosen
 oberflächliche Venenentzündungen
 Venenreizungen
 Venenstauungen
 zur Venenpflege

stumpfe Verletzungen:

Sport-, Haushalts-,	Blutergüsse
Unfallverletzungen	Verrenkung
Verstauchung	Schwellung
Zerrung	
Prellung	
Quetschung	



Exhirud[®] SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



PROMONTA
 HAMBURG

ZUSAMMENSETZUNG: 100 g Salbe enthalten: Blutegel-
 wirkstofflösung 1g, biochemisch standardisiert auf 500
 Antithrombin-Einheiten.
 20 g Gel enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1,5g, bio-
 chemisch standardisiert auf 750 Antithrombin-Einheiten.
INDIKATIONEN: Siehe oben
KONTRAINDIKATIONEN: Hämophilie

HINWEIS: Exhirud-Gel ist alkoholhaltig und sollte
 deshalb nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleim-
 haut in Berührung kommen.

HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 40 g
 Salbe DM 6,65; Packung mit 100 g Salbe DM 13,50;
 Packung mit 40 g Gel DM 6,65; Packung mit 100 g Gel
 DM 13,50; Anstaltspackungen.

Eigelb in jeder Form und Einschränkung der Zufuhr von gesättigten Fettsäuren). Bei Hypertriglyzeridämien sollte in erster Linie eine Reduktion der Kalorienzufuhr durch Kohlenhydratbeschränkung angestrebt werden; der Kohlenhydratgehalt der Kost muß unter 40 Prozent der Gesamtkalorienzufuhr gesenkt werden. Eine ganz wichtige Ursache bei Hyperlipidämien liegt auch in zu hohem Alkoholgenuß.

Reicht die diätetische Behandlung allein nicht aus, müssen Pharmaka meist in Form einer Langzeitbehandlung eingesetzt werden. Eine Reihe von schwer resorbierbaren, bei uns noch wenig erprobten Medikamenten (Cholestyramin, Beta-sitosteron, Neomycinsulfat) stehen von den resorbierbaren Substanzen in erster Linie das Clofibrat und die Nikotinsäure zur Verfügung. Das Clofibrat senkt in erster Linie den Triglyceridspiegel, hiermit jedoch meist auch die Höhe des Gesamtcholesterins, ist erm. Nebenwirkungen, Tachyphylaxien sind nicht bekannt, die erforderliche Dosis liegt zwischen 1 und 2 g pro die.

Die freie Nikotinsäure hat eine Reihe bekannter Nebenwirkungen, deshalb werden meist Nikotinsäureester für die Therapie vorgezogen. Die Wirkung auf den Cholesterinspiegel ist hierbei ausgeprägter als beim Clofibrat, außerdem kommt es zu einer durchaus erwünschten vasodilatatorischen Wirkung. Gleichfalls auf den Cholesterin- und Triglyceridstoffwechsel wirken die Biguanide. Bereits in den therapeutisch gebräuchlichen Dosen von 150 mg Phenformin oder 300 mg Buformin. Je nach gastrointestinaler Verträglichkeit läßt sich die Dosis und damit der lipidsenkende Effekt steigern. Vor allem der Cholesterinspiegel wird ferner gesenkt durch das hochgereinigte und dann auch weitgehend nebenwirkungsfreie d-Thyroxin. Zumindest bei den sehr häufigen Hyperlipidämien vom Typ II b und IV hat sich bereits die Kombinationstherapie, z. B. mit Clofibrat und Nikotinsäurederivaten, durchgesetzt.

Referent:
Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg

Abbau der Jugendarbeitslosigkeit:

Vermehrung der Ausbildungsstellen für Arzthelferinnen

Angesichts des Mangels an Ausbildungsstellen appelliert die Bayerische Landesärztekammer als die für den Ausbildungsberuf der Arzthelferin zuständige Stelle gemeinsam mit dem Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen an alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, zu prüfen, ob sie nach der Struktur und personellen Besetzung ihrer Praxis eine oder weitere Auszubildende einstellen können.

Neben der an sich gegebenen persönlichen Eignung des Arztes als Auszubildender muß allerdings auch die Ausbildungsstelle geeignet sein, d. h., die Möglichkeit zur Vermittlung der Kenntnisse und Fertigkeiten

des Berufsbildes der Arzthelferin bieten.

Landesärztekammer und Berufsbildungsausschuß haben als Höchstzahl der gleichzeitig Auszubildenden grundsätzlich drei festgelegt, sofern in der Praxis die gleiche Zahl ausgebildeter Mitarbeiter einschließlich der mitarbeitenden Ehefrau beschäftigt wird.

Mit mehreren Auszubildenden, deren Anzahl nach dem Berufsbildungsgesetz in einem angemessenen Verhältnis zu den ausgebildeten Mitarbeitern stehen muß, können auch die durch den zweiten Berufsschultag im ersten Ausbildungsjahr entstehenden Schwierigkeiten behoben werden.

Neuer Gehaltstarif für Arzthelferinnen

Der neue Gehaltstarif für Arzthelferinnen und die Neufestsetzung der Ausbildungsvergütungen für Auszubildende im Beruf der Arzthelferin wurden zwischen den Tarifpartnern mit Wirkung vom 1. April 1975 abgeschlossen. Der Wortlaut ist in Heft 13 des „Deutschen Ärzteblattes“ vom 27. März 1975 abgedruckt. Wir verweisen auf diese offizielle Bekanntgabe.

Sonderdrucke können bei der Bayerischen Landesärztekammer und bei den Ärztlichen Kreisverbänden angefordert werden.

Es darf noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die Tarifverträge nur für die Mitglieder der vertragsschließenden Organisationen Verbindlichkeit erlangen. Der Vorstand der Kammer hat jedoch seit Bestehen eines Gehaltstarifvertrages immer empfohlen, daß die Tarifverträge für alle Arbeitsverhältnisse mit Arzthelferinnen Verwendung finden sollten, die den Bedingungen des Tarifvertrages entsprechen.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Walther Kuhn, Leitender Oberarzt an der I. Frauenklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Göttingen ernannt.

apl. Professor Dr. med. Detlef Petzoldt, Leitender Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Medizinischen Hochschule Lübeck ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Dimitrios J. Athanasiou, Verv. einer wissenschaftlichen Assistentenstelle in der II. Medizinischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Konrad Meßmer, Abteilungsvorsteher am Institut für Chirurgische Forschung; Privatdozent Dr. med. Jürgen Schnermann, Wissenschaftl.

licher Rat am Physiologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Gerhard *Ulbrecht*, freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physiologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Hermann *Welsch*, Leitender Oberarzt an der II. Frauenklinik.

Privatdozent Dr. phil. Jörg *Birkmayer*, wiss. Assistent am Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Kurt *Holzmann*, Oberarzt an der I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Helmut H. *Wolff*, Akademischer Direktor an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Bernhard v. *Barsewisch*, wiss. Assistent an der Augenklinik; Privatdozent Dr. med. Gerd *Plewig*, wiss. Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik.

Privatdozent Dr. med. Hans *Metz*, Abteilungsvorsteher am Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, wurde in den Bereich des Staatsministeriums des Innern versetzt.

Privatdozent Dr. med. Klaus *Prechtel*, wiss. Assistent am Pathologischen Institut, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

Die „Lehrbefugnis für Innere Medizin“ haben erhalten: Professor Dr. med. Heinz-Dietrich *Bolte*; Dr. med. Bernd *Lüderitz*; Dr. med. Bodo Eckehard *Strauer* (alle durch Umhabilitation – bisher Universität Göttingen).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Eckehard *Held* für „Innere Medizin“; Dr. med. Michael v. *Lüdinghausen* für „Anatomie“.

Technische Universität

Medizinaldirektor Dr. med. Eugen *Wannenwetsch*, Leiter des ärztlichen Dienstes für Gesundheitswesen bei der Landesversicherungsanstalt Schwaben, wurde zum „Honorarprofessor für Medizinische Rehabilitation im Fachbereich Medizin“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Dieter *Baedecker*, Leitender Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Erlangen-Nürnberg

Zum „Oberassistent“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Rolf *Baer*, wiss. Assistent an der Nervenkrank mit Poliklinik; Privatdozent

Dr. med. Thomas *Pasch*, wiss. Assistent am Institut für Physiologie und Kardiologie.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt: Dipl.-Phys. Dietrich *Bauer*, Akademischer Rat am Institut für Physiologie und Kardiologie; Dr. med. Bernhard *Böwing*, Akademischer Rat an der Kinderklinik; Dipl.-Psychol. Dr. Walter *Kinzel*, Akademischer Rat an der Nervenkrank.

Würzburg

Umbenannt wurden: Die Abteilung für Anästhesiologie in „Institut für Anästhesiologie“; der Lehrstuhl für Experimentelle Immunologie in „Lehrstuhl für Klinische Virologie und Immunologie“; der Lehrstuhl für Virologie in „Lehrstuhl für Virologie und Immunbiologie“.

Ausland

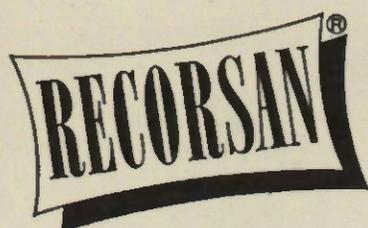
Häufigkeit psychischer Behinderungen im Kindesalter (Schweiz)

SÄI – Psychisch krank oder psychisch gefährdet sind weit mehr Menschen als der Öffentlichkeit bewußt ist. Genaue Abgrenzungen sind tatsächlich schwer zu treffen und noch schwieriger ist es, eine zahlenmäßige Gesamtübersicht zu erhalten. Nicht einmal über die Gesamtheit psychiatrischer Behinderungen im Kindesalter sind genaue Zahlen bekannt. Einigermaßen zu-

verlässige Werte liegen jedoch für folgende Bereiche vor:

1. Schwachsinn

In der Gesamtbevölkerung gibt es ungefähr 5 Prozent Schwachsinnige. Dabei rechnet man, daß von 100 Schwachsinnigen 75 debil, 20 imbezill und 5 idiotisch sind (*Lewis*).



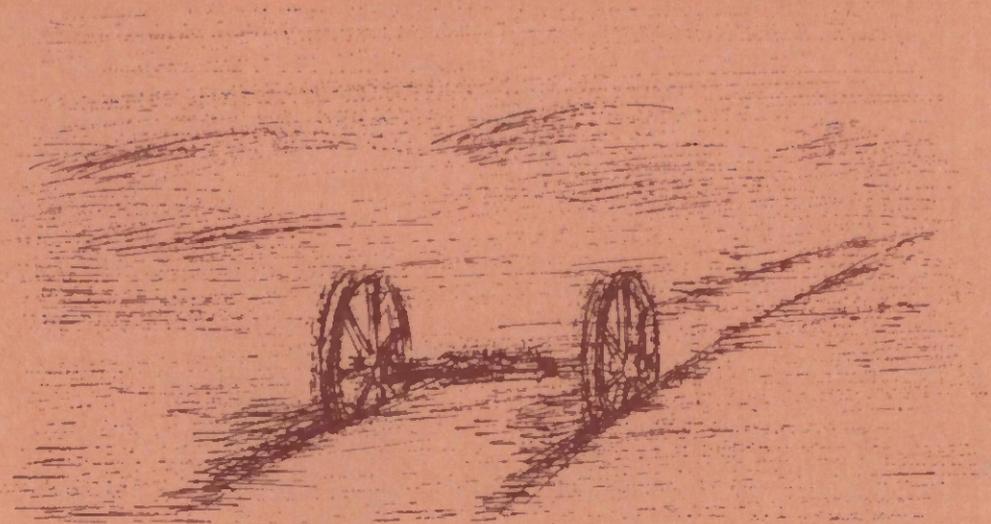
RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,8 g, Alkohol-Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. 55,87 g, Apium graveolens 1,8573 g, Val. 13 g, Cola 43 g. · 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



Festgefahren, 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, engstimmende, 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 wirkenden Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorsehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z.B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinträchtigt werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidressiva, 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 verlagern: z.B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unterkaut 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 kleinem Lumen 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 Kreislaufabfällen 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, Krampfzustände 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 Kurzzeitschwankungen) 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 Kurzzeitschwankungen 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-2-H-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 · 7899 Grenzach

ROCHE

Was die Zahl der debilen Schüler anbetrifft, geht aus einer Statistik des schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich (Chefarzt: Dr. med. H. G. Bodmer) folgendes hervor: Im August 1974 betrug der Gesamtschülerbestand 32 220. Davon besuchten 771 Schüler die Sonderklasse B, das entspricht 2,4 Prozent.

Begriffserläuterung:

— Debile sind schulbildungsfähig in der Hilfsschule und können nachher eine Anlehre machen. Sie sind im späteren Leben zum großen Teil selbständig, können sich also selbst erhalten und ihre Angelegenheiten selbst besorgen. Debile sind oft äußerlich kaum auffällig.

— Imbezille sind nicht mehr schulbildungsfähig, sondern nur noch praktisch bildungsfähig. Sie können in einer speziellen Ausbildungsstätte zu leichten und einfachen Arbeiten angelehrt werden. Ihren Lebensunterhalt können sie nur teilweise verdienen; sie können ihre Angelegenheiten auch nicht selbst besorgen, sondern sind auf die dauernde Fürsorge angewiesen.

— Idioten sind nicht mehr bildungsfähig, sondern nur noch gewöhnungsfähig. Sie sind in jeder Beziehung fürsorgebedürftig.

2. Psychische Störungen nach angeborenen oder frühkindlich erworbenen leichten Hirnschädigungen

Hier schwanken die Prozentzahlen zwischen 3 und 17 Prozent, im Durchschnitt also 10 Prozent (Lempp). Bei diesen Kindern bleibt die eigentliche Intelligenz erhalten, es kommt aber zu intellektuellen Leistungsstörungen, welche oft eine Sonderschulung nötig machen, sowie zu charakterlichen Schwierigkeiten.

3. Psychische Störungen nach erworbenen Hirnschädigungen

Hier sind am besten untersucht die Residuen nach Schädel-Hirntraumen im Kindesalter. Nach einer in Ostdeutschland durchgeführten Untersuchung an einer großen Zahl von Kindern gelten folgende Zahlen (Kleinpeter):

a) 24 Prozent aller Kinder nach schweren und mittelschweren Schä-

delhirntraumen, die den Unfall im Alter von einem bis drei Jahren erlitten, zeigen später eine Intelligenzminderung im Sinne eines sekundären Schwachsinnens. Bei älteren Kindern liegt der Prozentsatz um etwa 10 Prozent niedriger.

b) Änderungen des Verhaltens werden nach schweren und mittelschweren Hirntraumen in 75 Prozent der Fälle beobachtet. Dabei besteht keine wesentliche Abhängigkeit vom Alter des Kindes, dagegen vom Schweregrad des Hirntraumas.

4. Verhaltensstörungen insgesamt

In Deutschland hat v. Harnack über 1000 Schulkinder aus Hamburg nach folgenden Verhaltensauffälligkeiten untersucht: Krankhafte Gewohnheiten (Daumenlutschen, Nägelbeissen, Manipulationen am Kopfhaar); Schlafstörungen; Appetitstörungen; Einnässen. Er fand bei insgesamt 16,3 Prozent dieser Kinder eine oder mehrere der oben erwähnten Verhaltensstörungen, wobei die Prozentzahlen mit Verschlechterung des sozialen Milieus zunahmten. Daraus läßt sich der Schluß auf eine mindestens teilweise milieubedingte Ursache dieser Störungen ziehen.

Entscheidend bei jeder Art von geistiger Behinderung ist die Früherfassung, damit möglichst frühzeitig eine gezielte Therapie einsetzen kann.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Alfons Weber, Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Kinderspitals, CH-8000 Zürich

Bekanntmachungen

Neuwahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

Der Fachbereich Medizin der Technischen Universität München hat anstelle des zunächst benannten Delegierten Professor Dr. Kurt Liebermeister für die laufende Amtszeit nunmehr Professor Dr. Dr. Siegfried Borelli, 8000 München 40, Biedersteiner Straße 21-29, benannt.

