



Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Pflegesatz

von W. Weißbauer

Die am 1. Januar 1974 in vollem Umfang in Kraft getretene neue Bundespflegesatzverordnung (BPfV) wirft im Bereich des stationären ärztlichen Liquidationsrechts eine Reihe von Problemen auf. Ihre Lösung entscheidet darüber, ob der leitende Krankenhausarzt aus seinem Gehalt und den Erträgen des Liquidationsrechts auch künftig ein Einkommen zu erzielen vermag, das dem seiner freipraktizierenden Fachkollegen entspricht. Ließe sich ein solches Einkommen nicht mehr sicherstellen, weil das stationäre Liquidationsrecht der leitenden Ärzte aufgrund der Bundespflegesatzverordnung drastisch einzuschränken wäre, so müßten die Krankenhausträger entweder einen Ausgleich durch Gehaltszulagen schaffen oder es müßten Einbußen in der Qualität der ärztlichen Versorgung zu Lasten aller stationären Patienten in Kauf genommen werden. Es wäre dann nämlich sehr viel schwieriger, hochqualifizierte Ärzte für die Tätigkeit im Krankenhaus zu gewinnen.

Ebenso wäre zumindest der „Mittelbau“ schwer betroffen, weil jede Verkürzung des Liquidationsrechts sich unmittelbar auf die heute allgemein übliche Honorarbeteiligung der Mitarbeiter auswirkt. Der Krankenhausträger, der die Ablösung des Liquidationsrechts durch eine Gehaltszulage vorschlägt und der leitende Arzt, der grundsätzlich bereit ist, einen solchen Vorschlag zu akzeptieren, müssen sich darüber im klaren sein, daß eine solche Vereinbarung im Interesse der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wie der personellen Fürsorge als „flankierende Maßnahme“ auch die Garantie einer Zulage an die Mitarbeiter erfordert, die ihrer bisherigen Honorarbeteiligung entspricht.

Der Begriff der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung

Zentral- und Angelpunkt jeder Diskussion um die Ausübung des stationären Liquidationsrechts aufgrund der Altverträge und um die Gestaltung neu abzuschließender Dienstverträge leitender Ärzte ist der Begriff der „gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen“. Die Bundespflegesatzverordnung und das Gesetz zur

wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) verwenden diesen Begriff und den damit korrespondierenden der „gesondert berechneten Arztkosten“ an mehreren Stellen (vgl. §§ 3 Abs. 2 Satz 2, 6 Sätze 3 und 4, 18 Abs. 6 BPfV und § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG), ohne ihn zu erläutern.

Bei seiner Auslegung stehen sich zwei diametral entgegengesetzte Auffassungen gegenüber. Die eine sieht in der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung eine zusätzliche Leistung, die neben der ärztlichen Regelbehandlung „als Luxusleistung“ erbracht wird. Die andere geht davon aus, daß die gesondert berechenbare ärztliche Leistung an die Stelle der ärztlichen Regelbehandlung tritt, diese also ersetzt.

Bei dieser Auslegungsfrage handelt es sich nicht etwa um einen vorwiegend theoretischen Meinungsstreit. Die beiden unterschiedlichen Auslegungen des Begriffs führen, wie näher aufzuzeigen sein wird, zu unterschiedlichen Schlußfolgerungen von sehr erheblicher praktischer Bedeutung.

Die These von der ärztlichen „Luxusleistung“

Als repräsentativ für die Auffassung, bei der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung handle es sich um eine zusätzliche Leistung, und für ihre Begründung darf der an die Regierungspräsidien gerichtete Erlaß des Baden-Württembergischen Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr vom 13. Dezember 1973 – Nr. I 3817.31/12 – gelten. Die Regierungspräsidien werden mit diesem Erlaß angewiesen, bei der Anwendung von § 3 Abs. 1 und § 6 Satz 5 BPfV wie folgt zu verfahren:

„Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die nach § 3 Abs. 1 BPfV mit dem allgemeinen Pflegesatz ebzugelten sind, gehören auch die Leistungen, die von am Krankenhaus hauptberuflich angestellten leitenden Abteilungsärzten erbracht werden. Soweit diese Leistungen für die Erbringung einer ausreichenden Krankenhausbehandlung erforderlich

sind, bleibt ab 1. Januar 1974 kein Raum mehr für Privatliquidationen. Insoweit greift auch die Übergangsvorschrift des § 6 Satz 5 BPfIV nicht ein, da sich diese Vorschrift nur auf die in § 6 BPfIV aufgeführten Wahlleistungen bezieht."

Noch dedizierter vertritt der Deutsche Städtetag diese Meinung. Er erklärt in den „Anhaltspunkten zur Anwendung des § 6 BPfIV“ unter Abschnitt B apodiktisch und ohne den Ansatz einer Begründung:

„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 Krankenhausträgers auf den ungekürzten, voll pauschalisierten Pflegesatz. Ein Vergleich mit dem Belegarztsystem ist hier nicht möglich.“

Wäre diese Auffassung richtig, so könnte das Liquidationsrecht nur noch für „Luxusleistungen“ ausgeübt werden. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft geht in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder vom 2. Januar 1974 noch einen Schritt weiter. Sie zieht aus dem Erlaß vom 13. Dezember 1973 die Konsequenz, daß angestellte leitende Krankenhausärzte ab 1. Januar 1974 das Liquidationsrecht bei Selbstzahlern der bisherigen 3. Pflegeklasse und diesen gleichberechtigten Personen sowie bei der stationären Behandlung von Unfallverletzten auf Rechnung einer gesetzlichen Unfallversicherung nicht mehr ausüben können, also auch nicht für „Luxusleistungen“.

Die kritische Analyse des Erlasses vom 13. Dezember 1973 ergibt: Sein Ausgangspunkt ist zweifellos richtig. Der allgemeine Pflegesatz nach § 3 Abs. 1 BPfIV gilt alle „medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen“ (allgemeine Krankenhausleistungen) ab. Zu diesen allgemeinen Leistungen gehört prinzipiell auch die ärztliche Behandlung, gleichgültig, ob sie von den leitenden Abteilungsärzten, den ihnen nachgeordneten Krankenhausärzten oder von Konsiliarärzten erbracht wird, die nicht am Krankenhaus angestellt sind.

Diese zutreffende Auslegung des § 3 Abs. 1 BPfIV trägt aber nicht die Schlußfolgerung, soweit Leistungen der leitenden Ärzte für eine ausreichende Krankenhausbehandlung erforderlich sind, bleibe kein Raum mehr für die Privatliquidation (1). Eine solche Schlußfolgerung steht unter der Prämisse, daß die gesondert berechenbare ärztliche Leistung nur als zusätzliche Leistung zu den die ärztliche Regelbehandlung umfassenden und mit dem (großen) Pflegesatz abgegoltenen allgemeinen Krankenhausleistungen erbracht werden kann. Aus § 3 Abs. 1 BPfIV läßt sich diese Prämisse jedoch nicht herleiten. In Betracht zu ziehen sind zur Beurteilung der Rechtslage vielmehr vor allem § 6 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 BPfIV, weiter aber auch die Bestimmungen des KHG, auf denen die BPfIV beruht.

Die medizinischen Aspekte

Allein schon die Tatsache, daß sich das KHG und die BPfIV an mehreren Stellen mit der gesondert berechenbaren Leistung befassen, muß eine gewisse Skepsis gegen die These von der „Luxusleistung“ aufkommen lassen. Selbst der Laie weiß, daß jedes medizinische „Zuviel“ ebenso schaden kann wie ein „Zuwenig“. Ist eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme bei Abwägung aller Umstände medizinisch indiziert, so muß der Arzt sie auch im Rahmen der Regelbehandlung ausführen. Ist sie es nicht, so wird er sie auch im Rahmen einer Luxusbehandlung im Regelfall nicht erbringen dürfen.

Welche Verrichtungen soll etwa der Chirurg bei einem operativen Eingriff über die „medizinisch zweckmäßige und ausreichende“ Behandlung hinaus, die der medizinisch indizierten Behandlung gleichgesetzt werden kann, als quantitative oder qualitative Mehrleistung ausführen und im Rahmen der Privatliquidation in Rechnung stellen können? Sein operatives Vorgehen wird durch die ärztlichen Kunstregeln bestimmt, und der Sorgfaltsmaßstab, mit dem er zu verfahren hat, ist bei allen Patienten der gleiche. Als ärztlich vertretbare „Luxusleistung“ über die zweckmäßige und ausreichende Behandlung hinaus wäre etwa eine medizinisch nicht indizierte zusätzliche zweite Visite vorstellbar. Nur diese könnte nach der These von der Luxusleistung gesondert berechnet werden.

Es wäre aber doch wohl verwunderlich, wenn das KHG und die BPfIV ein Bedürfnis gesehen hätten, sich wegen eines kleinen Annexes medizinisch nicht indizierter ärztlicher Leistungen mit dem Problemkreis der gesondert berechenbaren Arztleistungen und Arztkosten an mehreren Stellen zu befassen. Wegen einer solchen quantität negligeeable hätte sich auch der Meinungsstreit um die Besitzstandsklausel des § 6 Satz 5 BPfIV für die Altverträge nicht gelohnt.

Die nähere Prüfung des Wortlauts und des Sinngehalts der einschlägigen Bestimmungen widerlegt denn auch die These von der „Luxusleistung“ eindeutig.

Die Berechnung der Wahlleistungen „neben“ dem allgemeinen Pflegesatz

Für die These von der Luxusleistung könnte prima vista die Formulierung des § 6 Satz 1 BPfIV in den Eingangsworten sprechen. Danach dürfen „n e b e n dem allgemeinen oder besonderen Pflegesatz“ andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen gesondert berechnet werden. Es liegt die Schlußfolgerung nahe: Da der allgemeine und besondere Pflegesatz nach § 3 Abs. 1 und § 4 BPfIV die allgemeinen Krankenhausleistungen und damit auch die medizinisch zweckmäßige und ausreichende ärztliche Behandlung abgelten, können andere ärztliche Leistungen, die n e b e n diesen Pflegesätzen gesondert abgerechnet werden dürfen, nur zusätzliche Leistungen sein, also Leistungen, die quantitativ oder qualitativ über die Regelleistung hinausgehen.

Eine solche, auf den Wortlaut des § 6 Satz 1 BPfIV gestützte Argumentation, wäre freilich nur dann richtig, wenn der Begriff des „allgemeinen Pflegesatzes“ lediglich den „großen“ Pflegesatz des § 3 Abs. 1 umfaßt, der auch die vom Krankenhaus zu erbringende ärztliche Behandlung abgilt. Allgemeiner Pflegesatz im Sinne des § 3 BPfIV, auf den § 6 Satz 1 ausdrücklich Bezug nimmt, ist jedoch — wie schon seine Überschrift ausweist — auch der um die Arztkosten gekürzte (kleine) Pflegesatz, den sein Absatz 2 in Satz 1 für die belegärztliche Behandlung vorschreibt und in Satz 2 für die hier interessierenden Fälle der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen zumindest zuläßt. Korrespondierender Begriff der BPfIV zum „allgemeinen“ Pflegesatz des § 3 ist der „besondere“ Pflegesatz des § 4 (auf den zur Vereinfachung der Darstellung im folgenden nicht näher eingegangen werden soll) und nicht etwa der „kleine“ Pflegesatz (2). Daß § 6 Satz 1 BPfIV sowohl den großen als auch den kleinen Pflegesatz meint, wird rechtstechnisch dadurch kargestellt, daß der Klammerhinweis, der den Begriff des allgemeinen Pflegesatzes für den Bereich des § 6 definiert, § 3 insgesamt und nicht nur dessen Absatz 1 zitiert.

Mit der Formulierung „neben dem allgemeinen Pflegesatz“ läßt § 6 Satz 1 beide Gestaltungsmöglichkeiten offen. Die gesonderte Berechnung von Wahlleistungen ist danach möglich sowohl neben dem großen wie neben dem kleinen Pflegesatz. Im ersteren Falle handelt es sich um quantitative oder qualitative Mehrleistungen („Luxusleistungen“), die — etwa in der Form der besseren Unterbringung — zusätzlich zu den „zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen“ des § 3 Abs. 1 erbracht werden. Im letzteren Falle treten dagegen die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (ganz oder teilweise) an die Stelle der in § 3 Abs. 1 vorgesehenen allgemeinen Krankenhausleistungen. Dieser Schluß ist nach der Systematik der BPfIV zwingend. Da der „große“ Pflegesatz des § 3 Abs. 1 die gesamten allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der ausreichenden ärztlichen Behandlung abgilt, kann der gekürzte („kleine“) Pflegesatz nur das Entgelt für ein geringeres Leistungsvolumen sein. Verringert wird das Volumen der Leistungen des Krankenhausträgers aber nur dann, wenn die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen die Regelbehandlung des § 3 Abs. 1 (oder einen Teil von ihr) ersetzen.