Fachkunde im Strahlenschutz

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV vom 1. März 1973) für alle Ärzte Bayerns, die nicht unter die Übergangsbestimmungen der RöV fallen und sich zur Zeit in der Weiterbildung befinden (z. B. angehende Radiologen oder Kollegen, die beabsichtigen, sich später als Teilradiologen niederzulassen).

Die Bayerische Landesärztekammer führt den **großen Grundkurs** von Donnerstag, 29. Mai 1975 (Fronleichnam), Beginn 13.00 Uhr bis

Samstag, 31. Mai 1975, Ende ca. 18.00 Uhr und

den **großen Spezialkurs für Röntgendiagnostik** von

Freitag, 31. Oktober 1975 (Reformationstag), Beginn 9.00 Uhr bis

Sonntag, 2. November 1975, Ende ca. 15.00 Uhr

durch.

Veranstaltungsort: Ärztehaus Bayern, 8000 München 80, Mühlbauer-

straße 16, Großer Sitzungssaal, V. Stock. Sie sind dort unter Telefon (089) 41 47-331 zu erreichen.

Die **Teilnahmegebühr** für beide Kurse beträgt DM 100,-; für einen Kurs DM 50,-

Sofern die betroffenen Kolleginnen und Kollegen bereits einen oder beide Kurse z. B. in Neuherberg besucht haben, ist für sie diese gesetzlich vorgeschriebene Pflicht erfüllt. Das gleiche gilt für Ärzte, die am Stichtag 1. September 1973 als Verantwortliche für den Röntgenbetrieb an einer Krankenanstalt bestellt waren und entsprechende verkürzte Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer absolviert haben.

Anmeldung schriftlich oder telefonisch bei der

Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 41 47-294 (Frl. Wanger)

Nebenbei: kein schlechter pädagogischer Umgang mit einer Nomenklatur, die sich oft selbst zu unterhalten scheint.

Professor Dr. F. Schmid
8750 Ascheffenburg

Aus dem Leben eines Lymphozyten

von Johannes Ring

Herrn Professor Dr. W. Brendel zum 50. Geburtstag gewidmet.

Immunologen denken bitter,
wir Lymphozyten seien Zwitter
und nur geteilt in B und T.
(Da graust's mir ja, o weh, o weh!)
Die schönen Menschenkinderfraun,
die ham ihr Holz so vor der Hütt'n;
e sowas brauch'n wir net baun,
wir sind ganz rund, wir Lymphozyten!

Ich schwimm eis Lymphozytenmann
ganz frisch und fröhlich meine Bahn
und schmus a weng zum Zeitvertreiberl
mit einem Lymphozytenwelberl.
Ich streichel Ihr des Cytoplasma,
sie sagt genz keusch: „Du gelt, des leß
mal!“

Da geb' ich Ihr an zarten Kuß
auf ihren Prechnucleolus
und such mir schnell a Virusl,
an dem Ich mich dann gsund bussl.

Doch mitten drin krieg ich en Tritt
von 'nem Kollegenlymphozyt:
„Hör mit dem Lymphel'n eul, du Saul
Da hinten ist ein Mordsradau.
Ich rete Dir, schwing Dich, mein Sohn;
das stinkt nach Immunsuppression!“
Da schwimmen schon die ersten Bröckerl
und spiel'n mit meine Freund Verreckerl.
Das vorderste schaut aus wie Dreck.
Das ist e Bazerl Imurek.
Ich mech, men ist bei der Marine,
zum bösen Spiel die gute Miene
und grüß': „High. Azathioprine.“
Da kommen auch noch Globulinel

Und schon die von den gräuslichsten,
die zwicken dich em scheußlichsten.
Wie die schon umeinanderpendeln,
da sieht man gleich, die sind vom Brendell
Du, dem sein Antilympho-Tick,
den hab Ich jetzt fei langsam dick.

Äskulap und Pegasus

Gedichte befassen sich in der Regel nicht mit medizinischen Fachrichtungen, da zwischen Naturwissenschaft und Poesie ein prinzipieller Widerspruch besteht: dort herrschen die Daten und Fakten, hier das „Erdachte“, also das spekulativ Kreierte. Daß man beides durchaus verbinden kann, hat Herr Kollege Ring, München, im vorliegenden Gedicht ge-

zeigt. Man sieht den Lymphozyten so richtig auf verschlungenen, gefahrwitterten Bahnen durch den Körper wandern.

Der eine Leser wird verwundert vor manchem unbekanntem Begriff stehen, der andere amüsiert den splelerisch-ironischen Hintergrund genießen.



■ 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 Magen Geschwüren vor. ■ Vermehrt z.B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.
Bei Krankenkassen zugelassen. Ad us. proprium Vorzugspreise.
Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindlich durch:
Staatl. Mineralbrunnen Siemens Erben · Zentralbüro:
62 Wiesbaden · Postfach 1 30 47

Freilich lebt sich's heute wärmer.
Früher war er hypothermer.
Die Sache mit dem Winterschläfer
fand ich moralisch deutlich bréver,
und das Seilbahnfahr'n, o mei,
war mir persönlich einerteil.
Später denn, mit Makrodexy,
war das Leben noch ganz sexy.
Aber heut', all's, was die tun
die noblen Krämpf: Autoimmun!

Da schmelzt der Brendel mit dem Hopf
uns elle in den gleichen Topf.
Fest umrühr'n, Deckel drauf, juchhel
Das ganze heißt dann ALGI
Ich lach, weil ich es schlicht als Witz fühl',
was die von uns erzähl'n in Kitzbühel.
Den Nobelpreis, den woll'n wir gar net.
„Ansichten eines Klons“ von Burnet?
Mir gangst. Die Theorie von Mitchlson,
die find ich noch am witzigsten!

Jetzt kommen's aber g'fährlich näher
und flattern wie die Eichelhäher.
Ich gieub, es brennt. Du, ohne Scherz,
ich sell mich eb in Richtung Herz.
Dort such ich mir ein klein's Trebekerl
und spiel a kurze Zeit Versteckerl.
Ich preß mich fest ens Endothel
und schau genz bescheiden scheel.
Es nützt mir nichts, ich bin erkennt.
Ich ras davon, ein kleiner Shunt
im Lungenerterielssystem
erweist sich rettend und bequem,
und flink wie Erhert Keller's Eislauf
stürz ich mich in den großen Kreislauf.

So schnell bin ich lang nicht mehr g'rennt.
Verflucht sei'n Medawar und Brent!
Nur fort von hier und heim ins Milzchen.
Ich wollt, ich wär das Rumpelstilzchen
oder säß als Anonymus
heimelig und still im Thymus.
Doch mit diesen Globulinen
ist es wie mit wilden Bienen.
Ham's dich einmal euf der Latt'n
machen's dich zum Gumbrecht-Schetten.

Und da hinten kommen's wieder.
Vor Schreck verfärb ich mich wie Flieder
und krieg ganz kelte Pseudofüße.
Das ist so schlimm wie Dialyse.
Die Strömung wird ganz laminer.
Ich weiß genau, jetzt is beld gar.
Ich fühl mich sensibillisiert
und denke „Cenci, bin I mied“!

Ganz schnell möcht ich den Makrophagen
verzweifungsvoll um Hilfe fragen.
Pah, sinnlos, wie der schon deherboizt,
der is total ver-Müller-Ruchholtz.
Komm, Lymphozyt, mach keine Krampf
und stelle Dich dem offenen Kampf!

Ich fasse ungeheuren Mut
und wippe tigergleich durchs Blut.
„Wenn Du mich enrührst, Globuschwein,
zieh ich die Antigene ein.
Jetzt trau dich, Du, komm her du Drum,
ich schlepp dich ins Glomerulum.
Da tanz ma dann an Boogl-Woogie
auf die Nephritis vom Masugl,
und das stinkt sogar dem Barnard,
wenn sein Starpatient kein' Harn het.
Überhaupt, e propos dancing,
bist Du vielleicht gar enhancing?
Na, du bist enaphylaktisch.
Also das find ich nicht praktisch.
Machst ja doch bloß Urticaria,
Fieberschübe wie Malaria,
und das bisserl Nausea
kriegst mit Himbeerbrause e!
Und denn noch die Cortisone,
weil es geht ja doch nie ohnel
Ein Molekül Methotrexat
zum Nachtschind find ich einfach fad.
Bloß mit Eurer Lymphdrainage
halt's euch zruck, ml leckst . . . eber
Ihr könnt Euch noch so gut vermíxen.
Heifen tut's euch trotzdem nixen.
Behandlung von Kollagenosen
geht nach wie vor voll in die Hoseni
Der Brendel kommt noch auf die Gant.
Wir Lymphos werden tolerant!
Ihr habt einfach zu viel verspritzt
von Eurem Saft! Ha, gelt, das sitzt?“
Jetzt krieg I Luft, jetzt wach i euf.
Delirium komm, in Himml neuf!
Ich fühl mich plötzlic ganz phantastisch
und elles in mir lymphoblastisch.
Bin im Lymphoperadies —
alle Zellen sind so süß —
und die lieben kleinen Thrombos
ham an Gschmeck wie Erdbeerbonbons.
Und i seh mich schon im Dunkeln
mit em LE-Faktor schunkeln.
Und ich bilde, woll'n wir wetten
tausend Gotik-Prachtrossetten.
Fengens mich, dann mech ich gerne,
wenn er's mag, en Plaque nech Jerne,
streck mich lang eis Makkaroni,
nachher gibt's en Ouchterlony.

Und ich freu mich wie noch nie
euf die nächste Allergie:
Montags in den Speicheldrüsen
will den Sjögren ich genießen.
Dienstags geh ich, weil's egal is,
in d' Arteria temporalis.
Mittwoch, etwas ungeleg'ner,
kommt das Granuloma Wegener.
Donnerstag, de hemma's werm:
Nur Colitis, nix wie Darm.
Freitag ist e Ruh, da fest ma,
und am Wochenend gibt's Asthma!
Und zum Nachtschind, weil's bequem is,
Delectatio cum eccemisl
Hast dezu noch Glück im Lotto,
gwinnt an fetten Hashimoto! —

Ich räkle mich, weil mir so wohl is,
und mein Denken so frivol is, —
und turn am Lymphozytenbaum
allergisch fort von Traum zu Treum —
Treum? Tod? Leb ich? Welch Erwecken?
Je, was soll ich jetzt nur machen?
Und euf einmal muß ich lachen!
Das ALG ist fort und hin.
Wer das ein schlechtes Globulin!

Ich schrei: Juchhel
Heb I ein Maßl!
Das ALG
war bloß vom STARZLI

Einige Anmerkungen zum Verständnis:

P. Medawar, M. Burnet: Nobelpreisträger 1960
(Transplantations- und zelluläre Immunität).

A. Mitchlson, L. Brent (London): Theorie des
Antilymphozytenserums.

Müller-Ruchholtz (Kiel): stellt Anti-Makropha-
gensarum her.

T. Starzl (Denver): gleichzeitig mit Brendel erste
klinische Anwendung von ALG.

W. Brandel, U. Hopf: „Autoimmunerkrankun-
gen“, Schatteuer-Verlag, 1970.

Azathioprine = Immunsuppressives Medikament
(Imurek®).

ALG = Anti-Lymphozyten-Globulin.

Klon = Lymphozytenfamilie.

Rosettenbildung = spezifisches Merkmal von
T-Lymphozyten (sie bilden mit Schafserthro-
zyten Rosetten).

Ouchterlony = Agargel-Doppeldiffusionstest
zum Nachweis präzipitierender Antikörper.

enhancing antibodies = schützende oder blok-
kierende Antikörper (sie bewahren das Antigen
vor der Zerstörung durch „Killer“-Zellen).

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

● Schlüsselfertige
Praxiseinrichtungen

● Beratung

● Projektierung

● Finanzierung

● Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krenkenheusbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Merienstraße (Colonie-Heus)

Telefon (09 11) 20 39 03/04

● Röntgen-Apparate und
Untersuchungsgeräte

● Röntgen-Bildverstärker
mit Fernsehkette

● Labortechnik

● Heemodialyse

● EKG - EEG - Echo-EEG
- EMG

Brief aus Bonn

Die politischen Initiativen zur Eindämmung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung haben bislang zu nichts geführt. Mit einem politischen Eklat endete der erste Versuch von Gesundheitsminister Frau Focke, die Landesminister zur Diskussion über die Lage der Krankenhäuser an einen Tisch zu bringen. In einer Antwort auf eine „Große Anfrage“ der Opposition gibt die Bundesregierung nur in sehr allgemeinen Formulierungen Auskunft über das, was sie in der Gesundheitspolitik plant.

Die politischen Initiativen der Minister Arendt und Frau Focke, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen, sind zunächst ohne greifbares Ergebnis geblieben. So konnten sich die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärzte nicht, wie es Arendt gewünscht hatte, auf eine Empfehlungsvereinbarung für die ärztlichen Honorare verständigen. Frau Focke wurde bei dem Versuch, eine Gesprächsrunde über die Krankenhauskosten zusammenzubringen, von den zuständigen Landesministern der CDU/CSU versetzt. Und schließlich gibt es noch keine gemeinsame Konzeption für die Neuordnung des Arzneimittelmarktes; Minister Friderichs scheint sich nicht für ein dirigistisches Konzept, das sich an den Vorschlägen der Ortskrankenkassen orientieren könnte, zu erwärmen.

Aus Bonn also wenig Neues, was wohl auch daran liegt, daß die politische Szenerie in den letzten Wochen und Monaten zu sehr vom Wahlkampffieber bestimmt wurde. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß die große Publizität um die verschiedenen Gesprächsrunden wohl auch den Sinn hatte, den Bürgern vor wichtigen Wahlen den Eindruck zu vermitteln, daß nun endlich gehandelt werde.

So war das Scheitern der Bemühungen von Frau Focke, eine „konzertierte Aktion“ über die Möglichkeiten, im Krankenhaus Kosten zu sparen, zumindest auf der politischen Ebene programmiert. Statt der geladenen Minister und Staatssekretäre schickten die von CDU und CSU regierten Landesregierungen nur die zuständigen Fachreferenten. Frau Focke verwies sie des Saales. Ihre Begründung: ein politisches Gespräch sei geplant gewesen. Die CDU/CSU konterte: Frau Focke suche nur nach einem Alibi für die jahrelangen Versäumnisse.

Staatssekretär Wolters hatte erst auf Anforderung den Ländern ein Papier über die zu besprechenden Themen übersandt, das nach Ansicht des schleswig-holsteinischen Staatssekretärs Beske so umfassend war, daß darüber tagelang hätte beraten werden können. So etwas gehöre durch die Fachleute vorbereitet, wenn nicht am Ende nur unverbindliche Absichtserklärungen der Minister stehen sollten.

Der Bonner Eklat war nicht ohne politische Pikanterie, da z. B. auch Nordrhein-Westfalen nicht mit dem zuständigen Minister oder Staatssekretär vertreten war.

Das Ergebnis der Gesprächsrunde war die Verständigung über die kaum noch umstrittene Tatsache, daß die Zahl der Krankenhausbetten eher zu groß als zu klein ist. Man will mit dem Abbau der Krankenhausbetten beginnen. Zugleich sollen jedoch Pflegeheime und Sozialstationen ausgebaut und die Hauspflege intensiviert werden. Auch über die Verkürzung der Verweildauer wird nachgedacht; bislang ohne konkretes Ergebnis. In einem Modellversuch sollen degressive Pflegesätze erprobt werden, die dem tatsächlichen Kostenverlauf mehr entsprechen als der einheitliche Pflegesatz.

Mehr hatte man sich wohl auch von den Antworten der Bundesregierung auf die „Große Anfrage“ der Opposition zur Gesundheitspolitik nicht versprochen. Das mag zum Teil an den Fragen liegen, die kaum Anlaß boten, sich über die Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik detailliert zu äußern. So hat das Gesundheitsministerium mit viel Fleiß mehr oder minder bekanntes Material zusammengetragen, so z. B. über die Ausgaben des Staates für die medizinische Forschung, zum Thema Müttersterblichkeit und über die medizinischen Assistenzberufe. Das alles ist nicht uninteressant. Wer

weiß schon, daß in der Bundesrepublik jährlich mehr als zwei Milliarden Mark von Bund und Ländern für die medizinische und zahnmedizinische Forschung aufgewendet werden?

Dennoch muß diese Antwort der Bundesregierung enttäuschen. Sinn einer „Großen Anfrage“ ist es doch, eine politische Debatte im Parlament auszulösen. Das haben offenkundig die Gesundheitspolitiker der Union bei ihren Fragen vergessen; das hat aber auch die Bundesregierung bei ihren Antworten übersehen. In der Einleitung zu ihrer Antwort ist die Bundesregierung freilich bemüht, etwas Grundsätzliches zur Gesundheitspolitik zu sagen. Das kommt aber kaum über Allgemeinplätze hinaus. Das geht so weit, daß auf die Fragen der Opposition mit Fragen geantwortet wird. So heißt es nahezu wörtlich: In der Gesundheitspolitik stellt sich die grundsätzliche Frage, ob und in welcher Form die gewachsenen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung den veränderten und vielfach gestiegenen Anforderungen und Notwendigkeiten unserer Zeit entsprechen und welche Weiterentwicklungen in Funktion und Aufgabenstellung notwendig sind, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft zu gewährleisten.

Hier weitere Kostproben aus der Bundesdrucksache 7/3322: Notwendig sei eine „rationellere“ Planung, eine funktionsbezogenere Kooperation und Arbeitsteilung und eine wirtschaftlichere Gestaltung der Betriebsabläufe bei Ärzten, Krankenhäusern und Gesundheitsämtern. Wichtig sei auch eine Verbesserung der für die Planung grundlegenden Daten, der Erfolgskontrolle, der Planungsmethoden und „die Entwicklung von Normen für bestimmte Standardversorgungsleistungen.“

Was z. B. darunter präzise zu verstehen ist, vermochte Frau Focke in einer Pressekonferenz nicht zu erklären. Auch wird von der Bundesregierung die Stärkung der Eigenverantwortung des Bürgers gewünscht und von einer Verbesserung und Rationalisierung der ambulanten Versorgung gesprochen. Über das, was im einzelnen geplant wird und wie man z. B. die Eigenverantwortung der Bürger stärken will, schweigt sich die Bundesregierung aus. Dabei wäre gerade das interessant gewesen. bonn-mot

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
Anwendungsgebiete: im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlaf-rhythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastrointestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Dentitionebschwerden bei Kleinkindern; im effektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahnärztlichen und ärztlichen Eingriffen;

Erwartungsangst vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.
Dosierung und Anwendungsweise: 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).
Unverträglichkeit und Risiken: Myasthenie gravis.
Besondere Hinweise: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbran die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.
Darreichungsformen und Packungsgrößen:
OP mit 25 Tabletten DM 6,50
OP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 4,45
OP mit 10 Suppositorien DM 6,20
Klinikpackungen
zu allen Darreichungsformen
Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern

Praktikum für gastroenterologische Endoskopie

vom 22. bis 24. Mai 1975 in München

Leitung: Professor Dr. H. Anacker,
Thema: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie – retrograde Pankreatiko-Cholangiographie – Rektosigmoido-Koloskopie
Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, München 80, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: 12. Mai 1975

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

Seminar über Präventiv-Kardiologie

16. bis 21. Juni 1975 in Bernried

Leitung: Professor Dr. M. Halhuber

Das Seminar soll eine möglichst praxisnahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie bieten.

Ort: Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

Letzter Anmeldetermin: 6. Juni 1975

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

16. – 31. Mai 1975 in Montecatini Terme:

XIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Das Leib-Seele-Problem in der ärztlichen Praxis

1. – 14. Juni 1975 in Grado:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Das Leib-Seele-Problem in der ärztlichen Praxis

21. Juli – 2. August 1975 in Davos:

V. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation

25. August – 6. September in Meran:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Die Bedeutung der Praxis für Früherkennung und Frühtherapie

1. – 13. September in Grado:

IX. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20, Telefon (02 21) 44 60 93

8. Gemeinsame Veranstaltung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfranken

am 7. Juni 1975 in Coburg

Leitung: Professor Dr. H. Jahrmärker, München

Thema: Arterielle Hypertonie
Ort: Kongreßhalle Coburg

9.00–9.15 Uhr:
Begrüßung

9.15–9.45 Uhr:
Die Bedeutung der Hypertonie als Risikofaktor
Prof. Dr. H. Jahrmärker, München

9.45–10.15 Uhr:
Klassifikation und klinische Differentialdiagnose der Hypertonie
Priv.-Doz. Dr. H. Avenhaus, Coburg

10.15–10.45 Uhr:
Hochdruck bei Nierenerkrankungen
Prof. Dr. A. Heidland, Würzburg

11.00–11.30 Uhr:
Die Bedeutung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems in der Pathogenese primärer und sekundärer Hochdruckformen
Prof. Dr. C. Werning, Frechen

11.30–12.00 Uhr:
Kardiovaskuläre Hypertonieformen
Priv.-Doz. Dr. H. Grohmann, Bamberg

14.30–15.00 Uhr:
Farbtonfilm: Hypertonie

15.00–15.30 Uhr:
Medikamentöse Behandlung der Hypertonie
Prof. Dr. J. Jahnecke, Bonn

15.30–16.00 Uhr:
Diuretikabehandlung der Hypertonie
Prof. Dr. H. D. Bolte, München

16.00–16.30 Uhr:
Beta-Rezeptorenblocker bei Hypertonie
Prof. Dr. H. Lydtin, München

Auskunft:

Ärztlicher Kreisverband Coburg, 8630 Coburg, Am Viktoriabrunnen 1, Telefon (0 95 61) 23 30

Passlorin Dragees

1 Dreege enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. succ.	80,0 mg
Extr. Sallols aquos. succ.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spir. succ.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passlorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Sallols aquos. episs.	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 Schließengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16,—

Passlorin liq.:

Flesche mit ca.	100 ml	DM 6,80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23,80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passlorin®

8. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 21. Juni 1975 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

Themen: Immunpathologie der Erkrankungen des Herzens – Immunologie der Schilddrüsenerkrankungen und des Diabetes mellitus – Praktische Bedeutung diagnostischer Methoden in der Immunologie

Auskunft:

Sekretariat des Instituts und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 - 33 63

Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte

am 21./22. Juni 1975 in Erlangen

Thema: Fortschritte der Therapie aus der Sicht des Pharmakologen und Klinikern

Ort: Kongreßzentrum Stadthalle, Erlangen, Rathausplatz 2

Auskunft:

Professor Dr. E. Schreck, Augenklinik der Universität, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27, Telefon (0 91 31) 85-31 02

6. Fortbildungstagung der LVA Oberbayern

am 28. Juni 1975 in Gaißach

Thema: Das hustende Kind

Ort: Kinderkrankenhaus Gaißach

Zeit: 9.00–13.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt

Auskunft:

Professor Dr. P. Ch. Schmid, Chefarzt des Kinderkrankenhauses Gaißach, 8171 Gaißach, Telefon (0 80 41) 44 95 und 95 30

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

22. 9. – 17. 10. 1975

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

23./24. 10. 1975

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gemeinsam veranstaltet mit der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

5./6. 11. 1975

Arbeitsmedizinisches Seminar

17. – 28. 11. 1975

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit)

10./11. 12. 1975

Arbeitsmedizinisches Seminar

2. – 27. 2. 1976

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

15. – 26. 3. 1976

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit)

29. 3. – 9. 4. 1976

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

27. 9. – 22. 10. 1976

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

22. 11. – 3. 12. 1976

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit)

Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen in der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin statt.

Für die Arbeitsmedizinischen Fortbildungskurse wird eine Gebühr von voraussichtlich DM 150,- erhoben.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 31. Mai/1. Juni 1975, 12./13. Juni 1975, 22./23. November 1975 und 13./14. Dezember 1975 in Delsenhofen bei München

Leitung: Dr. Heynen

Zeit: Die Lehrgänge beginnen samstags um 12.30 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Ort: Lendeschule des BRK, Delsenhofen bei München, Linienstraße 53-55

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (0 89) 22 33 21

Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung

vom 8. bis 11. Oktober 1975 in München

Themen: Primäre Kardiomyopathien – Fortschritte in der klinischen Kardiologie
Zu dem Thema „Fortschritte in der klinischen Kardiologie“ soll insbesondere jüngeren Kardiologen Gelegenheit gegeben werden, ihre Forschungsergebnisse vorzutragen.

Anmeldeschluß für die Teilnahme und für Vorträge: 15. Juni 1975

Auskunft:

Professor Dr. H. Blömer, f. Medizinische Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (0 89) 41 40-26 65

Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 5,95 DM, 50 ml 11,95 DM, 100 ml 20,45 DM

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zeil-Harmersbach/Schwarzweid



Sparkassenpräsident: Sicherheit zuerst

In unregelmäßigen Abständen sollen Ihnen erste Kenner des Kapitalmarktes raten, wie Sie in diesen turbulenten Zeiten Ihr Geld optimal anlegen. Der erste Gesprächspartner: Dr. Fritz Grasmaier, Präsident des Bayerischen Sparkassen- und Giroverbandes:

Frage: „Die Situation des freipraktizierenden Arztes kurz skizziert, Herr Präsident: Lange Ausbildungszeit, weder Sozialrenten- noch Pensionsansprüche, daher die Notwendigkeit, in jeweils zwei Jahren das Geld für ein Ruhestandsjahr zurückzulegen. Als Bremsen: Ertrags- und später noch Vermögenssteuer. Sehen Sie eine optimale Lösung?“

Dr. Grasmaier: „Eine atypische Lage. Die steuerbegünstigten Vorkehrungen gegen die Risiken des Lebens wie zur Ruhestandsfinanzierung sind wegen der geringen Höhe der Freibeträge nur unzulänglich.“

Also ist der Arzt – wie jeder andere Angehörige eines freien Berufes – auf die normale Geldanlage angewiesen. Dabei muß er besonnen und bewußt wirtschaften, denn das Ziel ist sein Rückhalt im Ruhestand. Konkret daher:

1. Keine Experimente. Äußerste, nachgewiesene Sicherheit für jede Geldanlage durch gesetzlich anerkannte Institutionen, auch wenn nicht höchste Erträge erzielt werden. Besonders hohen Erträgen stehen immer entsprechend größere Risiken gegenüber.

2. Steuerfreiheit der Anlage oder hohe Steuervorteile. Aber Vorsicht, wenn die Vorteile nicht durch gesetzliche Regelungen oder unwiderfällige Finanzamtsbescheinigungen

gesichert und Verlustrisiken durch sorgfältige Bonitätsprüfungen begrenzt sind.

3. Kursunabhängigkeit, wenn die angelegten Beträge zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbar sein müssen. Nur dann ein Kursrisiko in der Hoffnung auf größeren Gewinn eingehen, wenn die Beträge in absehbarer Zeit nicht benötigt werden.

4. Im übrigen: Mischung der Anlagen beschränkt das Risiko.

Etwas theoretisch. Das räume ich ein. Aber eine verantwortliche Beratung muß die individuellen Verhältnisse berücksichtigen. Eine Parallele zum Arzt. Wenn ich richtig informiert bin, gestatten selbst gleichartige Symptome keine gleichartige Diagnosen, und anscheinend gleichartige Diagnosen bedingen andersartige Therapien, denn letztlich gleicht kein Mensch dem anderen.

Nicht anders bei der Vorsorge- und Anlageberatung. Bei einem freipraktizierenden Arzt sind so mannigfache und unterschiedliche Faktoren zu berücksichtigen, daß ein Experte erst einmal eine Grundberatung vornehmen muß.

Solche erstklassigen Fachleute sind zu dünn gesät, als daß ein Institut oder eine Gruppe von Kreditinstituten jede einzelne ihrer Außenstellen mit so einem Berater besetzen könnte. Daher mein Vorschlag: Schreiben Sie mir (8000 München 2, Briener Straße 24). Ich bin gern bereit, eine entsprechende kostenlose wie unverbindliche Beratung in die Wege zu leiten.“

Horst Beloch

Laut sagen

Nicht immer reden zwei über dasselbe, auch wenn sie es meinen. Beispiel: Lohn- und Gehaltserhöhungen hier, Honoraranhebungen da.

So wurden etwa 6,5 Prozent Einkommensteigerungen für Arbeitnehmer in diesem Jahr als maßvoll gegrienen. Mehrkosten auslösende Zusatzvereinbarungen wurden indes nicht quantifiziert.

Jede Lohnmark kostet den Arbeitgeber rund 60 Prozent zusätzlich für die gesetzlichen und freiwilligen Sozialleistungen bis zum Kranken- und Urlaubsgeld.

Demnach: 6,5 Prozent offene impliziert rund 60 Prozent stille Lohn-erhöhung. Mehrbelastung insgesamt somit: 10,4 Prozent.

Vordergründige Prozentvergleiche sind daher unzulässig. Das sollte man sehr laut sagen.

Prosper

Kurz über Geld

BAUKREDIT-UMSCHULDUNG nach Zinsermäßigungen nun sehr ratsam.

DIAMANTEN ALS ANLAGE nicht unter 0,5 Karat bei erster Güte.

VOLLKASKO-VERSICHERUNG kann auch auf Monatszeitraum abgeschlossen werden, Tip für den Urlaub.

BUNDESSCHATZBRIEF – jetzt mit Sparbrief-Renditen und Laufzeiten sorgsam vergleichen.

EINKOMMENSTEUER-ERKLÄRUNG '74: Termin 31. Mai 1975. Verlängerung bei Steuerberater-Inanspruchnahme.

FESTVERZINSLICHE WERTPAPIERE mit kurzer Restlaufzeit, niedrigem Zins und hohem steuerfreien Kursgewinn bevorzugen.

DREI PROZENT AUFZAHLUNG für Berlin-Darlehen mit Rentenplan durch Vertreter-Vermittlung. Direktabschlüsse sind billiger.



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid[®]

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β -benzylsäureäthylester)-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-, Anästhetika- 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 Verkehrstüchtigkeit ist jedoch möglich. Wie alle Schmerzmittel soll Lonarid über längere Zeiträume oder in höherer Dosierung nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden.

Dosierung und Anwendungsweise
siehe Packungsprospekt

Packungen

tt. A. T.

Tabletten:	10 Stück DM 2,75
	20 Stück DM 4,35
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,30
	10 Stück DM 5,65
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,65
	10 Stück DM 4,70
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,15
Klinikpackungen	

**Boehringer
Ingelheim**



Schnell informiert

Audiologische Untersuchungen an Legasthenikern

An der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Kressner) wurden gemeinsam mit der Kinderklinik (Direktor: Professor Dr. H. Hilber) audiologische Untersuchungen an Legasthenikern durchgeführt. An über 130 Kindern (psychiatrisch gesicherte Fälle von Legasthenie) konnten signifikante Abweichungen von der Norm im dichotischen Feldmann-Test nachgewiesen werden. Bei diesem Test handelt es sich um die Fähigkeit, bei normalem Hörvermögen zwei verschiedene Wörter, die je einem Ohr angeboten werden, zu verstehen und richtig nachzusprechen. Den normalhörigen, nicht an Legasthenie erkrankten Patienten bereitet dieses keine Schwierigkeiten.