Ließe § 6 Satz 1 dagegen nur die Berechnung ärztlicher Luxusleistungen zu, so bliebe dadurch das Leistungsvolumen des Krankenhausträgers bei der ärztlichen Regelbehandlung unberührt. Es ist nicht einzusehen, inwiefern eine zusätzliche Leistung des liquidationsberechtigten Arztes zu einer Verringerung des Entgelts führen könnte, das dem Krankenhausträger für seine Regelleistungen zusteht. Die gesondert berechenbare ärztliche Leistung und damit auch das ärztliche Honorar neben dem kleinen Pflegesatz auf

Luxusleistungen (etwa „die zweite Visite“) zu beschränken, bedeutete im Ergebnis den Verzicht auf das Entgelt für alle Leistungen, die im Rahmen einer zweckmäßigen und ausreichenden ärztlichen Behandlung erbracht werden, also in unserem Beispiel auf das gesamte Operationshonorar, das auf der Basis dieser These weder der Krankenhausträger im (kleinen) Pflegesatz noch der liquidationsberechtigte Arzt erhielten. Aus dem einleitenden Satzteil des § 6 Satz 1 BPfIV kann somit kein Einwand gegen die Auffassung hergeleitet werden, daß die gesondert berechenbare ärztliche Leistung die ärztliche Regelbehandlung (ganz oder teilweise) ersetzt, und allein schon die Tatsache, daß die BPfIV in § 3 Abs. 2 Satz 2 eine Ermächtigung vorsieht, die gesonderte Berechnung der Arztkosten im Pflegesatz zu berücksichtigen, widerlegt die These von der Luxusleistung.

Die gesondert berechenbare ärztliche Leistung als „andere“ Leistung

Der Wortlaut des § 6 Satz 1 BPfIV hält noch ein weiteres Problem bereit. Gesondert berechnet werden dürfen nur „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen“. Bei Luxusleistungen, die zusätzlich erbracht werden (besseres Zimmer, größere Auswahl bei der Verpflegung), bedarf diese Voraussetzung keiner näheren Erörterung.

Inwiefern können aber gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, die an die Stelle der allgemeinen Krankenhausleistungen treten, „andere“ Leistungen im Sinne des § 6 Satz 1 BPfIV sein, wenn sie doch — wie oben ausgeführt — nach den gleichen Regeln zu erbringen sind wie die allgemeinen Krankenhausleistungen und allenfalls in kleinen und unwesentlichen Bereichen über die „zweckmäßige und ausreichende“ Leistung hinausgehen, die der Krankenhausträger im Rahmen der Regelbehandlung nach § 3 Abs. 1 BPfIV zu gewähren hat? Wo soll insbesondere der Unterschied zwischen der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung und der ärztlichen Regelbehandlung — das in § 6 Satz 1 geforderte „aliud“ — in den Fällen liegen, in denen der leitende liquidationsberechtigte Arzt den Patienten aus medizinischen Gründen persönlich behandelt, gleichgültig, ob er damit eine Regelleistung im Sinne der §§ 2 Nr. 5 und 3 Abs. 1 BPfIV oder eine gesondert berechenbare Leistung erbringt? Die zweite Visite, zu der er vielleicht den „Privatpatienten“ ohne medizinische Notwendigkeit aufsucht, vermöchte doch wohl eine Qualifikation seiner Gesamtleistung als aliud gegenüber der Regelleistung nicht zu rechtfertigen.

Dieser vermeintliche Widerspruch löst sich leicht. Der essentielle Unterschied ist in der Tat nicht im „Faktischen“ begründet, er liegt nicht in der Art und dem Umfang, in der Qualität und Quantität der ärztlichen Leistungen, und noch nicht einmal in der Person dessen, der sie erbringt. Das „aliud“ liegt in den recht-

lichen Beziehungen, aufgrund deren der leitende Arzt und seine Mitarbeiter die Behandlung durchführen.

Nach der Legaldefinition des § 2 Nr. 5 BPfIV sind „Krankenhausleistungen ärztliche Leistungen, Pflege, Verpflegung, Unterkunft, Nebenleistungen und sonstige stationäre und halbstationäre Leistungen des Krankenhausträgers“. Ebenso eindeutig gilt § 3 Abs. 1 BPfIV nur die allgemeinen Krankenhausleistungen ab, einschließlich der Leistungen der nicht am Krankenhaus angestellten Konsiliarärzte, die insoweit für den Krankenhausträger tätig werden und von ihm ihr Honorar zu erhalten haben. Damit sind die Leistungen Dritter per definitionem keine (allgemeinen) Krankenhausleistungen (3). Sie können also nur „andere“ Leistungen sein.

Wer erbringt die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen?

Die entscheidende Frage lautet danach: Sind die gesondert berechenbaren Leistungen allgemeine Leistungen des Krankenhausträgers oder Leistungen des liquidationsberechtigten leitenden Arztes?

Gehen wir von dem traditionellen Bild der Rechtsbeziehungen Arzt – Patient – Krankenhausträger aus, so ist die Antwort einfach. Es ist zu unterscheiden zwischen dem „totalen“ und dem „aufgespaltenen“ Krankenhausaufnahmevertrag (4).

Im totalen Aufnahmevertrag, der als Regelfall zu gelten hat, erbringt der Krankenhausträger seit jeher die gesamten stationären Leistungen, die in § 2 Nr. 5 BPfIV enumeriert sind, also einschließlich der ärztlichen Behandlung, als seine eigenen vertraglichen Leistungen. Die angestellten oder beamteten Krankenhausärzte handeln bei der Erfüllung des dem totalen Krankenhausaufnahmevertrag immanenten Behandlungsvertrags als Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers. Dies gilt (selbstverständlich) auch für die leitenden Ärzte, was unter anderem darin zum Ausdruck kommt, daß sie für etwaige Kunstfehler nicht aus Vertrag, sondern ausschließlich aus unerlaubter Handlung haften. Die vertragliche Haftung geht hier zu Lasten des Krankenhausträgers (§§ 276, 278 BGB). Der totale Aufnahmevertrag ist sonach die überkommene typische Gestaltungsform der stationären Krankenhausbehandlung, der Regelfall, auf den ersichtlich § 2 Nr. 5 und § 3 Abs. 1 BPfIV abstellen.

Im „aufgespaltenen“ Krankenhausaufnahmevertrag erbringt der Krankenhausträger dagegen nicht den vollen Katalog der in § 2 Nr. 5 enumerierten allgemeinen Krankenhausleistungen, auf die der große Pflegevertrag des § 3 Abs. 1 Bezug nimmt. Vertragspartner des Patienten hinsichtlich der ärztlichen Leistungen ist hier der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt. Er schuldet dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag die stationären ärztlichen Leistungen oder zumindest einen Teil von ihnen (5); der Patient schuldet dem behandelnden Arzt das Honorar. Der liquidationsberechtigte Arzt erfüllt im aufgespaltenen Aufnahmevertrag

mit der Behandlung seine eigenen Vertragspflichten; soweit er nachgeordnete Ärzte dazu heranzieht, sind sie seine Erfüllungsgehilfen, nicht die des Krankenhausträgers. Der aufgespaltene Aufnahmevertrag ist sonach die typische Gestaltungsform der stationären Behandlung, bei der die ärztlichen Leistungen keine Krankenhausleistungen, sondern Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes und damit „andere“ Leistungen im Sinne des § 6 Satz 1 BPfIV sind, die nicht im großen Pflegevertrag abgegolten werden und folgerichtig gesondert berechnet werden dürfen.

Die Parallelität zur belegärztlichen Behandlung

Die Parallelität der eben skizzierten Rechtsbeziehungen Arzt – Patient – Krankenhausträger zur belegärztlichen Behandlung in den hier interessierenden Kriterien ist unverkennbar. Die rechtliche Situation des aufgespaltenen Aufnahmevertrags, die im Anstaltskrankenhaus die Ausnahme bildet, ist im Belegkrankenhaus die Regel: Die Belegärzte erbringen die ärztlichen Leistungen aufgrund ihrer eigenen vertraglichen Beziehungen zum Patienten. Die ärztliche Behandlung ist deshalb im Belegkrankenhaus typischerweise keine Krankenhausleistung, sie kann dem Patienten nicht im großen Pflegevertrag in Rechnung gestellt werden; § 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV zieht daraus die Konsequenzen.

Wenn die BPfIV die Landesregierungen in § 3 Abs. 2 Satz 2 ermächtigt, eine Satz 1 entsprechende Regelung zu treffen, „soweit sonst Arztkosten gesondert berechnet werden“, so wird daraus erkennbar, daß sie zwischen den hier angesprochenen ärztlichen Leistungen und den belegärztlichen Leistungen eine Parallelität der rechtlichen Situation zugrunde legte. Sie ist gegeben, wenn der liquidationsberechtigte Arzt seine Leistungen anstelle der dem Krankenhausträger im Regelfall obliegenden allgemeinen Krankenhausleistungen erbringt.

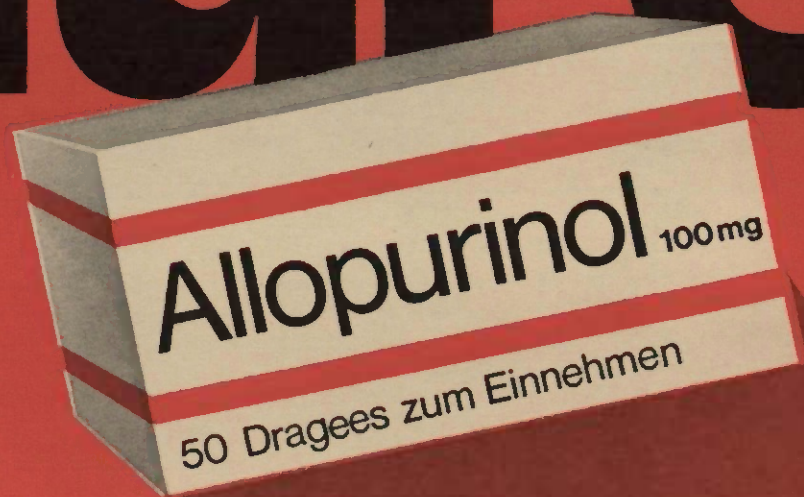
Stehen die in § 6 Satz 2 vorgesehenen Voraussetzungen den bisherigen Ergebnissen entgegen?

In Satz 2 des § 6 wird die gesonderte Berechnung von drei Voraussetzungen abhängig gemacht.

Die erste, die Mitteilung der gesonderten Berechnung an die zuständige Behörde, ist formaler Natur. Ihr genügt der Krankenhausträger, wenn er ihr seine Aufnahmebedingungen bekanntgibt.

Die zweite läßt die gesonderte Berechnung nur zu, wenn sie mit dem Krankenhausträger vereinbart ist. Sie bringt nichts wesentlich Neues. Auch bisher hatte sich der Patient bei der Krankenhausaufnahme grundsätzlich zwischen dem totalen und dem aufgespaltenen Aufnahmevertrag zu entscheiden. Mit der Erklärung gegenüber dem Krankenhausträger, daß er die in den Aufnahmebedingungen angebotene Wahlleistung „gesondert berechenbare ärztliche Behandlung durch den liquidationsberechtigten Arzt“ in Anspruch nimmt, kommt die in § 6 Satz 2 geforderte Vereinbarung zustande. Sie ist zu unterscheiden von dem

Harnsäure



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

Zusammensetzung pro Dragee

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

Indikationen

Hyperurikämie, Gicht, Arthritis urica, harnsaure Diathese, Harnsäuresteine

Kontraindikationen

Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen

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

Dosierung

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

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

Behandlungsvertrag, der zwischen dem Patienten und dem liquidationsberechtigten Arzt beim aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag abzuschließen ist.

Die dritte (negative) Voraussetzung läßt die gesonderte Berechnung nur zu, wenn dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden. Sie will aber nicht etwa verhindern, daß bei dem einzelnen Patienten die Regelleistung durch die gesondert berechenbare Leistung ersetzt wird. Die BPfIV zieht hier vielmehr eine Grenze, die verhindern soll, daß ein Übermaß von Wahlleistungen zugunsten einzelner Patienten die Regelversorgung der übrigen Benutzer beeinträchtigt. Dies gilt für alle Arten von Wahlleistungen, also ebenso für die Unterbringung wie die Verpflegung und die ärztliche Behandlung. Unzulässig wäre es danach, wenn der liquidationsberechtigte Arzt in einem solchen Umfang durch die gesondert berechenbare Behandlung von Privatpatienten in Anspruch genommen würde, daß er für die Behandlung der übrigen Patienten keine Zeit mehr fände. Diese in § 6 Satz 2 geforderte Rücksichtnahme entspricht der in den Dienstverträgen leitender Ärzte seit langem üblichen Klausel, daß die Nebentätigkeit die Erfüllung der dienstlichen Verpflichtungen nicht beeinträchtigen dürfe.

Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind sonach mit den bisherigen Ergebnissen voll vereinbar.