Als weiteres objektivierbares Substrat wurde bei der eudiometrischen Untersuchung mit der Computer-EEG-Audiometrie in über 30 Prozent der Fälle eine dromedarartige Doppelgipfligkeit der eutsummierten Hirnpotentiale festgestellt. Als Hypothese dieser pathologischen Kurvenverleutorm ist eine partielle Verlängerung des Erregungsablaufes nach Eintreffen der Erregungen in den primären ekustischen Zentren bzw. in den Assoziationsfeldern zu denken oder aber an ein verzögertes, zweizeitiges Eintreffen der Erregungsalven in das Gebiet der Hirnrinde. Inwieweit synaptische Störungen bzw. Unterbrechungen im Kreuzungsbereich (ein Teil der afferenten ekustischen Bahnen kreuzt in der Ebene der Nervi cochlearis ventralis und dorsalis sowie über den Lemniscus lateralis zwischen Oliva superior und colliculus interior zur Gegenseite) dazu führen, daß in den primären akustischen Zentren und Assoziationsfeldern homolateral und kontralateral einlaufende Erregungen mit einem größeren Zeitabstand einlaufen als das normalerweise der Fall ist, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Die Untersuchungen lassen hoffen, daß in einem gewissen Prozentsatz der Fälle eine Frühdiagnostik durch objektive Messungen möglich wird und damit schon im Vorschulalter eine gezielte Therapie eingeleitet werden kann.

Kontaktadresse:

Privatdozent Dr. med. Chüden, Oberarzt an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten rechts der Iser, 8000 München 80, Ismeninger Straße 22, Telefon (089) 41 40 - 23 70

Hert-Klinik in München-Solln eröffnet

Am 12. März 1975 wurde die gemeinnützige chirurgische Privatklinik von Professor Dr. Walter Hart in München-Solln, Bertelestraße 75, eröffnet. Die Klinik verfügt über 150 rein operative Betten und entspricht in der Einrichtung auf dem medizinischen und auch nichtmedizinischen Sektor dem letzten Stand der Technik.

Computer-Tomographie

Auf dem Gebiet der Diagnostik und Erforschung von Gehirnerkrankungen wurde durch die Entwicklung einer neuen Röntgenuntersuchungsmethode, der axialen Computer-Tomographie des Gehirnschädels, ein revolutionierender Fortschritt erzielt. Das Verfahren wurde von dem englischen Physiker G. N. Hounsfield in den wissenschaftlichen Laboratorien der Firma Emi entwickelt. Im Januar 1975 konnte an der Neurochirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians Universität München der erste Emi-Scanner in der Bundesrepublik Deutschland in Betrieb genommen werden.

Die Mittel hierfür in Höhe von DM 980 000,- stellte die Stiftung Volkswagenwerk Hannover zur Verfügung. Das Gerät dient Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der raumfordernden Prozesse im Bereich der Schädel- und der Augenhöhle. Daneben ergeben sich durch die Computer-Tomographie zahlreiche neue Aspekte für die Hirnödemporschung.

Das Prinzip der Methode beruht auf der quantitativen Registrierung der Röntgenstrahlenabsorption in bestimmten Gewebsschichten. Dichteunterschiede im Gewebe verursachen eine unterschiedlich starke Strahlenabsorption. Mit Hilfe eines speziell programmierten Computers können die Strahlenabsorptionsdifferenzen in einem elektronischen Schädelschnittbild sichtbar gemacht werden. Mit der neuen Untersuchungstechnik gelingt es, im Gegensatz zu den herkömmlichen Röntgenverfahren, minimale Gewebsdichtedifferenzen sichtbar zu machen. Das bedeutet, daß ohne Zuhilfenahme von Kontrastmitteln Hirngewebsstrukturen, mit Hirnwasser gefüllte Hohlräume, Hirngeschwülste, Blutungen, Zysten und ähnliche krankhafte Prozesse bildlich dargestellt und klar gegeneinander abgrenzbar werden. Die so erzielbaren Gehirnschnittbilder zeigen alle diese Strukturen wie ein anatomischer Querschnitt in erstaunlicher Detailgenauigkeit. Vergleichbare Untersuchungsergebnisse werden mit keiner der bisher bekannten Untersuchungsmethoden möglich. Der besondere Vorteil der Computer-Tomographie besteht darüber hinaus in der sehr niedrigen Strahlenbelastung, die auch mehrfache Kontrolluntersuchungen gestattet. Die absolut schmerzlose Untersuchung kann ambulant durchgeführt werden und erspart somit nicht selten aufwendige stationäre Krankenhausaufenthalte zu diagnostischen Zwecken. Bereits die ersten Erfahrungen an mehr als 300 Patienten zeigen, daß alle Arten von Gehirnerkrankungen einschließlich Verletzungstolgen, die zu einer Änderung der Röntgenstrahlenabsorption führen, rasch diagnostiziert werden können. Dies gilt vor allem für Hirngeschwülste, Hirnblutungen nach Schlaganfall und Folgen von Schädel-Hirnverletzungen.

Das Untersuchungsergebnis liegt in der Regel bereits nach knapp zehn Minuten vor.

Kontaktadresse:

Professor Dr. F. Marguth, Neurochirurgische Klinik der Universität, Klinikum Großhadern, 8000 München 70, Marchioninistraße 15, Postfach 701260, Telefon (089) 7095 2591

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

Zuverlässig wirksame Kombination auf therap. Breite

Indikationen: Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nerv. Magenbeschwerden. Kontraindikationen: Bei vorgeschriebener Dosierung nicht bekannt. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 450 mg Succus Liquiritiae dep., 25 mg Extr. Frangulae, 25 mg Extr. Calami, 15 mg Extr. Valerianae, 3 mg Extr. Chemomillae, 2 mg Extr. Melissae, 2 mg Extr. Menthae pip., 80 mg Bismutsubnitret, 200 mg Magnesiumcarbonat, 200 mg Natriumbicarbonat, 200 mg Aluminiumhydroxydgel. Handelsformen und Preise: OP-30 Tabl. DM 5,70, OP-80 Tabl. DM 9,40

OR. GRAF & COMP. NACHF. seit 1889, Hamburg 52

Anzeigenwerbepreis des Deutschen Ärzte-Verlages 1975

Für das Jahr 1975 schreibt der Deutsche Ärzte-Verlag einen Anzeigenwerbepreis aus. Dieser Preis wird erstmals 1976 für Pharma-Insertionen des Jahres 1975 verliehen. Von da an erfolgt die Preisverleihung jährlich; prämiert werden jeweils Pharma-Insertionen, die im vergangenen Jahr veröffentlicht wurden.

Der Wettbewerb soll ein nachdrücklicher Impuls sein, der die werbungtreibende pharmazeutische Industrie und die von dieser Industrie mit der Durchführung der Werbung beauftragten Agenturen anregen soll, nach neuen Wegen zu suchen, die zur Produktwerbung eingesetzte Insertion unter Wahrung einer ästhetischen werbewirksamen Aufmachung so informativ und einprägsam wie möglich zu gestalten.

Die drei höchstbewerteten Insertionen werden in der Reihenfolge ihrer Bewertung mit dem goldenen, silbernen und bronzenen Werbepreis des Deutschen Ärzte-Verlages ausgezeichnet.

Die Goldmedaille ist mit einem Preis von DM 20 000,-, die Silbermedaille mit einem Preis von DM 10 000,- und die Bronzemedaille mit einem Preis von DM 5000,- dotiert.

Die Auswahl der Preisträger erfolgt in dem auf das Ausschreibungsjahr folgende Jahr in der Zeit vom 1. März bis 15. April (Einsendeschluß: 29. Februar 1976). Des Preisrichterkollegium setzt sich zusammen aus:

a) stimmberechtigtem Vorsitzenden: der jeweilige Vorsitzende der Gesellschafterversammlung des Deutschen Ärzte-Verlages,

b) stimmberechtigten Mitgliedern: einem in der Wissenschaft tätigen Arzt, drei praktizierenden Ärzten und je einem Creative Director und Art Director.

Der Deutsche Ärzte-Verlag wird alle Insertionen, die mit einer Medaille oder einer Anerkennungsurkunde ausgezeichnet wurden, in einer Broschüre veröffentlichen, die jeder Interessierte kostenlos anfordern kann. Entsprechende Hinweise werden in der medizinischen Fachpresse erscheinen.

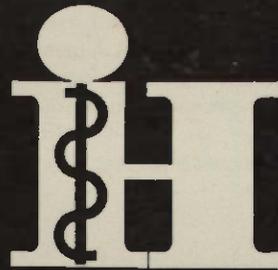
E.-K.-Frey-Preis 1975

Anlässlich des 80. Geburtstages von Professor Dr. med. Dr. rer. nat. h. c. E. K. Frey wurden von der Bayer AG eine „E.-K.-Frey-Medaille“ und ein „E.-K.-Frey-Preis“ gestiftet.

Medaille und Preis dienen der Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Intensivtherapie. Für die Verleihung kann vorgeschlagen werden, wer durch grundlegende wissenschaftliche Arbeiten die Erforschung der Intensivtherapie gefördert hat, wobei die Ergebnisse der Arbeiten die Therapie bereichern oder ihr neue Richtungen weisen sollen.

Die Medaille wird in Silber hergestellt. Auf der Vorderseite ist als Relief das Bild von Professor E. K. Frey eingepreßt. Der Preis ist mit DM 10 000,- dotiert. Medaille und Preis werden in einer Auszeichnung vereint unter der Bezeichnung „E.-K.-Frey-Preis“ an Forscher des In- und Auslands verliehen. Der E.-K.-Frey-Preis kann auch einer Mehrheit von Personen geteilt verliehen werden.

Die Verleihung erfolgt jährlich durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin, wobei die Verleihung des E.-K.-Frey-Preises durch den jeweiligen Präsidenten auf dem wissenschaftlichen Jahreskongreß vorgenommen wird. Die Verleihung des Preises findet erstmals



4 Tage lang: Der Welt größte Messe für das Krankenhaus.

Über 600 Firmen aus 14 Ländern präsentieren auf mehr als 40.000 qm Hallenfläche Problemlösungen und den Fortschritt im Krankenhaus.

- Bessere Methoden und Systeme
- Noch mehr Medizintechnik
- Neue und bewährte Geräte, Apparaturen und Instrumente in der Elektromedizin, Medizintechnik und Labortechnik
- Rationelle Versorgungsanlagen
- Bürotechnik und Raumgestaltung

Hier finden Sie die Informationen, die Sie sonst nirgends bekommen. Eine Fülle von Referaten und Informationskursen aller Fachrichtungen macht diese Fachmesse für Sie unentbehrlich.

Ihr wichtigster Termin für 1975

10.-13. Juni INTERHOSPITAL Düsseldorf

Internationale Krankenausstellung
und 8. Deutscher Krankenhaustag

Düsseldorfer Messegesellschaft mbH -NOWEA-
D-4 Düsseldorf 30, Postfach 320203, Tel. (0211) 4560-1

Bitte senden Sie
Interhospital-Informationsmaterial
Veranstaltungsprogramm

Name

Straße

Ort

auf der Jahrestagung der deutschen und österreichischen Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin vom 9. bis 11. Oktober 1975 in Gießen statt.

Die Einsendungen von Arbeiten für die Bewerbung um den E.-K.-Frey-Preis sollen bis zum 1. August 1975 bei Professor Dr. Lesch, 6300 Gießen, Zentrum für innere Medizin, eingegangen sein. Die Entscheidung des Kuratoriums über die Auswahl des Trägers des E.-K.-Frey-Preises ist endgültig; der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Sonderkuren im Rahmen des Müttergenesungswerkes

Für Mütter in besonderer Lebenssituation bietet das Müttergenesungswerk mit seinen Trägergruppen 1975 die folgenden Sonderkuren an:

- für Mütter mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen,
- für Mütter mit geistig- und körperbehinderten Kindern und Jugendlichen,
- für Mütter mit behinderten und gesunden Kindern,
- für Mütter mit körperbehinderten Kindern,
- für Mütter mit spastisch gelähmten Kindern,
- für Mütter mit blinden Kindern,
- für Mütter mit asthma- und bronchielkranken Kindern,
- für Mütter mit schwerhörigen Schulkindern,
- für Mütter von behinderten Kindern,
- für Mütter von hämophilen Kindern,
- für blinde Mütter mit Begleitperson,
- für schwerhörige und spätertaubte Mütter,
- für gehörlose Mütter,
- für psychisch kranke Mütter,
- für diabetische Mütter,
- zur Gewichtsebnahme nach ärztlicher Verordnung,
- für Mütter mit besonderen sozialen Problemen (Mütter von straffällig gewordenen Jugendlichen – Frauen und Mütter von Strafgefangenen – Mütter aus Familien mit suchtkranken Angehörigen – Spätaussiedlerinnen),
- für alleinerziehende Mütter mit gleichzeitiger Unterbringung der Kinder,
- für alleinerziehende Mütter ohne Unterbringung der Kinder, Kurmöglichkeiten für körperbehinderte Mütter in besonders geeigneten Häusern,
- Nikotinentwöhnungskur,
- Kuren mit besonderen Programmangeboten.

Ludwig-Heilmeyer-Preis ausgeschrieben

Bayer Leverkusen hat die Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Silber, verbunden mit einem Geldpreis von DM 6000,-, auch 1975 wieder für besondere wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin ausgeschrieben.

Die Medaille ist vorwiegend als Förderpreis für jüngere Wissenschaftler gedacht. Noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin (klinische, klinisch-experimentelle, therapeutische – keine tierexperimentellen – Arbeiten) können bis zum 31. Juli 1975 zur Bewerbung um die Ludwig-Heilmeyer-Medaille eingereicht werden an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin: Professor Dr. H. J. Holtmeier, geschäftsführender

Direktor des Institutes für Ernährungslehre (Ernährungsphysiologie, -pharmakologie und -toxikologie) der Universität Hohenheim, 7000 Stuttgart 70, Postfach 106. – Die eingereichten Arbeiten werden durch ein Kuratorium beurteilt. Die Verleihung der Ludwig-Heilmeyer-Medaille erfolgt anlässlich der Jahrestagung am 6. bis 8. November 1975 in Freiburg/Brsg. durch den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin, Professor Dr. Franke, Würzburg. – Der Gesellschaft gehören die überwiegende Zahl der deutschen, schweizerischen und österreichischen Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin an, aber auch eine Großzahl international anerkannter Wissenschaftler der verschiedensten europäischen Länder oder aus Amerika usw. an.

Sport – dem Herzen zuliebe

„Treib Sport – Deinem Herzen zuliebe!“ heißt eine jetzt von der Pharma-Sparte der Bayer AG herausgebrachte „Trainingsfibel für Koronarkranke und solche, die es nicht werden wollen“. Sie wurde von Professor Dr. med. W. Hollmann, Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sportmedizin Köln, in Zusammenarbeit mit Dr. R. Rost und Diplom-Sportlehrer G. Lagerstroem, Deutsche Sporthochschule Köln, zusammengestellt.

Ausgangspunkt sind die Erkenntnis und der Nachweis, daß bei vielen Koronarkranken eine richtig gewählte sportliche Betätigung wesentlich zur Verbesserung der Herzfunktion beitragen kann. Ziel der Broschüre ist es, über geeignete Sportarten (z. B. Leufen, Schwimmen, Radfahren) sowie über Häufigkeit, Intensität und Kontrolle des Trainings zu informieren und den Patienten damit zu aktiver Mitarbeit an seiner Rehabilitation anzuregen.

Die Schrift wird, um auch die nötige individuelle Beratung zu gewährleisten, ausschließlich über den behandelnden Arzt an den Patienten abgegeben.

Albert-Knoil-Preis 1975 verliehen

Professor Dr. P. E. Becker, Institut für Humangenetik der Universität Göttingen, erhielt für seine Arbeit „Myotonia congenita“ den Albert-Knoil-Preis 1975.

Dieser von der Knoil AG, Ludwigsburg, gestiftete Preis wird jährlich für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin vergeben und ist mit DM 10 000,- dotiert.

Band 34 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge der 13. Bayerischen Internistentagung in München 1973

„Vorfelduntersuchungen in der Inneren Medizin“

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

Pankreaplex[®]

stimuliert die physiologische Verdauungsleistung stabilisiert die intestinalen Funktionen **ohne** Enzym-substitution.



Schaper & Brümmer
Salzgitter – Ringelheim

Pankreaplex regt die geschwächte Enzymproduktion an und steigert die Verdauungsleistung von Magen, Darm, Leber und Pankreas.