Die Bestätigung der Ergebnisse durch die übrigen Bestimmungen der BPfIV

Die übrigen Bestimmungen der BPfIV bestätigen, daß sie bei der Regelung der gesondert berechenbaren Leistungen von der skizzierten traditionellen Unterscheidung zwischen totalem und aufgespaltenem Aufnahmevertrag und der damit korrespondierenden Gestaltung der Dienstverträge der leitenden Ärzte bestimmt wird.

So spricht § 6 Satz 4 beim Grundsatz der „Bündelung“ — der im übrigen bei einer Beschränkung des Liquidationsrechts auf Luxusleistungen ohne jede praktische Bedeutung wäre — ausdrücklich von „liquidationsberechtigten Ärzten“ und § 18 Abs. 6 von Ärzten, die „zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind“.

Die in § 6 Satz 3 angeordnete Entkoppelung wendet sich gegen eine bisher übliche Gestaltung des ärztlichen Liquidationsrechts in einer Einzelheit, setzt dessen Fortbestand als solchen aber voraus.

Sie verbietet lediglich, daß es dem leitenden Arzt automatisch für alle in Ein- und Zweibettzimmern untergebrachten Patienten eingeräumt wird. Die Besitzstandsklausel schließlich konserviert die Altverträge auch insoweit, als sie — wie bisher üblich — noch das an die bessere Unterbringung gekoppelte Liquidationsrecht vorsehen.

Die Erörterung der Frage, ob die BPfIV außer den hier aufgezeigten typischen Gestaltungsformen mit den

korrespondierenden Begriffen „totaler Krankenhausaufnahmevertrag — Regelbehandlung großer Pflegesatz“ und „gespaltener Aufnahmevertrag — gesondert berechenbare ärztliche Leistungen — kleiner Pflegesatz“ weitere rechtliche Konstruktionen zuläßt, die es dem Krankenhausträger ermöglichen, die ärztliche Behandlung in der Form gesondert berechenbarer Leistungen mittels seiner angestellten Ärzte als seine eigenen Leistungen zu erbringen und für sie das Liquidationsrecht auszuüben, soll einer späteren Untersuchung vorbehalten bleiben. Hier genügt es nachzuweisen, daß die Bundespflegesatzverordnung das Liquidationsrecht (mit einer Einschränkung hinsichtlich der Entkoppelung bei Neuverträgen) in seiner bisherigen Form und mit seinem typischen Inhalt weiterhin bestehen läßt und beim Begriff der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung von der traditionellen Ausgestaltung des aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrags ausgeht.

Die gesondert berechenbare ärztliche Leistung nach den Vorstellungen des KHG

Da die Bundespflegesatzverordnung auf den Ermächtigungen des KHG beruht, erscheint es erforderlich, dessen einschlägige Bestimmungen darauf zu überprüfen, ob sie die bei der Auslegung der BPfIV gewonnenen Erkenntnisse bestätigen oder ihnen widersprechen.

Einschlägig ist § 17 Abs. 2 Satz 1, der bestimmt:

„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 . . . anzusehen sind.“

Die BPfIV lehnt sich in ihrem § 3 Abs. 2 Satz 2 eng an diesen Wortlaut an. Auch für die Regelung des KHG gilt deshalb die Erwägung: Handelte es sich bei den gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen nach den Vorstellungen des Gesetzgebers um zusätzliche Leistungen, die neben der Regelbehandlung zu erbringen wären, so hätte der Krankenhausträger Anspruch auf das volle Entgelt, den großen Pflegesatz, und der liquidationsberechtigte Arzt davon unabhängig einen Honoraranspruch für die Luxusleistungen. Es wäre nicht einzusehen, welchen Einfluß diese Luxusleistungen auf die Bemessung der Pflegesätze haben sollten. Vorstellbar wäre allenfalls, daß der Krankenhausträger für den durch die Luxusleistungen erforderlichen Zeitaufwand eine Kostenerstattung vom liquidationsberechtigten Arzt fordern würde, und daß dieses Erträgnis nach § 17 Abs. 2 Satz 1 bei der Bemessung der Pflegesätze in Ansatz zu bringen wäre.

Diese von vorneherein weithergeholte Auslegungsmöglichkeit wird jedoch durch die Gesetzesmaterialien eindeutig widerlegt. Der Schriftliche Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit zum KHG (zu Drucks. VI 3082) führt zu § 17 Abs. 1 a (jetzt Abs. 2) (6) wörtlich aus:

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

Der Bundestag ging danach bei der Einfügung des im Regierungsentwurf nicht enthaltenen § 17 Abs. 2 KHG davon aus, daß in den Fällen, in denen die Arztkosten gesondert berechnet werden, nur der kleine Pflegesatz in Betracht kommen kann. Damit steht fest, daß auch nach den Intentionen des KHG die gesondert berechenbaren Leistungen keine zusätzlich zur Regelbehandlung zu erbringenden Luxusleistungen sind, sondern (ganz oder teilweise) an die Stelle der Regelbehandlung treten und diese ersetzen.

Die Erläuterungen im Schriftlichen Bericht lassen weiter erkennen, daß der Gesetzgeber zwar die Frage, unter welchen Voraussetzungen Arztkosten gesondert berechnet werden können, nicht ausdrücklich regeln wollte, daß er aber von den Vorstellungen ausgeht, die nun in § 6 Satz 1 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 und § 2 Nr. 5 BPflV ihren Niederschlag gefunden haben. Der Schriftliche Bericht stellt nämlich darauf ab, ob die ärztlichen Leistungen als solche des Krankenhausträgers anzusehen sind und nach § 2 Nr. 4 KHG durch den Pflegesatz abgegolten werden oder ob sie aufgrund einer eigenen vertraglichen Beziehung zwischen Arzt und Patient erbracht werden und damit als solche nicht unter die Pflegesatzregelung fallen. Der

Begriff der „anderen Leistung“ im Sinne des § 6 Satz 1 BPflV ist damit im Schriftlichen Bericht bereits deutlich vorgezeichnet. Der Schriftliche Bericht verweist erkennbar auf den oben skizzierten traditionellen Unterschied zwischen dem totalen und dem aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag und bringt klar zum Ausdruck, daß bei der letzteren Vertragsgestaltung die Voraussetzungen für die gesonderte Berechnung der Arztkosten durch den liquidationsberechtigten Arzt gegeben sind.

Auch das KHG geht sonach eindeutig davon aus, daß das stationäre ärztliche Liquidationsrecht in seiner traditionellen Form weiterbesteht.

Die Konsequenzen für den Pflegesatz

Tritt die gesondert berechenbare Leistung des liquidationsberechtigten Arztes als eigene Leistung an die Stelle der vom Krankenhausträger zu erbringenden Regelbehandlung, so sind die rechtlichen Konsequenzen für den Pflegesatz zwingend vorgezeichnet. Der oben im Wortlaut wiedergegebene Schriftliche Bericht des federführenden Ausschusses läßt keinen Zweifel, wie die Lösung auszusehen hat. Er hält die Berechnung des kleinen Pflegesatzes für notwendig (7).

Die weiteren Folgerungen liegen auf der Hand: der liquidationsberechtigte Arzt hat — neben dem Anspruch des Krankenhausträgers auf den kleinen Pflegesatz — gegenüber dem Patienten den Anspruch auf das volle Honorar. Abzuziehen hat er allerdings die allgemeinen Sachkosten, die nach § 5 GOÄ im ärztlichen Honorar enthalten sind, weil sie der Patient auch im kleinen Pflegesatz bereits dem Krankenhausträger zu erstatten hat. Weiter hat der liquidationsberechtigte Arzt aus dem Honorar dem Krankenhausträger die anteiligen Personalkosten für den ärztlichen Dienst und die Arztsekretärin zu erstatten. Für ihre Berechnung bieten sich die traditionellen Systeme an (prozentuale Abgaben, Aufschlüsselung nach Pflegetagen). Dabei ist in Betracht zu ziehen: Da der Krankenhausträger im großen Pflegesatz die vollen Selbst-

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

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

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

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

EHRL & CO., Arzneimittel KG,
8 München 66

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

Modenol®



senkt den erhöhten Blutdruck im nebenwirkungsarmen Bereich:

1. allmählich

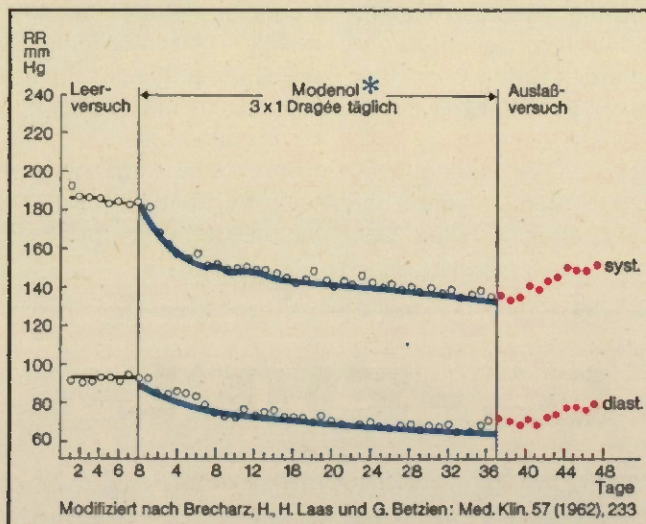
dadurch schonender Therapiebeginn -
besonders für Herz, Gehirn und Nieren,

2. langanhaltend

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

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

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



Modifiziert nach Brecharz, H., H. Laas und G. Betzien: Med. Klin. 57 (1962), 233
Mit Modenol können Sie mehr als 80% aller Hypertoniker erfolgreich behandeln.

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält:
Thiabatid (Saltucin®) 0,3 mg
Reserpin (Sedarupin®) 0,07 mg
Resclnamin 0,07 mg
Raubasin 0,7 mg
Kaliumchlorid 300 mg

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

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

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

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

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

Für Ihre Verordnung:
OP mit 20 Dragées DM 5,25
OP mit 50 Dragées DM 12,00
AP mit 250 und 1000 Dragées

Weitere Informationen enthält der
wissenschaftliche Prospekt (z. Zl.
gültige Auflage: Februar 1972).

mannheim
boehringer

Boehringer Mannheim GmbH,
Mannheim

kosten der ärztlichen Behandlung erhält, sind in Zukunft die ärztlichen Personalkosten, die von der Gesamtheit der an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte dem Krankenhausträger zu erstatten sind, der Höhe nach auf die Differenz zwischen dem großen und dem kleinen Pflegesatz limitiert. Mit diesem Unkostengesamtbetrag, der anteilmäßig auf die beteiligten Ärzte aufzuschlüsseln ist, kann der Personalaufwand voll gedeckt werden, der dem Krankenhausträger dadurch entsteht, daß der liquidationsberechtigte Arzt und die von ihm zu seiner Unterstützung herangezogenen nachgeordneten Ärzte gesondert berechenbare Leistungen während der üblichen Dienststunden und vom Krankenhausträger bezahlter Überstunden erbringen. Soweit dagegen der leitende Arzt diese Leistungen in unbezahlten Überstunden erbringt, erwachsen dem Krankenhausträger dadurch keine zusätzlichen Personalunkosten; er kann deshalb insoweit auch keine Unkostenerstattung fordern.

Die pragmatische Lösung

Neben dieser im Schriftlichen Bericht zu § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG vorgezeichneten Lösung, die an den oben skizzierten Rechtsbeziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenhausträger orientiert ist und sie bei der Pflegesatzgestaltung und Unkostenerstattung nachvollzieht, läßt sich an eine „pragmatische“ Lösung denken, die diese Kette von Rechtsbeziehungen „kurzschließt“. Das gleiche Ergebnis wird nämlich erzielt, wenn der Patient an den Krankenhausträger den großen Pflegesatz bezahlt und Einigkeit darüber besteht, daß er ihm damit die gesamten Arztunkosten vergütet. Die liquidationsberechtigten Ärzte werden damit frei von der Erstattung der Personalkosten, haben aber bei der Bemessung ihrer Honorare zu berücksichtigen, daß der Patient mit dem Arztanteil im großen Pflegesatz die dem liquidationsberechtigten Arzt im Verhältnis zum Krankenhaus zur Last fallenden Unkosten bereits beglichen hat.

Eine solche Anrechnung unmittelbar vom Patienten an den Krankenhausträger zu erstattender Unkosten auf das ärztliche Honorar ist keineswegs neu. Bei den allgemeinen Sachkosten wird sie in nahezu allen neueren Dienstverträgen den liquidationsberechtigten Ärzten ausdrücklich zur Pflicht gemacht.

Allerdings ist zuzugeben, daß diese pragmatische Lösung mit § 2 Nr. 4 und § 17 Abs. 2 KHG wohl nicht zu vereinbaren ist. Wenn der Krankenhausträger die ärztliche Behandlung nicht als allgemeine Krankenhausleistung erbringt, fehlt die rechtliche Basis für ihre Einbeziehung in den (großen) Pflegesatz und § 17 Abs. 2 KHG schreibt die Lösung über den ermäßigten Pflegesatz zwingend vor.

Ermäßigung des Pflegesatzes zugunsten aller Benutzer?

Eindeutig und offensichtlich im Widerspruch zu den Intentionen des KHG, die im Schriftlichen Bericht zu

§ 17 Abs. 2 ihren Niederschlag gefunden haben, steht jede Lösung, die zu einer finanziellen Doppelbelastung des Patienten führt. Unvereinbar mit dem Gesetz ist insbesondere die Auffassung, der Krankenhausträger dürfe von dem Patienten, der die gesondert berechenbare ärztliche Behandlung in Anspruch nimmt, den großen Pflegesatz und zugleich vom liquidationsberechtigten Arzt eine Abgabe für die Personalkosten fordern. Der Patient würde hier für eine Leistung *z w e i m a l* voll zur Kasse gebeten, einmal vom Krankenhausträger unmittelbar (entgegen § 2 Nr. 4 KHG) und einmal mittelbar, nämlich über die Unkostenerstattung aus dem ärztlichen Honorar. Gerade diese Überforderung will aber § 17 Abs. 2 KHG verhindern, wobei man zweifeln kann, ob es einer solchen Bestimmung überhaupt bedürfte.

Das Ziel, über die doppelte Unkostenerstattung und die Anrechnungsbestimmung des § 18 Abs. 6 BPfIV zu einer Ermäßigung des allgemeinen Pflegesatzes zugunsten aller Benutzer zu kommen, mag *prima vista* unter sozialstaatlichen Gesichtspunkten begrüßenswert erscheinen, weil damit einmal mehr die größeren Lasten auf die breiteren Schultern abgeladen werden (8). Bei näherer Betrachtung widerspricht eine doppelte Inanspruchnahme für die gleiche Leistung aber nicht nur den Prinzipien des Rechtsstaates; sie ist auch unsozial. Letztlich sucht auch derjenige, dem diese Lasten auferlegt werden sollen, das Krankenhaus auf, um dort Hilfe zu finden. Die stationäre Krankenhausbehandlung bedeutet für ihn in aller Regel ohnehin eine schwere finanzielle Belastung. Mit dem Honorar, das er für die Privatbehandlung bezahlt, leistet er zudem einen Beitrag, der es dem Krankenhausträger ermöglicht, zugunsten aller Patienten besonders qualifizierte Ärzte am Krankenhaus zu halten.

Ist der kleine Pflegesatz nach der BPfIV obligatorisch?

Für den Bereich der belegärztlichen Behandlung schreibt § 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV den „kleinen“ Pflegesatz zwingend vor. Dagegen begnügt sie sich in § 3 Abs. 2 Satz 2 für den Bereich der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen, die Landesregierungen zu einer entsprechenden Regelung zu ermächtigen. Obwohl dies die Auffassung nahelegen könnte, es stehe im Ermessen der Landesregierungen, ob sie von der Ermächtigung Gebrauch machen wollen, ist eine rechtliche Verpflichtung zum Erlaß einer entsprechenden Rechtsverordnung zu bejahen. Einmal ergibt sich dies zwingend schon aus § 17 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Formulierungen „ist ... zu berücksichtigen“ und „ist ... zu bestimmen“ bedeuten nach Wortlaut und Sinngehalt einen eindeutigen Regelungsauftrag. Diesen Auftrag hatte primär die Bundesregierung als die zum Erlaß der Bundespflegesatzverordnung ermächtigte Stelle zu erfüllen. So konnte ihm auch durch die – im KHG zugelassene – Weiterübertragung der Ermächtigung an die Landesregierungen genügen. Diese haben

nun jedoch den an sie delegierten Auftrag des § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG auszuführen; es steht also nicht in ihrem Ermessen, ob sie eine entsprechende Verordnung erlassen. Daß im übrigen auch der Schriftliche Bericht den kleinen Pflegesatz hier für notwendig hält, wurde bereits näher ausgeführt.

Zum gleichen Ergebnis wie die Auslegung des § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG nach Wortlaut und Sinngehalt führt das verfassungsrechtliche Gleichheitsgebot: Im wesentlichen gleiche Sachverhalte müssen gleich behandelt werden. Sowohl der Belegarzt als auch der liquidationsberechtigte angestellte oder beamtete Arzt erbringen ärztliche Leistungen, die sie dem Patienten neben dem Pflegesatz in Rechnung stellen. Da in beiden Fällen der Krankenträger die ärztliche Behandlung nicht — oder zumindest nur teilweise — als Regelleistung erbringt, muß der große Pflegesatz (Regelpflegesatz) in beiden Fällen ermäßigt werden.

Wollte man der Auffassung folgen, auch die Senkung des allgemeinen Pflegesatzes zugunsten aller Benutzer genüge den Intentionen des KHG und der BpflV, so ergäben sich evidente Diskrepanzen bei der finanziellen Belastung, je nachdem, ob der Patient sich zu einem bestimmten Eingriff (z. B. einer Mammaamputation) in die chirurgische Anstaltsabteilung oder die gynäkologische Belegabteilung aufnehmen ließe. Neben dem ärztlichen Honorar hätte er im ersteren Falle den großen Pflegesatz, im zweiten den für alle Benutzer geltenden kleinen Pflegesatz zu bezahlen. Es gibt keinen sachlichen Grund, der eine solche ungleiche finanzielle Belastung zu rechtfertigen vermöchte.

Daß aus dem Gleichheitssatz eine Verpflichtung des Verordnungsgebers herzuleiten sein kann, von einer Ermächtigung Gebrauch zu machen, hat das Bundesverfassungsgericht u. a. in BVerfGE 13, 248, 255 bejaht:

„Eine Bindung kann sich aber aus der verfassungsrechtlichen Stellung des Verordnungsgebers ergeben: Während der Gesetzgeber grundsätzlich einen weiten Spielraum für seine Gestaltung besitzt und dabei auch Gleich- wie Ungleichstellungen anordnen kann, wenn sie sachgerecht sind, ist der Verordnungsgeber enger gebunden. Er kann verfassungsrechtlich von vorneherein einen Gestaltungsraum nur innerhalb der ihm jeweils aufgrund des Art. 80 Abs. 1 GG gezogenen Grenzen haben. Das Gleichheitsgebot bedeutet dann für den Verordnungsgeber, daß er im wohlverstandenen Sinne der ihm erteilten Ermächtigung zu handeln hat. Nur so wird die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers auch im Verhältnis zum Verordnungsgeber gewahrt.“

Kleiner oder mittlerer Pflegesatz

Mit dem Hinweis auf § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG und den Gleichheitssatz soll freilich nicht geltend gemacht werden, der Abschlag vom großen Pflegesatz müsse bei der belegärztlichen und bei der gesondert berechnbaren Behandlung durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte stets gleich hoch sein. Ein

Unterschied — und damit die Rechtfertigung eines „mittleren“ Pflegesatzes für die letztere Fallgruppe kann sich daraus ergeben, daß hier ärztliche Leistungen regelmäßig mit Hilfe des nachgeordneten ärztlichen Dienstes erbracht werden. Es kann in diesem Zusammenhang die (umstrittene) Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs Bedeutung gewinnen, auch im gespaltenen Aufnahmevertrag erbringe einen Teil der ärztlichen Versorgung der Krankenträger. Zu den Vertragspflichten des Krankenträgers soll hier die Gewährung derjenigen erforderlichen Heilbehandlung gehören, „die nicht durch den behandelnden Arzt selbst, sondern gewöhnlich nur mittels der personellen und sachlichen Einrichtungen eines Krankenhauses gewährt zu werden pflegt“ (9).

Für eine Differenzierung in der Höhe des Abschlags lassen sich danach sachliche Gründe anführen, die jedoch strikt zu unterscheiden sind von einer Lösung, die nach einer Senkung des allgemeinen Pflegesatzes zugunsten aller Benutzer tendiert.

Zusammenfassung

1.

Die gesondert berechenbare ärztliche Leistung ist keine über die „medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen“ des § 3 Abs. 1 BpflV hinausgehende „Luxusleistung“. Sie wird nicht als quantitative oder qualitative Mehrleistung zusätzlich zu den medizinisch indizierten Leistungen erbracht, auf die der Patient im Rahmen der Regelbehandlung einen Anspruch hat. Die gesondert berechenbare ärztliche Leistung tritt vielmehr, wie aus den Bestimmungen des KHG und der BpflV über die Berücksichtigung der gesonderten Berechnung der Arztkosten in den Pflegesätzen erkennbar wird, an die Stelle der Regelbehandlung.

2.

Ärztliche Leistungen sind nach § 2 Nr. 5 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 BpflV nur dann „allgemeine Krankenhausleistungen“, wenn sie der Krankenträger erbringt. Die stationären ärztlichen Leistungen, die der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt aufgrund seiner eigenen vertraglichen Rechtsbeziehungen zum Patienten zu erbringen hat, sind somit „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen“ im Sinne des § 6 Satz 1 BpflV.

Bei der Unterscheidung zwischen der vom Krankenträger im Rahmen des § 3 Abs. 1 BpflV zu erbringenden Regelbehandlung und der gesondert berechnbaren ärztlichen Leistung orientieren sich das KHG und die BpflV an den traditionellen Gestaltungsformen des „totalen“ und des „aufgespaltenen“ Krankenaufnahmevertrags. Im ersteren Falle, dem Regelfall, erfüllen alle Krankenhausärzte bei der Behandlung des Patienten Vertragspflichten des Krankenträgers. Im aufgespaltenen Krankenaufnahmevertrag erfüllen die liquidationsberechtigten Ärzte

dagegen ihre eigenen Vertragspflichten, die ärztlichen Mitarbeiter werden insoweit als ihre Erfüllungsgehilfen tätig.

3.

Das KHG schreibt in § 17 Abs. 2 die Berücksichtigung der gesonderten Berechnung der Arztkosten in den Pflegesätzen zwingend vor. Die Materialien zum KHG bestätigen, daß eine Kürzung der Pflegesätze bei der gesonderten Berechnung der ärztlichen Leistungen notwendig ist.

Die Ermächtigung des § 3 Abs. 2 Satz 2 BPfIV, in diesen Fällen analog zur belegärztlichen Behandlung einen kleinen oder mittleren Pflegesatz festzusetzen, stellt den Erlaß einer entsprechenden Rechtsverordnung deshalb nicht in das Ermessen der ermächtigten Stelle; sie bedeutet einen verbindlichen Regelungsauftrag.

4.

Werden die Arztkosten gesondert berechnet, so läßt sich der große Pflegesatz — wenn überhaupt — allenfalls als pragmatische Lösung unter der doppelten Voraussetzung rechtfertigen, daß

- der liquidationsberechtigte Arzt von der Erstattung ärztlicher Personalkosten an den Krankenhausträger freigestellt wird und
- der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar um die ärztlichen Personalkosten ermäßigt, die der Patient dem Krankenhausträger im großen Pflegesatz unmittelbar erstattet.

5.

Die Differenz zwischen dem kleinen oder mittleren und dem großen Pflegesatz deckt die vollen Personalkosten des Krankenhausträgers für den ärztlichen

Dienst. Der Krankenhausträger kann deshalb von den an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Ärzten unter dem Gesichtspunkt der Kostenerstattung insgesamt nur eine Unkostenerstattung in Höhe dieses Differenzbetrages fordern.

Anmerkungen

1. Die Annahme von BAUR/HESS (Bundespfllegesatzverordnung und ärztliches Liquidationsrecht, in: Oer Krankenhausarzt 46, 1973, S. 369/371), es sei inzwischen unsittlich, daß diese „anfänglich vereinzelt“ vertretene Ansicht falsch sei, hat sich, wie der oben zitierte Erlaß zeigt, nicht bestätigt.
2. Mit der Verweisung in § 4 Abs. 4 BPfIV auf § 3 Abs. 2 bleibt die Systematik gewahrt: dem „großen“ allgemeinen Pflegesatz entspricht der „große“ besondere Pflegesatz, dem „kleinen“ allgemeinen Pflegesatz entspricht der „kleine“ besondere Pflegesatz.
3. Vgl. auch BAUR/HESS e. a. O.: „Mit der Wahl eines ganz bestimmten Arztes zur persönlichen Behandlung wird die gesamte ärztliche Behandlung zu einem „allud“ gegenüber der ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen. Daraus folgt dann aber auch, daß die gesamte ärztliche Behandlung, also nicht nur die medizinisch unzweckmäßige und überflüssige Leistung, liquidationsfähig ist.“; vgl. auch die Empfehlungen der Bundesärztekammer zu § 6 der Bundespfllegesatzverordnung in: „Deutsches Ärzteblatt“ 8 (1974), S. 503/505 und HESS in „Deutsches Ärzteblatt“ 18 (1973), S. 1167/1170.
4. Wegen der grundsätzlichen Probleme der Vertragsgestaltung wird auf UHLENBRUCK, NJW 64, S. 431 und S. 2167 sowie OANIELS, NJW 72, S. 305 und die dort angegebene Literatur und Rechtsprechung verwiesen.
5. Etwa weil der Behandlungsvertrag auf die Leistungen seines Fachgebietes begrenzt ist oder das Krankenhaus einen Teil der Leistungen mittels seiner nachgeordneten Ärzte erbringt.
6. Oer in § 17 Abs. 1 e ursprünglich noch enthaltene Satz 2, der vorsah, daß Arztleistungen nach Satz 1 nur die Kosten der Inanspruchnahme der nicht zum Krankenhaus gehörenden Ärzte sind, wurde vom Bundestag in der 174. Sitzung (S. 10057) als mißverständlich und überflüssig gestrichen; die Begründung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit zu § 17 Abs. 1 a bezieht sich ersichtlich nicht auf diesen Satz.
7. So im Ergebnis auch KOCHENHOFF, Die Rechtsstellung des Chefarztes im neuen Krankenhausrecht, in: Med. Klin. 69 (1974), S. 115/116.
8. Vgl. dazu auch HESS in: „Deutsches Ärzteblatt“ 18 (1973), S. 1167/1169.
9. BGH VersR 1957, 806/808 zur Tätigkeit der Operationsschwester und BGHZ 5, 321 zur Bluttransfusion.