Indikationen:

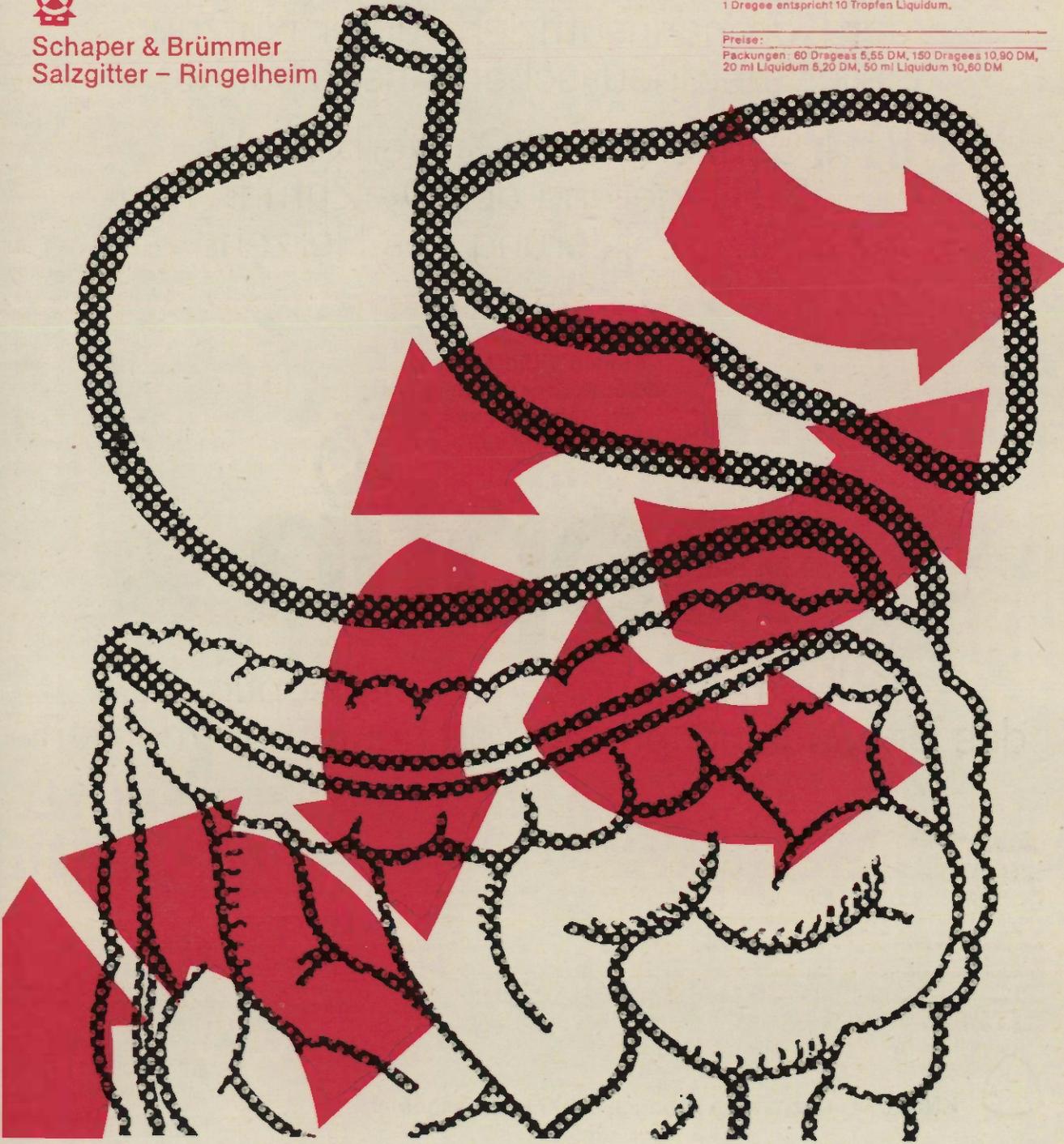
Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas
Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus,
Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, intestinale
Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung:

Percolat. 1 = 10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml,
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol.
0,5 g, Corrigenia ad 20 ml
1 Dreege entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise:

Packungen: 60 Dreeges 5,55 DM, 150 Dreeges 10,90 DM,
20 ml Liquidum 5,20 DM, 50 ml Liquidum 10,60 DM



Jedem koronarinsuffizienten Patienten
droht der Angina-pectoris-Anfall

daher

Prophylaxe durch effektvolle Behandlung
der Koronarinsuffizienz unter Nutzung
aller therapeutischen Ansatzpunkte:

1. Senkung des O₂-Verbrauchs
2. Steigerung der O₂-Zufuhr
3. Rhythmisierung des Herzens

Sie können
einen β -Blocker und
einen Koronardilatator und
ein Antiarrhythmikum
nehmen oder einfach nur

Isoptin[®]

Kalzium-Antagonismus mit Isoptin –
das Behandlungsprinzip von heute und morgen.

Indikationen

Akute und chronische Koronarinsuffizienz; Vorbeugung und Nachbehandlung des Myokardinfarktes; tachykerde Rhythmusstörungen, wie paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie, absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, Vorhofflattern mit schneller Überleitung, Extrasystolie. Bei Patienten mit chronischem Vorhofflimmern zur medikamentösen Herabführung und Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus in Kombination mit Chinidin, desgleichen zur Rezidivprophylaxe nach Elektro-Kardioversion. Prophylaxe und Therapie von kardiovaskulären Nebenwirkungen bei der Anwendung von β -Sympathomimetika zur Wehenhemmung unter gleichzeitiger Verstärkung des tokolytischen Effektes.

Zur besonderen Beachtung!

Bei manifester Herzinsuffizienz zunächst Kompensation mit Herzglykosiden. In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung des Arzneimittels – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Dosierung

Erwachsene erhalten im Regelfall je nach Indikation und Schwere der Erkrankung 1 bis 2 Dragées Isoptin 40 mg bzw. 1 Dragée Isoptin 80 mg 3 mal täglich.

Zusammensetzung

1 Dragée enthält 40 mg bzw. 80 mg ϵ -Isopropyl- α -(N-methyl-N-homoverethyl- γ -aminopropyl)-3,4-dimethoxyphenylacetoni-tril(Verapamil)-Hydrochlorid.

Handelsformen

Isoptin[®] 40 mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 10,50
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 18,15

Isoptin[®] 80 mg

20 Dragées Orig.-Pckg. DM 8,20
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 17,85



KNOLL AG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen

Buchbesprechungen

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sechkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47 - 274.

1. AEBI: Das normalbegabte zerebral bewegungsgestörte Kind
2. ARLT: Die Entwicklung des Kindes in den ersten 10 Lebensjahren (Säuglings- und Kinderkrankheiten)
3. BATTEGAY/RAUCHFLEISCH: Medizinische Psychologie (Eine Einführung)
4. BEESE: Der Neurotiker und die Gesellschaft (Entstehungsbedingungen und Heilungschancen)
5. BOHM/WÄDENSWIL: Der Rohrschach-Test
6. BOLLIER: Resenbiologie Mitteleuropas
7. BROSER: Topische und klinische Diagnostik neurologischer Krankheiten
8. DONATH: Lehrbuch der Inneren Medizin (für Krankenschwestern und Krankenpfleger)
9. FLACKUS/FINK: Meditationen (Vier musikalische Interpretationen – Longspielplatte)
10. FRAUCHIGER: Aut Spuren des Geistes
11. GEDICKE: Sozialhygiene Band 3 (aus Luchterhand Arbeitsmittel)
12. GÖTZ: Die biologischen Funktionen der Frau und ihre Störungen (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
13. GREUER: Taschenbuch der Antibiotika-Therapie
14. GREUER: Taschenbuch der Dermatika-Therapie
15. HAIDER: Leitfaden der Umwelthygiene
16. HEESSEN W. / ARNOLD / FUCHS / D. HEESSEN / LOHMANN / MIES / NETZ / RÜDIGER / SCHMITTINGER: Was gibt es Neues in der Medizin?
17. HENKEL: Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes im Säuglings- und Kindesalter
18. HOCHREIN / BECK / HELWING / KRÄMER / LEHMANN / WOLF: Klinische Elektrokardiographie für die Praxis (Grundlagen und Beispiele)
19. HOLZNER: Pathologie des Menschen (Spezielle Pathologie, Band 2 und 3)
20. HUFFMAN: Gynäkologie des Kindes
21. IMLER/SZÁM: Neue Erkenntnisse zum Ammoniakstoffwechsel (Pathophysiologie – Klinik – Therapie; deutsch, englisch, französisch)
22. KADEN: Ratgeber für Augenkranke
23. KAROBATH/BUCHSTALLER: Physikalische Krankenerforschung
24. KIENLE: Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft (Eine kritische Untersuchung)
25. KLÜKEN: Aktuelle Angiologie
26. KRAMER: Diät leben – verständlich gemacht (Ernährung und Lebensweise im Dienst der Gesundheit)

27. KRAUTWALD: Arzneimittel-Kodex
28. LÄPPLE: Protit durch Krankheit? (Das Gesundheitswesen aus Arbeitnehmersicht)
29. LINDNER: Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie
30. LOOGEN/CREDNER: Gefäßerkrankungen
31. LUBAN-PLOZZA: Praxis der Balint-Gruppen (Beziehungsdiagnostik und Therapie)
32. MEYER-BURG / HÄRING / HENNING / LINDLAR / ZIEGLER / PALME / SCHLUNGBAUM: Die kranke Gallenblase
33. MÖSSINGER: Der praktische Arzt als Fachmann für Erfahrung und Beobachtung (Neue Denkansätze für die Allgemeinmedizin)
34. NDSÉ: Die künstliche Niere (Ein Leitaden für Ärzte, Krankenpflegepersonal und Patienten)
35. OSTADAL: Biopsie und Punktion
36. RECHENBERGER: Kurzpsychotherapie in der ärztlichen Praxis
37. RIPPANN: Die ehfremde künstliche Befruchtung der Frau
38. RITTER: Samuel Hahnemann (Sein Leben und Werk in neuer Sicht)
39. SCHALLE: Die Kneipp-Kur (Die Kur der Erfolge)
40. SCHMIDT-MATTHIESEN: Prä-, intra- und postoperative Maßnahmen in Gynäkologie und Geburtshilfe (Ein Ratgeber für die klinische Praxis)
41. STRIK: Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems und ihre Behandlung
42. THOMAE: Einführung in die Vektorelektrokardiographie
43. WIECK/VALENTIN/SPECHT: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
44. WUNDERLI: Euthanasie oder Über die Würde des Sterbens (Ein Beitrag zur Diskussion)
45. Zur Reform des Gesundheitswesens (Schriftenreihe des Marburger Bundes – Band 6)

Biographische Enzyklopädie der Naturwissenschaften und der Technik

Verf.: Iseac Asimov, 640 S., 1151 Biographien mit 246 Bildporträts, Leinen mit Schuber, DM 118,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses vielseitige Nachschlagewerk bietet einen chronologisch aufgebauten Gesamtüberblick über die Entwicklung der Mathematik, Astronomie, Physik, Chemie, Biologie, Medizin und über den damit verbundenen Fortschritt der Technik von der Antike bis zur Gegenwart. Das Werk des russisch-amerikanischen Biochemikers Asimov wurde von einem Team deutscher Fachwissenschaftler aus dem Englischen nicht nur einfach übersetzt, sondern überarbeitet und ergänzt. Es bietet 1151 biographische Artikel, zum Teil mit Porträts. Die Artikel über bedeutende Gelehrte, Philosophen, Entdecker usw. sind chronologisch, nicht alphabetisch geordnet und von 1 bis 1151 durchnummeriert. Innerhalb der Biographien finden sich sehr oft Kreuzverweise eingefügt, die wiederum auf die Nummern anderer Biographien verweisen. Ein umfassendes Sachregister mit über 3000 Sachbegriffen schließt das Werk noch einmal auf, so daß es vom Sachregister aus möglich ist, z. B. eine größere Anzahl

von Biographien über einen bestimmten Sachverhalt nachzulesen. Deren Studium setzt den Leser nun wiederum Instande, einen recht guten Überblick über das eine oder andere Sechgebiet zu gewinnen.

Man findet so die Lebensdaten, die Erkenntnisse und Erfindungen geradezu aller wichtigen und berühmten Mathematiker, Physiker, Chemiker, Naturphilosophen, Mediziner, Biologen und Techniker aus fünf Jahrtausenden, angefangen bei Imhotep, Theios, Pythagoras, Heraklit, Sokrates, Platon, alte arabische und spanische Gelehrte, über Gutenberg, dem Erfinder der Buchdruckerkunst, den französischen Philosophen Pascal, den deutschen Chemiker Emil Fischer, der 1902 den Nobelpreis erhielt, den amerikanischen Flieger Charles Lindbergh, Sigmund Freud bis schließlich zuletzt zu den Astronauten Armstrong und Gegerin und als letzten Karl Sagen, dem es 1963 gelang, das Adenosintriphosphat herzustellen, das bei allen Stoffwechselreaktionen, die Energie verbrauchen, die notwendige Energie liefert.

Das Werk repräsentiert eine hohe Zuverlässigkeit und Brauchbarkeit. Es verbindet die Vorteile einer biographischen Enzyklopädie mit denen eines praktischen Nachschlagewerkes und kann zur Anschaffung sehr empfohlen werden.

Dr. S. Maier, Regensburg

Die Arznelpolizei

Verf.: H. J. Cremer, 140 S., Leinen, DM 18,—. Econ Verlag GmbH, Düsseldorf-Wien.

So umstritten das beabsichtigte neue Arzneimittelgesetz in der Bundesrepublik Deutschland ist, so sehr ist auch die FDA (Food and Drug Administration) in den USA einer Kritik ausgesetzt. Vor allem wurde gegen einen überstiegenen Perfektionismus der gesetzlichen Bestimmungen Sturm gelehnt. Denn diese bereiten der praktischen Durchführung erhebliche Schwierigkeiten, führen unter anderem zu einer unliebsamen Verzögerung der Arzneimittelherstellung und bedingen nicht zuletzt auch einen erheblichen Kostenaufwand. So sind im Rechnungsjahr 1973/74 nur für die Tätigkeit der FDA allein 66 Millionen Dollar veranschlagt.

Da die Arzneimittelbestimmungen in der EWG weitgehend an die der FDA angelehnt sind, so ist dies mehr oder minder auch für das neue Arzneimittelgesetz in der BRD zu erwarten. Dabei mag offen bleiben, welche Bestimmungen eine Abschwächung und welche möglicherweise sogar eine Verschärfung erfahren werden.

Das vorliegende Buch gibt auf 134 Seiten und einem Quellenverzeichnis mit 79, meist amerikanischen Literaturangaben, einen ausgezeichneten kritischen Überblick über die Problematik des amerikanischen Arzneimittelgesetzes und der FDA-Arbeit. Es beginnt dabei mit einem von Professor Dr. Walter Modell verfaßten „Requiem für die FDA“, zieht in der Schlußbemerkung das Fazit, daß diese Organisation ihren Auftrag „für absolut sichere und wirksame Arzneimittel zu sorgen“ nicht erfüllt habe und gibt für die Zukunft einen kritischen Ausblick.

Das Buch ist für die in der pharmazeutischen Industrie tätigen Kollegen unentbehrlich. Darüber hinaus kann es nicht nur den ärztlichen Ständesorganisationen, sondern auch allen Kollegen wärmstens empfohlen werden, die sich in ihrem therapeutischen Wirken von den Entwürfen zur Reform des Arzneimittelrechts tangiert fühlen oder die zu diesen, aus welchen Gründen auch immer, Stellung zu nehmen beabsichtigen.

Dr. Dr. W. Gutensohn, München

Metemusik

Verf.: Dr. Marie-Luise Fuhrmeister/Prof. Dr. Eckart Wiesenhütter, 88 S., kart., DM 22,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Die Beziehungen zwischen Musik und Medizin sind alt, wahrscheinlich so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Schon die Ärzte in der Antike haben in der Musik ein Mittel gesehen, den kranken Menschen zu helfen.

Die Verfasser des nicht sehr umfangreichen Büchleins haben diese therapeutischen Verbindungen von Musik und Medizin nur am Rande gestreift und die gegenseitigen Beziehungen nur in dem Zusammenhang untersucht, wie bestimmte zeitgenössische Werke vegetative oder psychische Veränderungen im Krankheitsgeschehen beeinflussen.

Einer der Autoren (Wiesenhütter) prägt für diese neuen Formen der Musik, die zu den bisherigen Ausdrucksmitteln von Ton, Klang und Rhythmus im umfangreichen Maße Geräusche und andere Effekte verwenden, den Ausdruck Metemusik.

Angeregt durch Studien anderer Autoren über die Beeinflussung der vegetativen Tonuslage durch akustische Reize und die Wirkungen des Lärms und der Geräusche, haben die Autoren eine großangelegte Untersuchung an drei größeren Kulturorchestern durchgeführt, die in sehr verschiedenem Umfang zeitgenössische Musik zu Gehör bringen, wobei unter zeitgenössischer Musik nicht die Werke der modernen Klassik (Hindemith, Schönberg, Strawinsky), sondern die lebenden Komponisten wie Stockhausen, Boulez, Penderecki, Ligeti gemeint sind.

Die Verfasser haben nach eingehenden Studien und Erfahrungen des medizinisch-psychologische Explorationsverfahren als beste Untersuchungsmethode erkannt und in der Form eines sogenannten „weichen Interviews“ durchgeführt. Dabei war für sich selbst sprechend, daß bei dem völlig freiwilligen Verfahren beispielsweise bei einem 108 Mann starken Orchester nur zwei diese Exploration abgelehnt haben. Anhand dieser Aussprachen zusammen mit dem vorhandenen ärztlichen Befund haben die Verfasser eine Reihe interessanter Zusammenhänge aufgedeckt.

So fanden die Autoren, daß die Erkrankungen des Herzkreislaufsystems mindestens eine gleichwertige Rolle gegenüber den klassischen Berufskrankheiten der Musiker, denen des Stütz- und Bewegungsapparates, sowie den instrumentenbedingten Beschwerden spielen.

Auffallend war das neue Ergebnis, daß intestinale Beschwerden einen erstaunlich hohen Anteil an den registrierten Erkrankungen einnehmen, wobei Orchester A mit vorwiegend zeitgenössischer Musik dreimal so stark betroffen war wie das Vergleichsorchester C, das nur Konzert-, Opern- und Operettenmusik zu Gehör brachte. Außer den eben erwähnten neuen Aspekten ähnlicher Untersuchungen wird von den Verfassern anhand von über zwei Dutzend Tabellen das umfangreiche Material nach allen Richtungen statistisch gesichtet und in Relation gebracht. Auf die Einzelheiten kann in einer kurzen Besprechung nicht eingegangen werden.

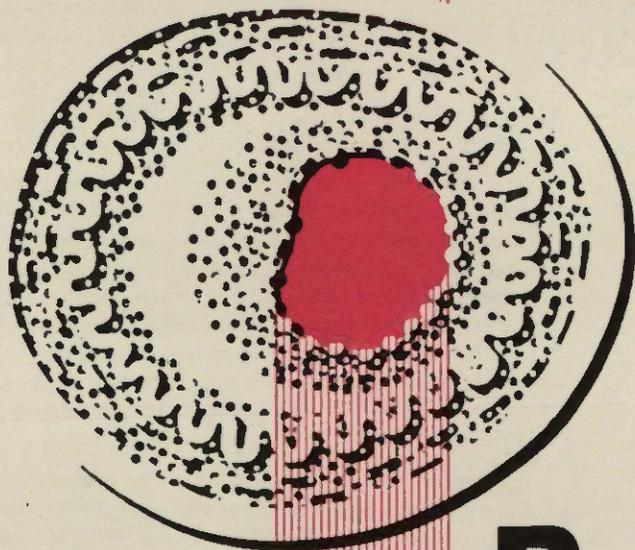
Die wichtigste Aufgabe dieser Untersuchung war die Beantwortung der Fragestellung, wie sich zeitgenössische Musik im oben definierten Sinne auf den psychophysischen Gesundheitszustand von Orchestermusikern auswirkt. Als Nebenresultat ergab sich dabei die Nichtanwendbarkeit zeitgenössischer Musik in der sogenannten Musiktherapie.

Dies schloß den Bogen der interessanten Schritte, die lesenswert für jeden Mediziner ist, je geradezu unentbehrlich für denjenigen Arzt ist, der Musiker zu seinen Patienten zählt.

Dr. S. Kager, Nürnberg

Risikofaktoren erkennen und behandeln

Lipide senken



Atherosklerose
begegnen

Durchblutung
steigern

Persantinat®

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:

2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-
pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg
 α -(p-Chlor-phenoxy)- α -methyl-propionsäure-
äthylester [Clofibrat] 500 mg

Anwendungsgebiete

Zur Senkung erhöhter Blutfette bei primären und sekundären Hyperlipoproteinämien; vorwiegend bei arteriosklerotisch bedingten Durchblutungsstörungen, speziell bei Koronarteriose.

Dosierung und Anwendungsweise

Je nach Schwere des Zustandes beträgt die durchschnittliche Tagesdosis 3x1 Kapsel nach den Mahlzeiten. Bei empfindlichen Patienten empfiehlt sich ein Behandlungsbeginn mit täglich 2x1 Kapsel und nach 8 bis 10 Tagen Steigerung auf 3x1. Umgekehrt kann bei Dauerbehandlung und Kontrolle der Blutfette eine Reduktion von 3x1 auf 2x1 Kapsel täglich versucht werden.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Sowohl Clofibrat als auch Persantin sind im allgemeinen gut verträglich. Bei empfindlichen Patienten können gastrointestinale Störungen und Kopfschmerzen auftreten. Gelegentlich treten nach Persantinat ebenso wie nach Clofibrat allein vorübergehende Erhöhungen der Transaminasen auf. Bleiben sie länger bestehen, sollte das Präparat abgesetzt werden.

Unverträglichkeiten und Risiken

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei schweren Leberfunktionsstörungen, schweren Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit.

Besondere Hinweise

Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Clofibrat verstärkt werden. Bei Patienten, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt werden, sollten daher in den ersten Tagen der gemeinsamen Verabreichung mit Persantinat die Gerinnungswerte überprüft und bei entsprechendem Abfall die Antikoagulantien niedriger dosiert werden.

Die gleichzeitige Einnahme von Persantinat zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Kinder sollten kein Persantinat erhalten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 50 Kapseln DM 25,20
Originalpackung mit 100 Kapseln DM 43,30
Klinikpackung

Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Infarktrisiko mindern

Thomae

Vorgeburtliche Diagnostik von Erbkrankheiten

Verf.: Dieter Orywall, 136 S., 31 Abb., 2 Tab., Taschenbuch, DM 13,—. Wilhelm Goldmann Verlag, München.

Im Hinblick auf die aktuelle Diskussion um den § 218 StGB stellt dieses Buch eine umfassende und sechgerechte Information darüber dar, wie kindliche Anomalien bereits vorgeburtlich festgestellt bzw. ausgeschlossen werden können.

Der Autor, bis 1973 in der Abteilung für klinische Genetik des Instituts für Anthropologie und Humangenetik der Universität Tübingen tätig, berichtet über Erkenntnisse jüngster wissenschaftlicher Forschungen, an die sich freilich manche Spekulationen geknüpft haben.

Neben den Abhandlungen über die Technik der Amniozentese und die methodischen Grundlagen der vorgeburtlichen Kerngeschlechtsbestimmung und Chromosomendiagnostik nehmen die erblichen Stoffwechselkrankheiten, soweit sie der pränatalen Erkennung heute bereits zugänglich sind, einen breiten Raum ein. Ausgegangen wird jeweils von den betreffenden Krankheitsbildern. Diese werden mit ihrer klinischen Symptomatik und gegebenenfalls mit der typischen Chromosomenaberration, vorwiegend anhand eigener Beobachtungen, vorgestellt. Von besonderer Wichtigkeit ist die gebotene Zusammenstellung über die vorgeburtliche Diagnostik von Stoffwechselkrankheiten: Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel (unter anderem Galaktosämie, Glykogenosen), Störungen im Eiweißstoffwechsel (Ahornsirupkrankheit), Störungen im Fettstoffwechsel (unter anderem Gauchersche Krankheit, Niemann-Picksche Krankheit, Fabry-Syndrom).

Nach der Erörterung über die vorgeburtliche Diagnostik aus dem mütterlichen Blut und die vorgeburtliche Diagnostik in der klinisch-genetischen Praxis werden die genetischen Beratungs- und Untersuchungsstellen, an die man sich in der BRD wenden kann, aufgeführt. Die Praxis zeigt, daß diese Institutionen, die die entsprechenden Spezialuntersuchungen durchführen können, viel zu wenig bekannt sind. Oftmals ist aber auch die mangelnde fachliche Orientiertheit der Ärzte der Grund. Die Praxis zeigt, daß wir weit mehr Institutionen bräuchten, die in der Lage sind, die eine oder andere diagnostische Methode routinemäßig anzuwenden.

Wir kennen heute eine Fülle wertvoller Methoden, können diese aber zu wenig praktisch anwenden, weil die erforderlichen Gelder für Personalstellen und Sachmittel nicht vorhanden sind. Es wäre zu hoffen und zu wünschen, daß dieses verdienstvolle Buch mit dazu beiträgt, daß neben den erforderlichen Forschungsaufgaben auch die Ausbildung von

Praktikern auf diesem Spezialgebiet so gefördert wird, daß wir in Zukunft genügend Spezialisten für die Bewältigung der noch zunehmenden Aufgaben in der klinisch-genetischen Diagnostik und Beratung finden.

Dr. S. Maier, Regensburg

Urologische Zytologie

Verf.: Bodo Riedel, 95 S., 61 Abb., farbiger Bildanhang, DM 38,—. Verlag Walter de Gruyter & Co, Berlin-New York.

Im vorliegenden Buch bringt der Autor einen vollständigen Überblick über die Gewinnung, Aufbereitung und zytologische Auswertung von Zellmaterial, das entweder aus dem Urin, aus Aspierten oder aus dem Inneren der Prostata entnommen wurde. Das Buch ist in hohem Maße auf die Praxis ausgerichtet. So werden viele praktische Details erwähnt, die man sonst nur auf mündlichem Weg „überliefert“ bekommt, wie z. B. Beschriftung der Objektträger mit Schreibdiamanten. Die Technik der Prostatapunktion nach Frenzen wird ausführlich und übersichtlich beschrieben.

Bei der Beurteilung der Ausstriche wird großer Wert auf die Differentialdiagnose gelegt, wobei ausdrücklich auf Fehlermöglichkeiten hingewiesen wird, z. B. auf Veränderungen in Zellen durch Einwirkung des Urins. Die reichlichen schwarzweißen Fotografien sind oft als Handzeichen erklärt, so daß das Wesentliche durch Schematisierung klar vor Auge geführt wird. Im Anhang befinden sich dann noch einige Farbdrucke, die typische Bilder zeigen.

Der Text selbst ist flüssig geschrieben, einige Fußnoten weisen auf Literaturstellen hin. Entsprechend dem praktischen Charakter sind diese Anmerkungen allerdings nur vereinzelt. Manche Sätze sind fettgedruckt, wodurch der Autor wohl eine Betonung erreichen will. Es handelt sich um allgemein gehaltene Aussprüche wie: „Das gewaltsame Abziehen der Deckgläschen führt zu Verletzungen der Ausstriche (S. 19)“; meines Erachtens besteht hier schon vom Sinn her eine Hervorhebung, die eines Fettdruckes nicht bedarf.

Das vorliegende Werk ist Pathologen und Zytologie-Assistentinnen zu empfehlen; es enthält eine Menge Einzelheiten, die aber darüber hinaus für jeden Urologen, Internisten, Chirurgen oder praktischen Arzt von Wichtigkeit sind, da auch die tachmännische Entnahme und Aufbereitung für die spätere sichere Beurteilung wesentlich sind.

Dr. M. Hausel, Amberg



Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Kongreßkalender

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

Junii 1975

- 1.-14. **Grado:** XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer - Lehrgang für praktische Medizin. - Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
- 2.-6. **Bonn-Bad Godasberg:** 25. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. zusammen mit dem 1. Internationalen Kongreß für öffentliches Gesundheitswesen. - Auskunft: Oberrnadinatzinalrat Dr. A. Böhm, 8031 Neusting, Edisonweg 4.
- 2.-14. **Langeoog:** XXIII. Fortbildungskurs für praktische Medizin. - Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3000 Hannover, Berliner Allee 20.
- 3.-6. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz. - Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 4.-7. **Göttingen:** XIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. - Auskunft: Prof. Dr. F. Specht, 3400 Göttingen, v.-Siebold-Straße 5.
- 6.-7. **Bad Auensee:** 21. Ausseer Symposion. - Auskunft: Prof. Dr. Rosenkranz, A-8010 Graz, Universitätsplatz 4.
- 8.-7. **Höhenried:** Ergometrie-Wochenende. - Auskunft: Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
7. **Coburg:** B. Gemeinsame Veranstaltung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfranken. - Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Coburg, 8630 Coburg, Am Viktoriaibrunnen 1.
- 7.-8. **Landshut:** Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. - Auskunft: Dr. H. Lössl, Direktor der Städtischen Krankenanstalten, 8300 Landshut.
- 8.-12. **Florenz:** Internationaler Kongreß für Nephrologie. - Auskunft: V. Bonomini, S. Orsola University Hospital, via Massarenti 9, I-40148 Bologna.
- 8.-22. **Westerland:** 16. Seminar für ärztliche Fortbildung Westerland 1975. - Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oiesloe, Hude 1.
- 9.-12. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. - Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstr. 1.

(Fortsetzung Seite 400)

COROVERLAN®

...wenn
die Pumpleistung
nachläßt



Feuerlöschpumpe
von 1880
Stadt,
Branddirektion
München

Zusammensetzung:

1 ml (= 25 Tropfen) enthält:
Magnesium-L-asparagin, hydrochlor. (entspr. 13,5 mg Mg) 147 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Cretaegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxypropyl)-theophyllin, 50 mg.

1 Dragée enthält:

Magnesium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg Mg) 200 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Cretaegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxyethyl)-theophyllin, 50 mg.

Indikationen:

Präinsuffizientes Altersherz, Myodegenerationis cordis, Kardiosklerose, Rhythmusstörungen, wie z. B. Herzstolpern, Extrasystolen, Tachykardie, paroxysmale Tachykardie, Kombinationsbehandlung mit Herzglykosiden.

Kontraindikationen:

Ausscheidungshemmung von Elektrolyten bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.

Dosierung:

3mal täglich 20-30 Tropfen bzw. 1 Dragée unzerkaut vor den Mahlzeiten einnehmen. Erhaltungstherapie: 3mal täglich 15-20 Tropfen oder 2mal täglich 20 Tropfen bzw. 1 Dragée.

Handelsformen:

30 Dragées DM 5,25
100 Dragées DM 13,30
25 ml Tropfen DM 5,25
100 ml Tropfen DM 16,30

Verle-Pharm, Arzneimittelabrik,
8132 Tutzing / Oberbayern



COROVERLAN®

steigert und normalisiert die Förderleistung
des Herzens durch
Regeneration des Myokardstoffwechsels

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1975 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach wurden im Februar wieder häufiger gemeldet, nachdem im Januar ihre Zahl zurückgegangen war. Die Erkrankungsziffer stieg von 65 auf 76 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Etwa gleich häufig wie im Vormonat erkrankten Menschen an übertragbarer Hirn-

hautentzündung, etwas mehr an der durch Meningokokken verursachten Form, etwas weniger an sonstigen Formen.