Ansch. d. Verf.: Ministerialdirigent W. Walbauar, 8050 Fraising, Eckarstraße 34

Aus der Abteilung für Anästhesiologie der Universität Würzburg (Vorstand: Professor Dr. med. K.-H. Wais)

Analyse von Unfällen im Haushalt und Freizeit

von P. Seifrin

Betrachtet man die Unfallsbereiche: Verkehr, Haushalt und Freizeit sowie Arbeitsstelle, so wurde in den vergangenen Jahren der Verkehrsunfall häufig in den Mittelpunkt gestellt. Bei den Verbesserungen im Rettungssystem wird immer wieder von dem dramatischen, eindrucksvollen Unfall auf der Straße ausgegangen. Zugegebenermaßen ist der Verkehrsunfall der häufigste Unfall, es darf aber darüber nicht vergessen werden, daß Haushalts- und Freizeitunfälle den zweiten Platz einnehmen. Untersuchungen, die wir vor zwei Jahren für den Raum Würzburg durchführten, ergaben dieses Bild (5) und veranlaßten uns zu einer genaueren Analyse dieser Unfallgattung.

Nach den Unterlagen staatlicher und privater Stellen rangieren die tödlichen Unfälle im Bereich von Haushalt und in der Freizeit hinter den tödlichen Unfällen

im Straßenverkehr (1970: 19 177 Tote auf der Straße, 11 054 Tote im Haushalt und Freizeit). Alarmierend ist auch die Tatsache, daß in der BRD in jedem Jahr rund 2300 Kinder durch Unfälle im Haushalt ihr Leben verlieren. Im Schnitt verunglücken bei uns im häuslichen Bereich täglich 30, im Gegensatz zum Straßenverkehr 40 Personen tödlich. Ein Vergleich der Zahl der Verletzten im Haushalt mit der im Straßenverkehr ergibt, daß erstere um 377 % höher liegt (7). Im Vergleich mit den Arbeitsunfällen fällt auf, daß die Zahl der tödlichen häuslichen Unfälle um 260 % höher liegt als die der tödlich verlaufenden Arbeitsunfälle, obwohl etwa 20 % mehr Arbeitsunfälle zu verzeichnen sind (8).

Im Rahmen einer Computer-Analyse an der Universität Würzburg für die Jahre 1966 bis 1971 wurden 939

		Verletzungen	tödliche Unfälle
Heushalt	1969	rd. 2 000 000	11 101
	1970	rd. 2 000 000	11 054
	1972	rd. 2 000 000	11 000
Arbeit	1969	2 363 123	4 257
	1970	2 396 865	4 251
	1972	2 265 387	4 127
Straße	1969	472 181	16 623
	1970	531 189	19 177
	1972	528 242	18 793

Unfalltote, die im Institut für Rechtsmedizin obduziert wurden, einer genauen Untersuchung bezüglich des betroffenen Personenkreises, der Unfallart, der Erstversorgung, der endgültigen Versorgung, der Art der Verletzungen und der Todesursache unterzogen. Es zeigte sich dabei folgende Verteilung nach den verschiedenen Unfallarten (3).

Unfalltote im Straßenverkehr		541
Unfalltote im Haushalt	82	} 129
Unfalltote bei Sport und Freizeit	47	
Unfalltote im Betrieb		54
Unfalltote in der Landwirtschaft		32
Sonstige Unfalltote		180

Um die Diskussion über Möglichkeiten einer gezielten Unfallverhütung und -vorbeugung auf eine sachliche Basis zu stellen, haben wir die Unfälle im Bereich von Haushalt und Freizeit vom 1. Juli 1972 bis zum 30. Juni 1973 gesammelt und ausgewertet. Bei dem vorliegenden Kollektiv (230 Personen) handelt es sich um solche, die von einem Kranken- oder Rettungswagen des BRK Würzburg in ein Krankenhaus eingeliefert wurden. Unfälle, bei denen Personen mit leichten Verletzungen in einem Privat-PKW zum Arzt gebracht wurden oder der Hausarzt zur Versorgung in die Wohnung kam, mußten unberücksichtigt bleiben. Personen, die durch eine andere Hilfsorganisation (MHD, JUH) transportiert wurden, konnten gleichfalls nicht erfaßt werden. Da jedoch Unfälle im Haushalt und Freizeit zu 80 bis 90 % vom BRK transportiert wurden, gibt das vorliegende Zahlenmaterial einen repräsentativen Überblick.

Ergebnisse

Bei der Aufschlüsselung des Unfallhergangs und der Unfallart zeigte sich für den Raum Würzburg, daß der Sturz – in Übereinstimmung mit Untersuchungen der Aktion „Das sichere Haus“ bei den tödlichen Unfällen in Bayern – weit an der Spitze liegt. Über die Hälfte aller uns bekannten Unfälle (51,7 %) waren durch einen Sturz bedingt. Bei den tödlichen Unfällen im Jahre 1969 in Bayern betrug der Anteil sogar 81,4 %. In unserem Patientengut waren 37 % der Stürze aus der Höhe, d. h., es kam zum Absturz von einer Treppe (12,5 %) oder von einer Leiter (6,5 %) u. ä. Der Anteil der Patienten, die aus irgendeinem Grunde eusrutsch-

ten und dann stürzten, betrug 12,5 %. Aus einer Analyse der Mainzer Universitätsklinik aus dem Jahre 1970 ergab sich bei Haushaltsunfällen von Kindern in 60,4 % ein Sturz als Ursache, in 12,1 % eine Verbrühung oder Verbrennung. Bei Spielunfällen Sturz und Fell in 60,7 %, vom Fahrrad gestürzt 10,2 %, Unfälle durch Glas in 9,8 % der Fälle (6).

In unserer weiteren Analyse folgen ungefähr gleich auf Unfälle, die durch Werkzeuge (8,2 %), bei Sport und Spiel (7,8 %), durch Glas (6,1 %) und durch Fahrzeuge (5,2 %) sich ereigneten oder verursacht wurden. Als eine besondere Gruppe haben wir die Unfälle aufgeführt, die sich in Folge oder während einer Schlägerei entwickelten. Sie sind immerhin mit 12 % die zweithäufigste Gruppe und sollten deshalb nicht ignoriert werden (Tab. 1). Bei Kindern aus dem Tübinger Krankengut ereignete sich jeder zehnte Unfall beim Sport, jeder zwanzigste in der Schule und auf dem Schulhof (1).

Art des Unfalls

	Anzahl	prozentueller Anteil
Sturz	119	51,7
davon von einer Treppe	29	12,5
aus Höhe, Leiter u. ä.	15	6,5
eusrutscht	29	12,5
unbekannter Genese	46	20
Unfall durch Werkzeuge	19	8,2
Unfall durch Glas	14	6,1
Unfall durch Fahrzeuge	12	5,2
Unfall durch sonstige Gegenstände	9	4,0
Unfall bei Sport und Spiel	18	7,8
Schlägerei	27	12
Verbrennungen	8	3,5
Vergiftungen	3	1,3
Tierbisse	5	2,2
Ertrinken, Ersticken, Erschießen	4	1,7

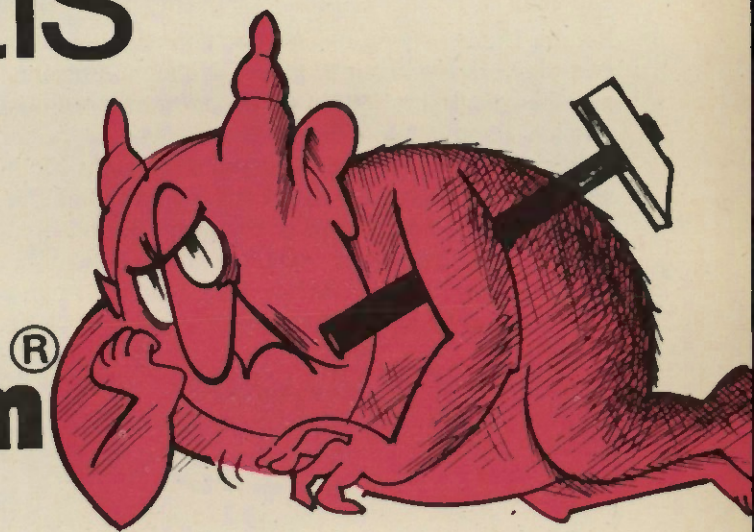
Tabelle 1

Bei der Untersuchung der Entfernung, die die Krankentransportfahrzeuge zurücklegen mußten bis zur Unfallstelle, waren die Kilometerangaben 0 bis 5 km in der Hälfte der Fälle vertreten. Betrachtet man die Ausdehnung der Stadt Würzburg (Nord-Süd Ausdehnung ca. 6 km, Ost-West ca. 6 km), so war die Mehrzahl der Unfälle im Bereich des Stadtgebietes. Bei den Unfällen, die sich mehr als 15 km von Würzburg entfernt ereigneten, dürfte es sich um schwerere Fälle gehandelt haben, die vom Hausarzt zur weiteren Behandlung in eines der Würzburger Krankenhäuser eingewiesen wurden. Da in der Umgebung von Würzburg die Versorgung der Ländbevölkerung durch Ärzte – nach Angaben des NAV sind nur 1,5 % der ausgeschriebenen Stellen nicht besetzt – ausreichend gesichert ist, wird bei diesen Entfernungen der örtliche Arzt zuerst zugezogen werden (Abb. 1).

Aus dieser Aufstellung kann nicht absolut eine Häufung der Gefahren im Haushalt einer Familie in der

Halsleutet haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

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



Das mucolytische Lysozym
und das proteolytische Papain
lösen Schleim, Eiter und
ablässe auf. Dadurch gelangen
die Wirkstoffe an die Krank-
heitsherde; die gereinigte
Schleimhaut bietet den
keimen keinen Nährboden
für Infektion.

Frubienzylm[®] wirkt bakterizid;
Lysozym hat virus-

hemmende Eigenschaften²⁾ –
die Infektionen im Hals sind
meist virusbedingt¹⁾.

Außerdem ist Frubienzylm[®]
entzündungshemmend²⁾:
Halsschmerzen, Rötung und
Schwellung gehen zurück.

Dabei ist Frubienzylm[®] gut
verträglich; Nebenwirkungen
und Resistenz sind kaum zu
befürchten¹⁾.

Zusammensetzung:

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

Anwendung/Dosierung:

Täglich 2 – 8 Tabletten, je nach
Schwere der Krankheit. Tabletten im
Munde zergehen lassen;
nicht schlucken, nicht lutschen,
nicht kauen.

Indikationen:

Alle infektiösen und entzündlichen
Prozesse im Mund-, Rachen- und
Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbe-
handlung bei chirurgischen Ein-
griffen.

Nebenwirkungen:

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

Packungsgrößen/Preise:

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

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica
Fibel, 1969, 725 u. 385
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arz-
neim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969),
149

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD**

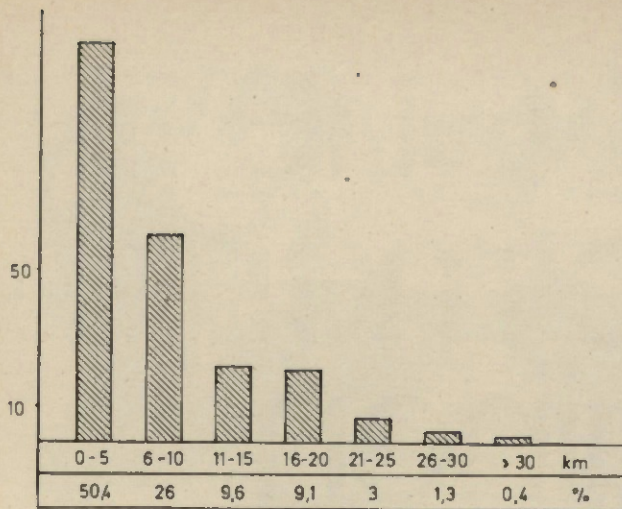


Abbildung 1
Entfernung zum Unfallort

Großstadt abgeleitet werden, da sich die Untersuchung, wie schon erwähnt, auf die Unterlagen des BRK bezieht. Eine Reihe von leichteren Verletzungen in den umgebenden Gemeinden wurden von uns nicht erfaßt, da sie vom Hausarzt ambulant betreut wurden. Andererseits ist die Häufung im Bereich des Stadtgebietes natürlich auch auf die vermehrte Bevölkerungsdichte in diesem Raum zurückzuführen. Übereinstimmung in diesem Hinblick besteht mit unseren früheren Untersuchungen (5), wobei sich 48,6% aller Unfälle im Raum Würzburg im Umkreis von 5 km ereigneten.