Deutlich stieg im Februar die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darment-

zündung); von 100 000 Einwohnern erkrankten 41 gegenüber 25 im Januar (auf ein Jahr umgerechnet). Geringfügig sank im gleichen Zeitraum die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung), nämlich von 25 auf 24, je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. Februar bis 1. März 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4				5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderfäulnis		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa		Botulismus					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose	übrige Formen						
	E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	271	-	-	-	12	-	16	1	-	-	1	-	-	-	4	-	117	-	-	-	-	-	-	-
Niederbayern	1	-	43	-	-	-	5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	33	-	-	-	4	-	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	114	1	-	-	-	-	-	-
Oberfranken	2	-	68	-	-	-	5	1	12	-	-	-	-	-	-	-	1	-	15	-	-	-	-	3	-	-
Mittelfranken	-	-	103	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	54	-	-	-	-	2	-	-
Unterfranken	-	-	37	-	-	-	2	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	78	-	-	-	8	2	3	1	-	-	1	-	-	-	1	-	17	-	4	-	1	-	-	-
Bayern	3	-	633	-	-	-	37	4	51	4	-	-	2	-	-	-	7	-	340	1	4	-	6	-	-	-
München	-	-	117	-	-	-	4	-	2	1	-	-	-	-	-	-	4	-	60	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	27	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	1	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose		Tularämie		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf														Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
			Palta-koae	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	69	2	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Niederbayern	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	24	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Oberfranken	23	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfranken	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	10	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Schwaben	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bayern	197	2	-	-	2	-	3	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
München	36	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

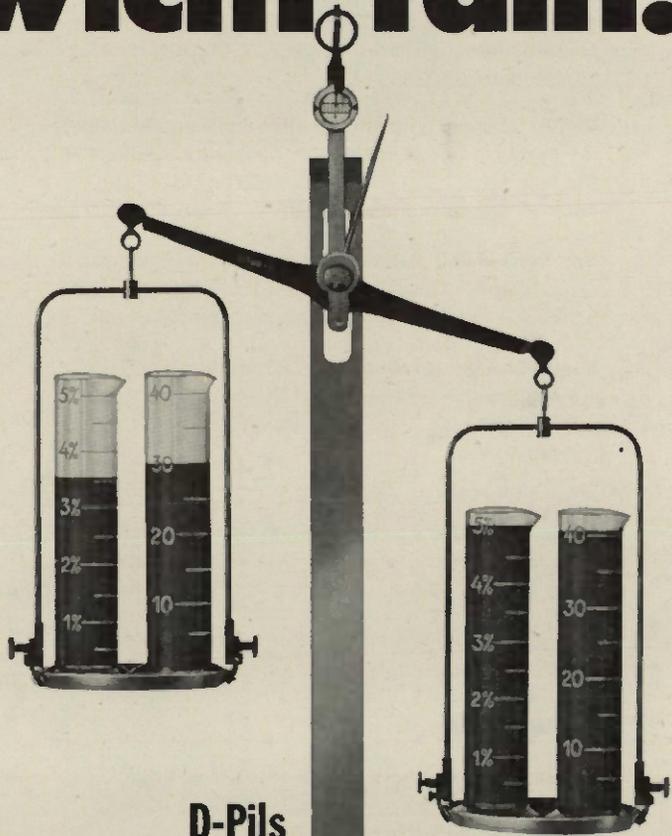
*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Der Unterschied, der ins Gewicht fällt.



D-Pils

hat normalen Alkoholgehalt,
also weniger Alkohol als alle
anderen Diät-Vollbiere:

3,6% ALKOHOL

D-Pils hat weniger Kalorien als
alle anderen Diät-Vollbiere:

30 KALORIEN

in 100 g

andere Diät-Vollbiere:

ca. 5% ALKOHOL

(fast wie Bockbier)

ca. 41 KALORIEN

in 100 g

D-Pils hat wenig belastende
Kohlenhydrate: 0,75 g in 100 g.

D-Pils ist das einzige
alkohol-reduzierte
Diätbier.

D-Pils wird gebraut
von den Brauereien:
Holsten, Hamburg
Wicküler, Wuppertal
Schultheis, Weißenthurm
Schlossquell, Heidelberg
Spaten, München

D Diät-Pils Biergenuß nach Maß

- 9.-13. **Lindau:** 25. Nobelpreisträger-Tagung der Mediziner. — Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger in Lindau, 8990 Lindau, Postfach 1325.
- 9.-13. **Wien:** 7. Internationaler Fortbildungskurs für klinische Anästhesiologie. — Auskunft: Prof. Dr. O. Mayrhofer, A-1090 Wien, Spittelgasse 23.
- 10.-13. **Düsseldorf:** 8. Deutscher Krankenhaustag in Verbindung mit der Internationalen Krankenhausausstellung Interhospital 75. — Auskunft: Düsseldorfer Messegesellschaft mbH, NOWEA, 4000 Düsseldorf 30, Postfach 32 02 03.
- 13.-14. **Berlin:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Fertilität und Sterilität. — Auskunft: Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin, 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 30.
- 13.-15. **Bad Reichenhall:** 8. Bad Reichenhaller Kolloquium. — Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Str. 9.
- 14.-15. **Baden-Baden:** 3. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: 3. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin, 6350 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 1.
- 15.-18. **Garmisch-Partenkirchen:** Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands. — Auskunft: Bundesverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., 5000 Köln 80, Elisabeth-Breuer-Str. 5.
- 16.-18. **Montpellier:** 17. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Toxikologie. — Auskunft: Prof. M. Brunaud, Centre de Recherches Clin-Midy, B.P. 3001, F-34 082 Montpellier.
- 16.-21. **Höhenried:** Seminar über Präventiv-Kardiologie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurestraße 16.
- 16.-28. **Langeoog:** Sportärzte Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwarz, Institut für Leibesübungen, 3400 Göttingen, Sprangerweg 2.
- 18.-21. **München:** VIII. Akademische Tagung deutsch-sprechender Hochschullehrer in der Gynäkologie und Geburtshilfe. — Auskunft: Prof. Dr. Zander, 8000 München 2, Maistreße 11.
- 19.-21. **Berlin:** 7. Internationales Symposium über Epilepsie. — Auskunft: Kurt Fleischmann & Associates, 164 North Gower Street, GB-London NW 1 2 ND.
- 19.-21. **Zürich:** 11. Internationaler Kongreß für Notfallchirurgie. — Auskunft: Dr. W. Glänz, Chirurgische Universitätsklinik B, Kantonsspital, CH-8006 Zürich.
- 20.-21. **Kiel:** 16. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strehlenschutzärzte. — Auskunft: Prof. Dr. H. Gremmel, 2300 Kiel, Arnold-Heller-Straße 9.
- 20.-22. **Kassel:** 16. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, 6350 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 1.
21. **Erlangen:** 8. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“. — Auskunft: Sekretariat des Instituts und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 21.-22. **Erlangen:** Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. — Auskunft: Professor Dr. E. Schreck, Augenklinik der Universität, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27.
- 26.-29. **Augsburg:** IV. Zentralkongreß für die medizinischen Assistenzberufe. — Auskunft: Zentrum für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 27.-28. **Erlangen:** Internationales Symposium über spinale raumfordernde Prozesse. — Auskunft: B. Heerklotz, Universitäts-Nervenklinik, 8520 Erlangen, Schwabachanlage 10.
28. **Gaißach:** 6. Fortbildungstagung der LVA Oberbayern. — Auskunft: Professor Dr. P. Ch. Schmid, Kinderkrankenhaus Gaißach, 8171 Gaißach.
- 28.-29. **Hennef:** Sportärzte-Wochenendkurs. — Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
30. 6.- 5. 7. **Wien:** 5. Kongreß der Union der Europäischen Pädopsychiater. — Auskunft: Dr. F. Poustka, Wiener Medizinische Akademie, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte beigelegt von den Firmen **Benechemie GmbH, München** **Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach** Außerdem ist einer Teileufgabe ein Prospekt beigelegt der Firma **Zettler GmbH, München**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurestraße 16, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordaur — 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. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-pres. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Schar-schinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dechau. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie 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 beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern sucht für die **Untersuchungsstelle** und den **Dbergutachterdienst** in München

Allgemein- und Fachärzte für Innere Medizin

Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmaßnahmen, ferner Stellungnahmen für die Verweitung.

Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

Vergütung:

Bezahlung nach BAT 1b/1a bzw. bei Übernahme in das Beamtenverhältnis BesGr. A 14/ A 15 (Obermedizinalrat bzw. Medizinaldirektor). Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben.

Ausübung einer Privatpraxis ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Oberbayern
Ärztlicher Dienst, z. H. Abt.-Dir. Dr. Deckstein
8000 München 83, Thomas-Dehler-Straße 3
Telefon (089) 67 81 21 33

ALLGÄU

Stadtkrankenhaus 8940 Memmingen

Am 1. Mai 1975 beziehen wir den ersten Abschnitt eines Neubaus mit einer völlig neuen Operationsabteilung. Für die Anästhesieabteilung wird deshalb zum frühestmöglichen Zeitpunkt ein

Oberarzt/Oberärztin

(Fach- oder Assistenzarzt im letzten Weiterbildungsjahr)

gesucht. Die Anästhesieabteilung betreut die operativen Fächer (Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Augen, Orthopädie) sowie eine nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtete Intensivüberwachung.

Das Haus umfaßt bis Ende des Jahres mit Fertigstellung des Erweiterungsbaues 420 Betten, davon sind rund 300 operative Betten.

Nachgeordnete Mitarbeiter sind ausreichend vorhanden. Die Vergütung erfolgt nach den heute üblichen Richtlinien. Sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes werden gewährt.

Bewerbungen oder Rückfragen werden erbeten an Frau Dr. Sundergeid-Cherlet, Chefarztin für Anästhesie, oder an den Ärztlichen Direktor Dr. Perhofer, Chefarzt für Chirurgie, Stadtkrankenhaus 8940 Memmingen, Bismarckstraße 23, Telefon (08331) 87055.

Elisabeth Krankenhaus GmbH Straubing (650 Betten, neun Fachabteilungen)

sucht für die 1. medizinische Abteilung (Chefarzt Dr. med. F. Bockmeyer) für 100 Betten mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen sowie Infektionsabteilung

1 Oberarzt

Facharzt für Innere Medizin mit besonderen Kenntnissen in Gastroenterologie, bei Qualifikation Chefarztvertretung;

außerdem

3 Assistenzärzte/-ärztinnen

die Interesse für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen haben.

Geboten wird für Oberarzt: AVR = BAT 1a, Chefarztzulage, zusätzliche Oberarztzulage, Bereitschaftsdienstvergütung, Gutachterfähigkeit, zusätzliche Altersversorgung;

für Assistenzärzte: AVR = BAT Gruppe 2 oder 1b, je nach Vorbildung in Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, Bereitschaftsdienstvergütung, Beteiligung an Gutachten, Beihilfeberechtigung, Chefarztzulage je nach Aus- und Weiterbildungsstand.

Straubing, mit großem Einzugsgebiet des Bayerischen Waldes hat als Oberzentrum eine weitführenden Schulen am Ort, außerdem die Nähe der Universität Regensburg. Außerdem garantiert hohen Freizeitwert mit Winter- und Sommersportmöglichkeiten.

Bei der Wohnungssuche ist die Verwaltung jederzeit behilflich.

Bewerbungsunterlagen mit Zeugnissen, Lebenslauf und Nachweis der bisherigen Tätigkeit erbeten an Elisabeth Krankenhaus GmbH Straubing, 8440 Straubing, St.-Elisabeth-Straße 23, Telefon (09421) 7021 oder an Chefarzt Dr. Bockmeyer, 8440 Straubing, Elisabeth Krankenhaus.

Beim Kreis Krankenhaus in Mering, Landkreis Aichach-Friedberg, soll nach einer gründlichen Um- und Erweiterungsmaßnahme eine Hauptfachabteilung für

Innere Medizin

mit 60 Betten eingerichtet werden.

Der Landkreis Aichach-Friedberg sucht daher für diese Hauptfachabteilung einen

Facharzt für Innere Medizin als Chefarzt

mit umfassender klinischer Erfahrung im Bereich der inneren Medizin, besonders in der Endoskopie (Laparoskopie, Gastroskopie) und Kenntnisse in der modernen klinisch-chemischen Diagnostik. Gute diagnostische Einrichtungen mit neuer moderner Röntgenanlage, klinischem Labor, EKG usw. sind vorhanden. Geboten werden: Ein privatrechtlicher Dienstvertrag mit Bezahlung nach BAT, Liquidationsrecht im stationären Bereich (Wahlleistung) sowie in der ambulanten Praxis.

Der Landkreis ist bei der Zulassung zur Oberweisungspraxis behilflich.

Mering ist ein Markt mit 7700 Einwohnern, in der Nähe der Universitätsstadt Augsburg, sehr verkehrsgünstig an der Bahnlinie Augsburg-München gelegen. Sämtliche Schulen sind in Augsburg, eine neue Realschule ist am Ort vorhanden.

Fachlich qualifizierte Herren bitten wir um Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen wie tabellarischem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisschriften an das Personalreferat des Landratsamtes Aichach-Friedberg, 8890 Aichach, Schloßplatz 7.

Für unsere neu erbaute und modern eingerichtete

Neurologische Abteilung des Nervenkrankenhauses Kaufbeuren

suchen wir baldmöglichst einen neurologisch Interessierten

Assistenzarzt (-ärztin)

Die Abteilung umfaßt rund 80 Betten und ist zur Behandlung der akut neurologischen Fälle mit großem Einzugsgebiet eingerichtet.

Der leitende Arzt ist zur Facharztweiterbildung ermächtigt.

An diagnostischen Methoden stehen Angiographie, EEG, EMG und Hirnszintigraphie zur Verfügung. Die Abteilung verfügt über gute physikalisch-therapeutische Einrichtungen.

Geboten werden weiterhin sämtliche im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen mit Bereitschaftsdienstvergütung, Nebeneinnahmen durch Gutachten, verbilligte Verpflegung und Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Kaufbeuren mit über 40 000 Einwohnern liegt im reizvollen Voralpenland, überaus verkehrsgünstig zwischen München, der Alpenregion und dem Bodensee. Es verfügt über alle Schulgattungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an **Nervenkrankenhaus, 8950 Kaufbeuren, Postfach 401.**

Der Landkreis Rottal-Inn

sucht für das Kreiskrankenhaus Arnstorf mit 65 chirurgischen Planbetten und 20 Belegbetten zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens zum 1. Juni 1975

1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung.

Die Anstellungsbedingungen regeln sich nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes. Geregelte Arbeitszeit, Bereitschaftsdienst- und Rufbereitschaftsdienstvergütung. Alle Vorzüge des öffentlichen Dienstes.

Persönliche Vorstellung erwünscht beim Chefarzt des Kreiskrankenhauses, Dr. Guido Zierl, Telefon (087 23) 511 (Krankenhaus) oder (087 23) 13 04 (privat).

Bewerbungen sind erbeten an das **Landratsamt Rottal-Inn - Personalabteilung - 8340 Pfarrkirchen, Ringstraße 4, Postfach 80, Telefon (085 61) 60 71.**

Für das Kreiskrankenhaus, 8572 Auerbach i. d. Opf., (Allgemeinkrankenhaus mit 80 Betten) wird zur sofortigen oder späteren Anstellung

1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung gesucht.

Osboten werden: geregelte Arbeitszeit, Bezahlung nach BAT mit allen tariflichen und sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes, Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst.

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

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

Kurklinik in Bayern, 300 Betten, vorwiegend Patienten mit hepatologischen, gastroenterologischen und Stoffwechselerkrankungen, sucht für sofort

1 Oberarzt

und zum 1. 8. 1975

3 Assistenzärzte

Größeres Labor, Endoskopie- und Röntgenabteilung mit BV und Fernsehen, gut geregelte Arbeitszeit.

Ermächtigung zur Weiterbildung in der Inneren Medizin für 2 Jahre, auch anrechenbar für Allgemeinmedizin. Gute Bezahlung, alle höheren Schulen am Ort.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/448 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

Die Stadt Krumbach (Schwaben) sucht

Hals-Nasen-Ohrenarzt Augenarzt

mit eventueller Belegarztstätigkeit

Das Mittelzentrum Krumbach ist eine reizvolle Gartenstadt im bayerisch-schwäbischen Voralpengebiet, hat 11 000 Einwohner und nimmt zentralörtliche Funktionen im Einzugsbereich von ca. 40 000 Einwohnern wahr.

Da die nächsten Ärzte der gesuchten Fachrichtung 30 km entfernt sind, sind hervorragende Niederlassungsmöglichkeiten gegeben. Bei der Suche nach Wohnung und Praxisräumen, gegebenenfalls auch Bauplatz, ist die Stadt in jeder Weise behilflich.

Belegbetten im Kreiskrankenhaus Krumbach (zur Zeit 240 Betten, Erweiterung in Planung) können vermittelt werden.

Krumbach besitzt zahlreiche Handels-, Gewerbe-, Industriebetriebe und ist mit allen weiterführenden Schulen ausgestattet: Realschule, Gymnasium, Berufsschule, Fachoberschule, Fachakademie. Außerdem zeichnet sich die Stadt durch ein reges kulturelles, gesellschaftliches und sportliches Leben und ihren hohen Freizeitwert aus; ein beheiztes Freibad, Hallenbad und alle Sportmöglichkeiten sind geboten.

Anfragen und Bewerbungen sind zu richten an den **1. Bürgermeister der Stadt Krumbach, Rathaus.**

Beim Kreiskrankenhaus 8420 Kelheim (Niederbayern) Landkreis Kelheim - 210 Betten - Erweiterungsbau auf ca. 328 Betten mit Funktionstrekt wird im Laufe des Jahres in Betrieb genommen, ist spätestens zum 1. 9. 1975 die Stelle des

Chefarztes

der Gynäkol.-Geburtshilf. Abteilung zu besetzen.

1972 450 Geburten	} In der Abteilung
1973 379 Geburten	
1974 354 Geburten	

Dienstvertrag nach privatrechtlichen Grundsätzen, Vergütung nach BAT, Liquidationsrecht nach § 8 B PflV, Beitrag zur Altersversorgung und übliche soziale Leistungen. Genehmigung zur Ausübung einer Sprechstundenpraxis im Krankenhaus wird vom Krankenhaus-träger erteilt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden ersbald erbeten an den **Landrat des Landkreises Kelheim, 8420 Kelheim, Schloßweg 3.**



Die Bayerische Bereitschaftspolizei

sucht für Ihre Dienst-
stelle in Königsbrunn
bei Augsburg

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 Krankheitsfalle 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 (0 89) 44 99 46.

An der Orthopädischen Klinik des Bayerischen Roten Kreuzes in Lindenlohe bei Schwandorf in Bayern werden ab sofort oder auch später

ein Oberarzt und ein Assistenzarzt

gesucht.

Die Klinik umfaßt 190 Betten. Es ist reichliche Gelegenheit zu selbständigem Arbeiten und Operieren gegeben. Große physikalische Nachbehandlungsabteilung mit Bewegungsbad und Turnsaal.

Die Bezahlung erfolgt nach den Bestimmungen des BAT, Bereitschaftsdienstzulage, zusätzliche Altersversorgung, 13. Monatsgehalt, Gutachtertätigkeit und Chefarztzulage.

Der Chefarzt ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt. Moderne Wohnung (110 qm) steht ebenfalls zur Verfügung. Alle weiterführenden Schulen befinden sich in Schwandorf. Fahrtkosten zur Vorstellung werden vergütet.

Bewerbungen bitte an die **Verwaltung der Klinik, 8480 Schwandorf/Lindenlohe, Telefon (0 94 31) 16 47**



Rötchenbach bei St. Wolfgang inmitten des Reichswaldes, vor den Toren Nürnbergs gelegen, sucht einen

Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohner z. Z. 2300, Einzugsgebiet 3000. In den Nachbarorten: Wendelstein (2 km, 6000) 2, in Feucht (3 km 12 000) 4 Praktische Ärzte. Krankenhäuser in Nürnberg (12 km) und Schwabach (13 km). Ärztlicher Notfalldienst geregelt. Kindergarten und Volksschule am Ort. Weiterführende Schulen in Feucht, Nürnberg und Schwabach. Die Gemeinde stellt Bauplatz und ist bei der Finanzierung behilflich.

Gemeinde Rötchenbach bei St. Wolfgang
Telefon (0 91 29) 2 85

Der Landkreis Dillingen a. d. Donau sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt:

a) für das Kreis Krankenhaus Höchstädt a. d. Donau (90 Betten)

1 Facharzt für Chirurgie und 1 Facharzt für Innere Medizin

als Belegärzte für die Belegabteilungen mit je 25 Betten. Das Kreis Krankenhaus Höchstädt unterhält eine weitere Belegarztabteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Höchstädt ist 7 km von der Kreisstadt Dillingen entfernt. Weiterführende Schulen sind vorhanden.

b) für das Kreis Krankenhaus Wertingen (191 Betten)

1 Facharzt für HNO

als Belegarzt.

Das Kreis Krankenhaus Wertingen verfügt über folgende Fachabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe und Gynäkologie.

Wertingen liegt 30 km nordwestlich von Augsburg; eine Autostunde von München entfernt. Realschule und Gymnasium am Ort.

Interessierte Bewerber werden gebeten, ihre Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Urkunden für Approbation und Facharztanerkennung bis spätestens 1. 6. 1975 an den **Landrat des Kreises Dillingen a. d. Donau, Große Allee 24**, zu richten. Vorstellung nur nach Aufforderung.

Am Städtischen Krankenhaus Weiden i. d. Opt.

(Schwerpunkt-Krankenhaus, 640 Betten, sechs Fachabteilungen einschließlich pathologisch-anatomischem Institut) ist für das zentrale **Strahleninstitut**

eine Assistenzarztstelle

neu zu besetzen. Weiterbildungsmöglichkeiten in der Röntgendiagnostik (einschließlich Angiographie) Strahlentherapie (einschließlich Radio-Kobalt), Radio-Isotopendiagnostik. Der Leiter des Instituts ist zur vollen radiologischen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Unterstützung seitens der Stadt Weiden hinsichtlich Wohnungsbeschaffung und Umzug. Sämtliche weiterbildende Schulen am Ort.

Vergütung nach BAT II, Nebeneinnahmen aus Bereitschaftsdienst und entsprechend dem Ausbildungsstand aus Anteilen der Chefarzt Honorare.

Bewerbungen an den
Chefarzt des Strahleninstituts, Med. Dir. Dr. Steinberger, 8480 Weiden i. d. Opt., Städtisches Krankenhaus, Bismarckstraße.

Die Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Universität Erlangen sucht zum baldmöglichsten Eintritt

Erste MTA

für das neu einzurichtende Klinische Labor.

In Zukunft enge Zusammenarbeit mit dem Zentrallabor des Universitätsklinikums. Selbständige Tätigkeit in freundlicher Atmosphäre. BAT.

Bewerbungen an den **Direktor der Klinik, 8520 Erlangen, Waldstraße 1, Telefon (0 91 31) 85-31 41**

Die Stadt Ludwigsstadt (Unterzentrum) in landschaftlich reizvoller Gegend des Frankenwaldes, mit gehobenem Freizeitwert (Hallenbad, beheiztes Freibad, Skizentrum mit Skilift usw.) – Einzugsgebiet rund 5000 Einwohner – sucht dringend einen

praktischen Arzt

Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Starthilfe möglich.

Nähere Auskunft erteilt: Stadtverwaltung, 8642 Ludwigsstadt, Telefon (0 92 63) 2 40

Nürnberg (Süd) - Ortsteil Neukatzwang

Praxiseräume in einem Apotheken-Neubau (Baubeginn April 1975) ca. 97 qm im EG und ca. 115 qm I. OG zum Jahresende 1975 zu günstigen Bedingungen zu vermieten an

Prakt. Arzt oder Facharzt

Inneneinteilungswünsche können berücksichtigt werden. Interessantes, neues Zusatz-Einzugsgebiet (Planung St. Gundekar-Werk: Bau eines Senioren-Helms, eines Altenhelms mit 280 Betten, sowie 800 Wohneinheiten in nächster Nähe.) Beste Verkehrslage und schöne Umgebung.

Zuschriften erbeten an Georg Zimmermann, 8502 Zirndorf, Postfach 1120.

Lehrstelle als

Arzthelferin

zum 1. September 1975 oder später in München oder näherer Umgebung gesucht (Qualifizierter Hauptschulabschluss).

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/443 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Anzeigenschluß

für die
Juli-Ausgabe 1975
ist am
25. Mai 1975

Praxisräume

200 qm in bester Zentrumslage in Bayreuth zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/444 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume

für Allgemeinarzt oder Facharzt in Neubau – Planänderungen noch möglich – in der BMW-Stadt Dingolfing, zentrale Lage, zu vermieten.

Zuschrift: Apotheker E. Klotz, 8312 Dingolfing, Neue Apotheke

Praxisräume

In modernem Geschäftshaus ab sofort zu vermieten.

München-Zentrum am Reichenbachplatz.

Sieben Räume, Abstellkammer, Flur und WC, insgesamt 185 qm. Keulton, keine Vermittlungsgebühr.

Adalbert Breiter oHG, 8000 München 37, Dechauer Straße 14, Telefon (0 89) 55 62 58

Wegen Todesfalles ist eine elteingeführte

internistische Fachpraxis

In Nürnberg abzugeben. Eckhaus in günstiger Lage, Perterre, 125 qm, 6 Räume, voll eingerichtet, Röntgen, EKG, Labor, Kw.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/452 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume

Im Zentrum von Miltenberg (Kreistadt) zu vermieten. Größe 115 oder 150 qm, verkehrsgünstige, stark frequentierte Lage. Bezugstermin ab 1. Dezember 1975.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/442 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Regensburg

Universitätsstadt, alle Schulen, hoher Freizeitwert, 90 qm Praxisraum in renoviertem Altbau ab September 1975 günstig zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/449 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzrhythmusstörungen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung. Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. spir. sicc. 20 mg; Extr. Scillaee spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesamtalkaloid, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkaloid); Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 25 Dreg. DM 4,40, 50 Dreg. DM 7,10, 100 Dreg. DM 12,45

Ärztemutter durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osenbrück, Postfach 1351.

SYSTEM Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Beratungsdienst*

bitte Fachrichtung angeben

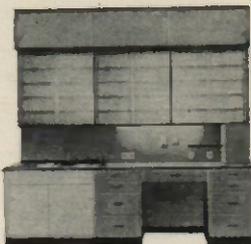
komplette Musterplanung
und schriftliches Angebot
mit den günstigen Preisen
direkt ab Spezialfabrik

Informationsmaterial kostenlos
schreiben Sie bitte direkt an

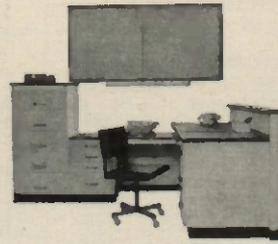
Arztform-Medizin-Zentrum

407 Rheydt, Postfach 313
oder rufen Sie Tel. 0 21 66/36 11

20 Jahre Planungs-Erfahrung und Planungs-Ideen aus vielen 1000 Arztpraxen



Funktions-Gruppe Labor DBGM



Aufbau-Beispiele für

Funktions-Gruppe Anmelde- und Kartei-Zentrale DBGM



neue Schrankwände und Raumteiler

Arztform-vario-System 3000
noch preisgünstiger - voll ausbaufähig

* nutzen Sie unseren kostenlosen Arztform-Beratungsdienst: Original-Einrichtungs-Pläne und interessante Farbfotos aus Arztpraxen jeder Fachrichtung zeigen Ihnen, wie Sie sich eine funktionsgerechte, farblich wirksame und rationelle Praxis gestalten können.

endokolat[®]

*Die große Erleichterung für
Ihren obstipierten Patienten*



*Das Kontaktlaxativum endokolat[®] regt die Peristaltik an,
ohne Schleimhautirritationen hervorzurufen.
endokolat[®] enthält keine hepatotoxischen Substanzen. Die galenische
Zubereitung schließt die intestinale Resorption der Wirksubstanz und somit
ihren Eintritt in den Leberstoffwechsel weitestgehend aus.*



Weiskopf

Zusammensetzung: 1 Dragée mit magensaftresistentem Überzug enthält 5 mg 4,4' - (2-Pyridylmethylendiphenyldiacetat (Bisacodyl))
Indikationen: Akute und chronische Obstipation verschiedener Genese. Zur Darmentleerung vor Röntgenaufnahmen und Rektoskopien.
Kontraindikation: Ileus
Anwendung und Dosierung: Bei leichter Verstopfung genügt in den meisten Fällen die abendliche Ein-

nahme von einem Dragée. Bei hartnäckiger Verstopfung kann die Dosis unbedenklich auf drei und mehr Dragées erhöht werden. Die Wirkung tritt am nächsten Morgen, etwa 10 Stunden nach der Einnahme, ein. Bei der Einnahme am Tage ist mit einem Wirkungseintritt nach etwa 5 Stunden zu rechnen. Die endokolat[®]-Dragées sind unzerkaut mit oder ohne Flüssigkeit einzunehmen.

Zur Beachtung: Wegen seines magensaftresistenten Überzugs löst sich das endokolat[®]-Dragée erst im alkalischen Bereich des Dickdarms, um dort seine Wirkung zu entfalten. Die gleichzeitige Einnahme von alkalisierenden Mitteln ist deshalb zu vermeiden.
Handelsformen: Packungen mit 30 Dragées DM 3,30
100 Dragées DM 9,40
Anstaltspackungen mit 1000 Dragées

Für Leber und Galle

Aristochol®

das bewährte Cholagogum mit der zuverlässigen biologischen Wirkung

Aristochol® Tropfen

reine Pflanzenkombination

Aristochol® Konzentrat Granulat

mit Pankreatin

Aristochol® Tee-Konzentrat

wohlschmeckend
und aromatisch

Aristochol® Spasmolyticum

Manteltabletten
Spasmo-Cholagogum

Aristochol® Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Perkolet mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
Curcumin 10 mg %
Chelidonin 5 mg %
100 ml Perkolat aus:
Herb. Chelidon. 20 g,
-Millefol. 17 g, -Absinth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Rad. Tarax. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 8 g
Kontraindikation:
Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum
Dosierung:
3mal täglich 15-20 Tropfen
20 ml DM 6,90
50 ml OM 13,55

Aristochol® Konzentrat Granulat

100 g Granulat enthalten:
Gesamt-trocken-extrakt aus
Herb. Chelidon. } 3,285 g
Rhiz. Curcum. xanth. }
Fruct. Card. Mar. }
Aloe 5,55 g
Pankreatin 1,5 g
Eingestellt auf:
Chelidoniumalkaloide
mindestens 20 mg %
Curcumin mindestens 12,5 mg %
Alolin mindestens 1,5 g %
Kontraindikation:
Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum
Dosierung:
1mal täglich 1 Beutel
24 Btl. zu 1,5 g OM 8,45
75 Btl. zu 1,5 g OM 23,45

Aristochol® Tee-Konzentrat

In 100 g Tee-Konzentrat:
4,2 g Extract. sicc. ex
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anisi stellat. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Millefol. 10 g
Fol. Menth. pip. 16 g
Acid. ascorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ed 100 g
Kontraindikation:
Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum
Dosierung:
3mal täglich 1 Teelöffel
Tube mit 100 g OM 6,20

Aristochol® Spasmolyticum

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Herb. Chelidon. sicc.
(entspr. mind. 0,15 mg Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. sicc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardui Mar. sicc.
10 mg Propanthelin-bromid
10 mg Aethylpapaverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdioctylsulfosuccinat
Kontraindikation:
Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum, Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Oerm-Kanals, Tachykardie, Tachyarrhythmie, Megacolon, Koronarinsuffizienz.
Hinweis:
MAO-Hemmer mindestens 14 Tage vor der Behandlung absetzen.
Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten
50 Manteltabletten DM 8,35