Bei der Untersuchung der Art der Verletzungen standen die verschiedenen Wundarten und Kontusionen mit über der Hälfte (56%) im Vordergrund. Auf dem zweiten Rang folgten die Frakturen, bei 26% der Patienten festgestellt. Verletzungen des Kopfes (Commotio cerebri, Kontusion und Schädelhirntrauma) liegen mit 12,1% noch relativ hoch, wenn man bedenkt, daß der Kopf bei diesen Unfällen im Gegensatz zu den Verkehrsunfällen nicht so exponiert ist. Andere Verletzungen lagen in einem Bereich zwischen 2 bis 3% (Tab. 2).

Art der Verletzung

Verletzung	Anzahl	prozentualer Anteil
Wunden, Kontusionen	129	56
Frakturen	60	26
Commotio cerebri	21	9,1
Schädelhirntrauma	7	3
Brandwunden	8	3,5
Verletzungen von Körperhöhlen	6	2,6
Intoxikationen	5	2,2
Starke Blutungen	5	2,2
Amputationen	6	2,6

Tabelle 2

Um eine genauere Aussage über die Schwere der Verletzungen machen zu können, haben wir wiederum eine Unterteilung in neun Schweregrade durchgeführt, die sich an das Schema von KUNZ (4) entlehnt, und in etwa mit der Einteilung des NACA, die HERZOG (2) benutzt, deckt. Entsprechend den oben aufgeführten Verletzungen wundert es nicht, wenn 54,3% unserer Verletzten der Gruppe der leichten bis mittelschweren Verletzungen (I. bis II. Grades) gehören. Untersuchungen von HEROG an 1136 Haushaltsverletzten im Jahre 1971 ergaben einen noch höheren Anteil dieser Gruppe mit 69,6% (2). Bei einer Einordnung der Schweregrade III und IV als schwere Verletzungen ohne Lebensbedrohung ist dieser Anteil mit 36,1% noch hoch und entspricht unserer Untersuchung aus dem Jahre 1971 bei der Gesamtzahl von allen Unfällen im Würzburger Raum (36,5%). Bei HERZOG sind die Gruppen III und IV mit 29% vertreten. Als schwerste Verletzungen, zum Teil mit einer ganz akuten Lebensbedrohung, sind die Gruppen V und VI zu betrachten, deren Anteil bei uns 5,7% betrug (HERZOG 1,1%). 1,3% unserer Patienten wurden durch Unfälle im Haushalt und Freizeit getötet (HERZOG 0,3% — Abb. 2).

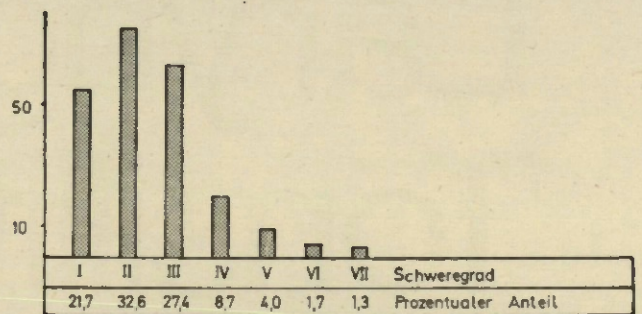


Abbildung 2
Schweregrad der Verletzungen

Durch Untersuchungen und Befragungen am Ort des Geschehens war es uns möglich, auch eine Aussage über die Art der Hilfeleistung zu machen. Während verständlicherweise diese Erste Hilfe am häufigsten durch das Krankentransportpersonal erfolgte (90%), da ja alle Patienten in einem Krankenwagen transportiert wurden, so wurden in 10% der Fälle entweder der Notarzt oder der Hausarzt tätig. Vergleicht man auf der anderen Seite nun die Schweregrade der Verletzungen mit der Häufigkeit der ärztlichen Hilfeleistung am Ort des Geschehens, und legt außerdem eine Indikation für den Einsatz des Arztes ab dem Schweregrad IV zugrunde, so bestand bei uns eine Differenz von 4,4% (IV bis VI = 14,4%). In diesen Fällen hätte aufgrund der vorliegenden Verletzungen zur ersten Hilfe der Arzt herangezogen werden müssen. Ein Beweis mehr dafür, daß der Notarzt sein Haupteinsatzgebiet nicht nur beim Verkehrsunfall auf der Straße sehen sollte.

Betrachtet man die Möglichkeiten der Ersten Hilfe durch Laien und Sanitäter, so sind auch heute noch das Anlegen eines Verbandes und einer Schienung

im Vordergrund der Maßnahmen. Bei 6,5% der Patienten wurde am Unfallort eine Infusion angelegt. Wiederbelebungsversuche wurden bei fünf Patienten durchgeführt (2,2%), die in zwei Fällen zu einem Erfolg führten. In einem Falle sogar wurde eine Restitutio ad integrum herbeigeführt (Tab. 3).

Art der Hilfeleistung

Hilfeleistung	Anzahl	prozentualer Anteil
Verband	86	37,4
Schienung	49	21,3
Infusion	15	6,5
Blutstillung	8	3,5
Injektion (i. m., i. v.)	5	2,2
Intubation	3	1,3
O ₂ -Inhalation	6	2,6
Wiederbelebungsversuch	5	2,2

Tabelle 3

Beispiel: Am 7. Juli 1972 wurde von Bewohnern des Hauses der Patient H. N. (59 Jahre) bewußtlos und tief zyanotisch im Hausflur gefunden. Er war angeblich von der Treppe heruntergefallen. Notarzt und NAW wurden sofort alarmiert und trafen bereits nach wenigen Minuten ein. Bei dem Patienten lag bereits ein Atemstillstand vor. Der Puls war peripher nicht mehr testbar, die Pupillen jedoch noch eng. Eine sofortige Intubation mit anschließender Beatmung mit dem Rubenbeutel, das Anlegen einer Infusion eines Plasmaexpanders und die Gabe von NaHCO₃ waren die ersten Maßnahmen des Notarztes. Nach der Übernahme in den NAW wurden diese fortgesetzt und zusätzlich ein EKG abgeleitet, bei dem sich ein normaler Sinusrhythmus zeigte. Wegen der Verdachtsdiagnose einer Apoplexie wurde eine Einlieferung auf die Intensivabteilung der Medizinischen Universitätsklinik veranlaßt. Dort mußte während der folgenden Nacht eine kontrollierte Beatmung weitergeführt werden. Erst am nächsten Tage war der Übergang auf eine assistierende Beatmung möglich. Zwei Tage später war die Spontenatmung ausreichend und der Patient wurde langsam wach. Aufgrund einer Blutalkoholbestimmung wurde ein Gehalt von 3,8‰ ermittelt und die Diagnose „Alkoholintoxikation“ gestellt. Der Patient verließ nach acht Tagen gesund die Klinik.

Nach anfänglichen Hinweisen auf eine besondere Gefährdung von Kindern im Haushalt und Freizeit führten wir eine Aufgliederung unserer Patienten in verschiedenen Altersgruppen durch. Die Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahre sind zahlenmäßig zwar nicht an der Spitze, doch sie liegen mit den Altersgruppen der 26- bis 30- und der 36- bis 40jährigen gleich auf. Eine besondere Häufung ist in den Altersgruppen 16 bis 20, 21 bis 25 und 66 bis 70 Jahre, d. h. der Heranwachsende und Jugendliche sowie der alte Mensch, waren vorzugsweise von dieser Art des Unfalls betroffen. Ob bei den einen mangelnde Vorsicht durch Leichtsinne oder übermäßiger Wagemut und bei den anderen das Fehlen der rechtzeitigen Erkennung von Gefahren

eine Rolle spielt, sei dahingestellt. Die wenigsten Unfälle waren in der Altersgruppe der 46- bis 55jährigen und der über 76jährigen zu verzeichnen (Abb. 3).

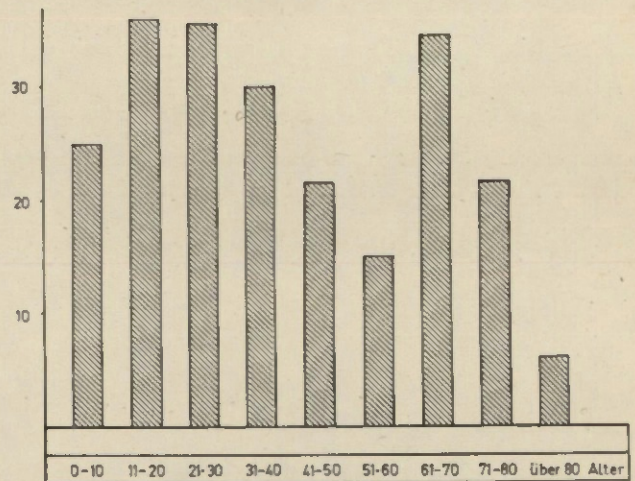


Abbildung 3
Altersverteilung der Patienten

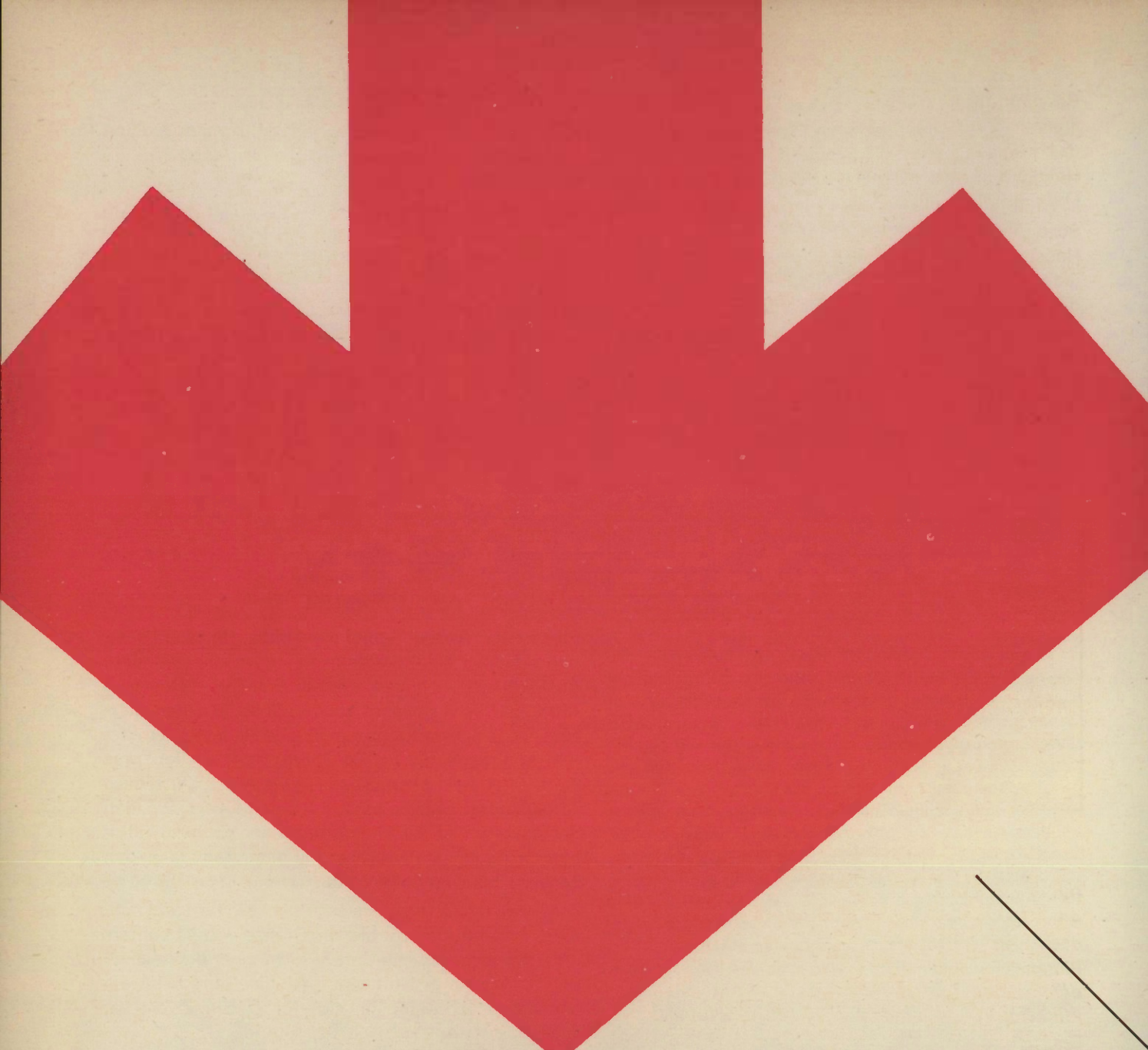
Eine weitere Analyse sollte die Art des Unfalls in Relation zum Alter des Patienten setzen, um eine genauere Auskunft zu bekommen, welcher Unfalltyp für welches Alter spezifisch genannt werden kann. Bei den Stürzen war fast erwartungsgemäß eine Häufung der älteren Jahrgänge (60 bis 80 Jahre) festzustellen, was dann auch den hohen prozentualen Anteil der tödlich verlaufenden Unfälle erklärt (1969: 81,4%). Bei den Schlägereien ist die Altersgruppe der 20- bis 30jährigen am häufigsten vertreten mit einer dann fallenden Tendenz bis zum hohen Alter.

Unfälle durch Glas gibt es schon bei Kindern und nehmen mit dem Alter zu bis zur Grenze von 40 Jahren, danach wurden solche Unfälle nicht mehr beobachtet. Bei Unfällen mit Fahrzeugen ist die Generation am häufigsten vertreten, die sich für diesen Zweig am meisten interessiert (10- bis 20jährige).

Art des Unfalls und Alter der Patienten

Alter	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	über 80
Sturz	8	15	11	9	11	9	20	21	7
Schlägerei	-	3	11	6	6	1	2	-	-
Unfall durch Werkzeuge	-	2	2	2	4	2	4	-	-
Unfall durch Glas	3	2	3	5	-	-	-	-	-
Unfall durch Fahrzeuge	2	5	-	1	-	-	1	-	-
Unfall bei Sport u. Spiel	4	5	5	2	1	1	2	-	-
Verbrennung	2	-	2	1	-	1	2	-	-

Tabelle 4



® Elfanex

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

Zusammensetzung

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

Indikationen

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepa-

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

Dosierung

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

Zu beachten

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

Bei Patienten mit latentem oder manifestem
Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoff-
wechsel zu überwachen.
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel
überwacht werden, gegebenenfalls ist die
Gabe von Urikosurika erforderlich.
Sollten trotz der Behandlung mit ELFANEX
stärkere Kaliummangelzustände eultreten, ist
eine zusätzliche medikamentöse Substitutions-
behandlung mit einem Kaliumpräparat er-
forderlich.

Hendelsformen und Preise

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

Bei den Sport- und Spielunfällen ist ein gleiches Bild zu erkennen, da diese Altersgruppen (10 bis 30 Jahre) das Hauptkontingent der hier Tätigen darstellt. Andere Unfallarten weisen keine besondere Signifikanz auf (Tab. 4).

Schon bei der früheren Analyse der ausschließlichen Haushaltsunfälle fiel eine Häufung am Samstag einer jeden Woche auf, was mit der vermehrten Hausarbeit der berufstätigen Frau erklärt wurde (5). Da nun noch die Unfälle in der Freizeit hinzukamen, die am Wochenende für fast jeden Bundesbürger gegeben ist, wird verständlicherweise der prozentuale Anteil sich am Freitag, Samstag und Sonntag häufen. Die Spitze der Unfälle am Samstag bestätigt die früher geäußerte Vermutung (Tab. 5).

Tag des Unfalls

Wochentag	Anzahl	prozentueller Anteil
Montag	25	11
Dienstag	31	13,4
Mittwoch	32	14
Donnerstag	22	9,8
Freitag	33	14,3
Samstag	52	22,6
Sonntag	35	15,2

Tabelle 5

Bei der Aufgliederung unseres Patientengutes nach Alter haben wir, entsprechend eines früheren Verdachts (5), erstmals eine Unterteilung in alkoholisierte Patienten vorgenommen. Es muß dabei gesagt werden, daß es sich bei der Einordnung zur Gruppe der Patienten unter Alkoholgenuß um eine rein subjektive Beurteilung unseres Krankentransportpersonals handelt. Ausschlaggebende Kriterien waren in erster Linie das Allgemeinverhalten, dann Foetor alcoholicus, Gesichtsfarbe und u. a. Sprache. Es kann dabei allerdings vorausgesetzt werden, daß das Personal genügend Erfahrung zu richtigen Beurteilung und Erkennung eines Rauschzustands hatte. In unserer Zusammenstellung wurden nur solche Patienten als alkoholisiert aufgenommen, bei denen die oben genannten Zeichen sicher vorhanden waren. Im Zweifelsfall wurde auf eine derartige Zuordnung verzichtet. Aufgrund dieser Tatsache wird verständlich, daß wir nur die Patienten erfassen konnten, die bereits deutliche Zeichen eines Rausches boten. Der effektive Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt des Unfalls unter Alkoholeinfluß standen, wird deshalb bestimmt noch höher liegen, als in der Tabelle angegeben. Um eine genaue Aussage zu bekommen, müßte man alle Patienten einer Blutprobe unterziehen, was aus verständlichem Grunde nicht möglich war.

Alter und Alkohol

Alter	Anzahl	davon mit Alkohol	= %
0 bis 10 Jahre	25	2	8
10 bis 20 Jahre	37	4	11
20 bis 30 Jahre	36	16	45
30 bis 40 Jahre	30	14	47
40 bis 50 Jahre	23	8	35
50 bis 60 Jahre	15	3	20
60 bis 70 Jahre	34	11	32
70 bis 80 Jahre	23	9	39
über 80 Jahre	7	—	—
Insgesamt 230		67	29

Tabelle 6

Es zeigte sich, daß trotz der groben Orientierung ca. 30% aller unserer Patienten deutliche Zeichen eines Alkoholgenußes zeigten. Der höchste Anteil nach Altersgruppen war bei den 20- bis 40jährigen, bei denen nicht ganz die Hälfte der Patienten alkoholisiert waren. Ansonsten lag der Anteil der Patientengruppen entsprechend dem Mittelwert zwischen 20 und 30% (Tab. 6).

Gleichsinnig wurde verfahren bei der Feststellung der verschiedenen Uhrzeiten, an denen die Unfälle geschahen. Es wurde auch hier der prozentuale Anteil der Patienten ermittelt, die unter Alkohol standen.

Insgesamt war die Spitze der Unfälle in der Zeit zwischen 16.00 und 20.00 Uhr, was wiederum durch den Beginn der Freizeit zu erklären wäre. Inwieweit auch hier die Hausarbeit der berufstätigen Frau eine Rolle spielt, ließ sich nachträglich nicht mehr eruieren.

Betrachtet man nun den Anteil der alkoholisierten Patienten, so wird ein Anstieg deutlich, je weiter sich die Zeit dem Abend zuwendet. Steht um 20.00 bis 22.00 Uhr schon jeder zweite Patient unter Alkohol, so ist in der Zeit zwischen 22.00 und 2.00 Uhr von fünf Patienten nur noch ein Patient nüchtern (Tab. 7). Diese Zahl sollte zumindest zu denken geben. Nicht zu verkennen ist in diesem Zusammenhang unsere Lebensführung, die auf den Genuß von Alkohol in der Freizeit nicht mehr verzichten kann. Obwohl die Folgeschäden bei dieser Art von Unfällen nicht so schwerwiegend sind, wie bei der Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkohol, so kann doch gesagt werden, daß bei Unfällen im Hause und in der Freizeit besonders am Abend der Alkohol im größten Teil der Fälle eine entscheidende Rolle spielt. Die Möglichkeit einer Einschränkung scheint jedoch bei den heutigen Trinkgewohnheiten gering. Es bleibt deshalb lediglich der Hinweis und die Warnung.

Eine Unfallverhütung, wie im Verkehr und bei der Arbeit durch entsprechende Verordnungen, ist bei den

Uhrzeit des Unfalls und Alkoholbeteiligung

Uhrzeit	Anzahl	%	davon mit Alkohol	= %
0.00 bis 2.00 Uhr	15	6,5	12	80
2.00 bis 4.00 Uhr	3	1,3	1	33
4.00 bis 6.00 Uhr	1	0,4	—	—
6.00 bis 8.00 Uhr	5	2,2	1	20
8.00 bis 10.00 Uhr	7	3	—	—
10.00 bis 12.00 Uhr	20	8,7	—	—
12.00 bis 14.00 Uhr	22	9,6	1	5
14.00 bis 16.00 Uhr	30	13	3	10
16.00 bis 18.00 Uhr	38	16	5	13
18.00 bis 20.00 Uhr	38	16	12	31
20.00 bis 22.00 Uhr	26	11,3	13	50
22.00 bis 24.00 Uhr	25	10,8	19	76

Tabelle 7

Haushalts- und Freizeitunfällen nur schwer möglich. Unsere Aufgabe kann deshalb nur darin bestehen, die Gefährdungen aufzuzeigen und davor zu warnen. Dies ist besonders bei Personenkreisen notwendig, die bekanntlich am häufigsten betroffen werden. So darf die Häufigkeit der Stürze bei alten Menschen auch Anlaß sein, von seiten der Technik nach Auswegen zu suchen. Besonders bei der Einführung von neuen Geräten für Haushalt und Freizeit sollte unbedingt darauf geachtet werden, daß die Möglichkeiten einer Verletzung von vornherein ausgeschaltet werden. Daß die Einführung der Technik mit einer zunehmenden Gefährdung verbunden ist, hat sich inzwischen erwiesen. Es muß deshalb die Verhütung von Unfällen in der entsprechenden Aufklärung der Gefahren liegen, was jedoch die Industrie nicht von der Beachtung von zusätzlichen Sicherheitsvorkehrungen entbinden sollte. Bei Kindern muß besonders an die sachgemäße Erziehung durch Eltern gedacht werden.

Zusammenfassung

Da der Unfall im Haushalt und Freizeit nach den Verkehrsunfällen die zweithäufigste Unfallart ist, wurden hier 230 Unfälle, die sich im Raum Würzburg im Laufe eines Jahres ereigneten, genauer untersucht. In mehr als der Hälfte der Fälle war die Ursache dieser Unfälle ein Sturz, bei dem vorwiegend alte Menschen zu Fall kamen. Meistens stürzten sie aus einer Höhe. Die

zweithäufigste Gruppe der Unfälle waren Zustände, die sich während oder infolge einer Schlägerei entwickelten. Meistens ereigneten sich die Unfälle im Stadtgebiet Würzburg. Die Verletzungen waren größtenteils nicht schwerwiegend, es standen Wunden und Kontusionen an der Spitze der Verletzungsarten, gefolgt von Frakturen und Kopfverletzungen. Die Erste Hilfeleistung, die in unseren Fällen fast ausschließlich durch Sanitäter (90%) erfolgte, waren demnach auch das Anlegen von Verbänden und Schienungen. In 10% der Fälle wurde die erste Behandlung entweder durch den Notarzt oder den Hausarzt durchgeführt. Bei der altersmäßigen Unterteilung war die Gruppe der Jugendlichen, bei denen es zu Verletzungen durch oder mit Fahrzeugen und Schlägereien kam, und die alten Menschen am meisten betroffen. Am Wochenende war die Unfallhäufigkeit signifikant höher als während der übrigen Wochentage, wobei am Samstag eine Spitze zu verzeichnen ist.

Besondere Beachtung wurde dem Alkoholgenuß in Zusammenhang mit dem Unfall gewidmet. Die Beurteilung erfolgt nach rein subjektiven Kriterien und zeigte, daß 30% der Patienten unter Alkoholeinfluß standen. In der Zeit zwischen 22.00 und 2.00 Uhr mußten 80% der Patienten als deutlich angetrunken bezeichnet werden. Es wurde auf die Möglichkeiten der Unfallverhütung hingewiesen.

Literaturverzeichnis

1. FLACH, A., C. Th. EHLERS, H. SCHMOLKE und M. DINKELAKER: Die Unfallgefährdung im Kindesalter. In F. REHBEIN: Oer Unfall im Kindesalter. Hippokrates Verlag, Stuttgart (1972)
2. HERZOG, Kt.: Über die Verletzungsschweregrade bei verunfallten Menschen. MMW 115 (1973) 29/30, 1309.
3. LICK, R. F., E. SCHULZE, P. SEFRIN und K. WALTER: Unveröffentlichte Mitteilungen.
4. KUNZ, Th.: Erfahrungen mit dem Frankfurter Notarztwagensystem. Anästhesist 19 (1970) 2, 82.
5. SEFRIN, P.: Unfallbilanz aus dem Gebiet einer mittleren Großstadt. Bayer. Ärzteblatt 27 (1972) 10, 860.
6. WALTER, B. und S. HOFMANN: Minderung der Unfallgefährdung im Kindesalter durch entwicklungsgerechte Erziehung. In F. REBEIN: Oer Unfall im Kindesalter. Hippokrates Verlag, Stuttgart (1972)
7. Unfälle im Haushalt und Freizeit. DA 70 (1973) 11, 708. — Themen der Zeit.
8. Das alchere Haus. Zeitschrift für Unfall- und Schadensverhütung im Haushalt und in der Freizeit. 17 (1972) 7/8.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. P. Sefrin, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.



■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus.
 ■ Es stumpft abnorme Säurebildung im Mogen ob. ■ Behebt u. verhütet u. a. Sodbrennen, beugt Mogenkrämpfen sowie der Bildung von Mogeneschwüren vor. ■ Vermehrt z.B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.
 Bei Kronkenkassen zugelassen. Ad us. proprium Varzugspreise. Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindlich durch:
Staatl. Mineralbrunnen Siemens Erben · Zentralbüra:
62 Wiesbaden · Postfach 13047

Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern im Jahre 1971

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern im Jahre 1971 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebenen Zusammenfassung und den daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen:

1.

Mit 81 904 Erstuntersuchten dürfte auch im Jahre 1971 die weit überwiegende Zahl der neu in das Erwerbsleben eingetretenen Jugendlichen erfaßt worden sein. Dies ergibt sich aus dem Vergleich mit den Zahlen des Bayerischen Landesamtes über die 1971 entlassenen Volksschüler (75 174) und der Schüler aus mittleren und höheren Lehranstalten (44 997). Dabei ist zu berücksichtigen, daß ein nicht geringer Teil der Schüler bei der Entlassung aus den zuletzt genannten Lehranstalten bereits das 18. Lebensjahr erreicht haben dürfte und damit vom Jugendarbeitsschutzgesetz zum Zeitpunkt des Eintritts in das Erwerbsleben nicht betroffen war.

Die Zahl der potentiell erstuntersuchungspflichtigen Jugendlichen im Jahre 1971 dürfte daher erheblich kleiner gewesen sein als der Summe aus 75 174 und 44 997 entspricht, d. h. kleiner als 120 171.

2.

Die Zahl der im Jahre 1971 nachuntersuchten Jugendlichen dürfte mit 41 096 wiederum erheblich hinter der Zahl der potentiell Nachuntersuchungspflichtigen, aber auch hinter der der Erstuntersuchten aus dem Vorjahre zurückgeblieben sein.

Auch hier bietet die Zahl der Schulentlassenen des Schuljahres 1969/70 einen guten Anhalt. Sie betrug 115 661. Aber auch die Zahl der Berufsschüler der ersten Klasse des Berufsschuljahres 1970/71 — sie betrug 86 991 — stellt einen verwertbaren Basiswert für eine Schätzung dar.

3.

Die Hoffnung, daß die durchwegs gut bis sehr gut besuchten Aufklärungsveranstaltungen eine fühlbar stärkere Beteiligung an den Nachuntersuchungen bringen werden, ging noch nicht in Erfüllung. Auch die Sonderaktionen der Gewerbeaufsichtsämter und die Ahndung von Verstößen wegen Nichtbeachtung der Vorschriften über die gesundheitliche Betreuung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, läßt bis jetzt noch keine wesentliche Besserung bezüglich der Einhaltung dieser so wichtigen Vorschriften erkennen.

Um Einblick in die wahren Gründe bzw. Motive für diese unbefriedigende Beteiligung an den Nachuntersuchungen zu erhalten, sollten die Gewerbeaufsichtsbeamten bei den Kontrollen die Jugendlichen und Ar-

beitgeber eingehend befragen, warum und weshalb gerade diese Vorschriften mißachtet werden.

Die Antworten könnten dann im Hinblick auf die Entwicklung wirksamer Abhilfemaßnahmen analysiert werden. Es ist auch denkbar, daß durch aktive nachgehende Maßnahmen der für die Erstuntersuchung in Anspruch genommenen Ärzte ein wirksamer Beitrag zur Anhebung der Zahl der Nachuntersuchten geleistet werden könnte.

4.

Da Globalzahlen für das Bundesgebiet zum Vergleich noch nicht zur Verfügung stehen, läßt sich eine eindeutige Aussage über den allgemeinen Gesundheitszustand der Jugendlichen Arbeitsanfänger in Bayern nicht machen. Als Anhaltspunkte für eine Beurteilung kann die Häufigkeit der festgestellten Abweichungen vom Normalbefund, insbesondere soweit sie so erheblich waren, daß sie zur Eintragung von Gefährdungsvermerken in die Untersuchungsbogen bzw. von Arbeitsverboten in die von den Ärzten auszustellenden Untersuchungsbescheinigungen führten, sowie die Häufigkeit der empfohlenen ärztlichen (und zahnärztlichen) Behandlung dienen.

Der Anteil der Jugendlichen mit einer notwendigen ärztlichen Behandlung betrug bei den Erstuntersuchten 14,8 Prozent und bei den Nachuntersuchten 13,7 Prozent. Seit 1969, d. h. seit die Nachuntersuchungsbogen in Bayern gesamtstatistisch ausgewertet werden, sind diese Werte praktisch gleich geblieben. Dagegen hat die Häufigkeit der Gefährdungsvermerke bzw. Arbeitsverbote bei den Erstuntersuchten und Nachuntersuchten seit 1969 ständig gering zugenommen, und zwar von 13,7 Prozent im Jahre 1969 auf 15 Prozent, im Jahre 1971 bzw. von 11,7 Prozent auf 13,2 Prozent bei den Nachuntersuchten.

5.

Hinsichtlich der vor Eintritt in das Erwerbsleben von den Erst- und Nachuntersuchten überstandenen Krankheiten, der festgestellten Einzelbefunde und der von den Nachuntersuchten seit der Erstuntersuchung überstandenen Krankheiten, Operationen und Unfälle, ergaben sich gegenüber den entsprechenden, in den beiden vorhergehenden Jahren getroffenen Feststellungen keine wesentlichen Veränderungen. Auch die Zahl derjenigen Nachuntersuchten, bei denen nach-

teilige Auswirkungen der bisherigen Arbeit auf die Gesundheit festgestellt wurden und jene, bei denen eine außerordentliche Nachuntersuchung angeordnet wurde, blieb mit 0,8 Prozent bzw. 0,5 Prozent gering und im Rahmen der in den beiden vorhergehenden Jahren gemachten Erfahrungen.

Bezüglich der relativen Häufigkeit und der Verteilung der einzelnen Arbeitsverbote auf die Erst- und Nachuntersuchten ist eine ähnliche Feststellung zu treffen. Allerdings war die Unfallhäufigkeit bei den männlichen Nachuntersuchten gegenüber den weiblichen dreimal größer.

Wiederum standen die Verbote von schweren körperlichen Arbeiten, von Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, von Arbeiten im Stehen und solchen, die volle Sehkraft erfordern sowie die Verbote von Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern, bei den Erst- wie bei den Nachuntersuchten weit an der Spitze.

Der größte Teil der Arbeitsverbote stützte sich auf eine verminderte physische Belastbarkeit wegen schwacher Muskulatur, Deformierungen am Skelett und auch auf daraus resultierende Fehlstellungen und Fehlhaltungen. Durch gezielte Maßnahmen zur körperlichen Ertüchtigung, die schon während der Schulzeit betrieben und später in der Freizeit intensiv weiterbetrieben werden sollten, könnte diese Minderbelastbarkeit in den meisten Fällen verhindert oder wenigstens gebessert werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen in diesem Zusammenhang die Angaben über die aktive sportliche Betätigung. Während 53,8 Prozent der Erstuntersuch-

ten (62,0 Prozent der männlichen, 45,1 Prozent der weiblichen) die entsprechende Frage positiv beantworteten, waren es bei den Nachuntersuchten nur noch 39,9 Prozent (51 Prozent der männlichen und 27 Prozent der weiblichen). Diese Entwicklung ist unbefriedigend, nicht nur im Hinblick auf die besondere Bedeutung, die dem Sport allgemein als Mittel zur physischen Ertüchtigung zukommt. Wegen der besonderen physiologisch bedingten Entwicklungs- bzw. Wachstumsvorgänge bei den Jugendlichen, hat die sportliche Betätigung bei ihnen auch eine erholungs- und psycho-physische Ausgleichsfunktion und damit einen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf ihres Entwicklungs- und Gesundheitszustandes.

Der regelmäßigen sportlichen Betätigung im Schulalter kommt auch im Hinblick auf ihre aktive Pflege nach der Schulentlassung große Bedeutung bei. Das Bedürfnis und die Neigung, im darauffolgenden Lebensabschnitt Sport zu betreiben, ist bei jenen Menschen erfahrungsgemäß deutlich größer, die schon im Kindes- bzw. Schulalter auf diesem Gebiet aktiv waren, als bei jenen, die sich sportlich nie oder nur sehr gering betätigten.

Eine stärkere Förderung des Schulturnens, des Schulsportes sowie aller einschlägigen außerschulischen Aktivitäten, dient der Hebung und Erhaltung des allgemeinen Gesundheitszustandes und erleichtert damit indirekt den jugendlichen Arbeitsanfängern die Bewältigung der in vieler Hinsicht gefahrengeigneten Verhältnisse, die sie in der neuen und daher ungewohnten Arbeitsumwelt antreffen. Sie ist somit ein notwendiger und wertvoller praktischer Beitrag zur Gesundheitsvorsorge für unsere Jugendlichen.

Standesleben

W. Knies Präsident der Versicherungskammer

Als Nachfolger des Anfang Januar verstorbenen Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer Dr. Robert WEHGARTNER berief die Bayerische Staatsregierung Wilhelm KNIES, Ministerialdirigent im Bayerischen Staatsministerium des Innern, an die Spitze der Bayerischen Versicherungskammer. Die offizielle Amtseinführung erfolgte durch den Bayerischen Innenminister Dr. MERK am 6. Februar in Anwesenheit zahlreicher Repräsentanten des öffentlichen Lebens.

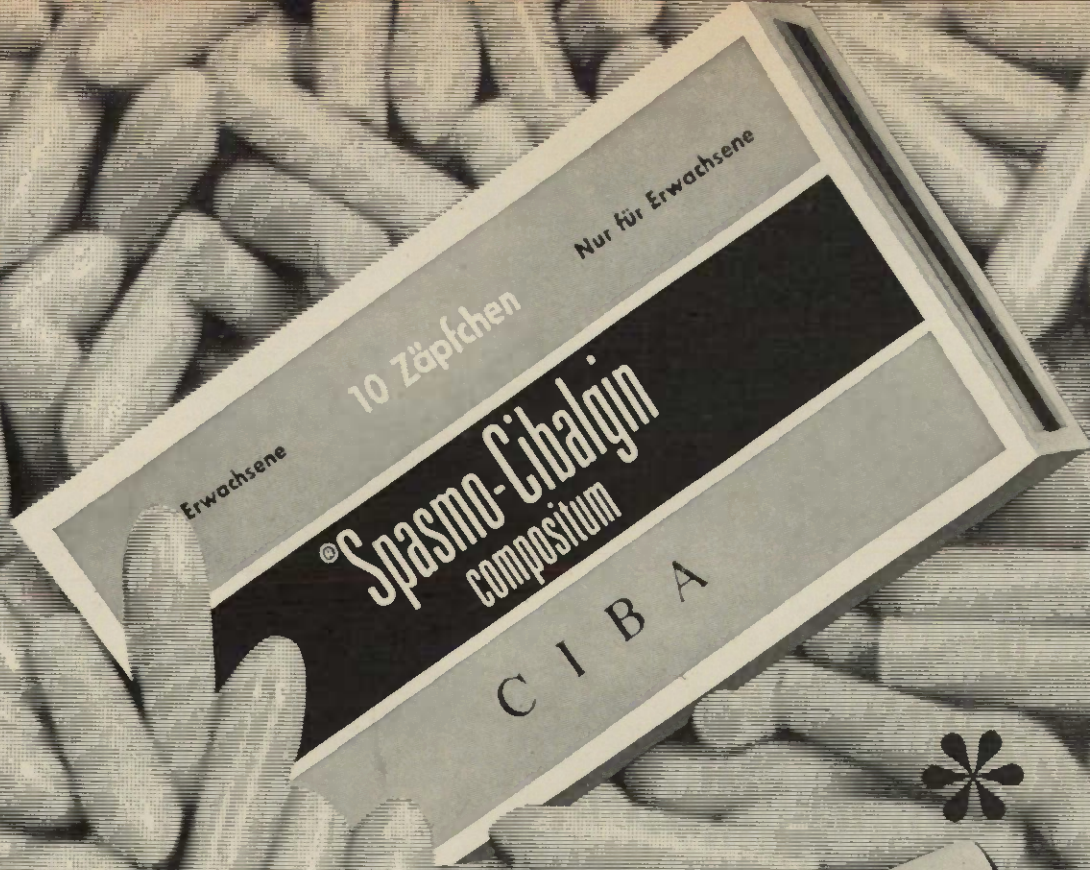
Wir bringen nachstehend die Ausführungen von Präsident Knies:

„Die erste Pflicht, der ich hier zu genügen habe und der ich gern genüge, ist der schlichte Dank für all die guten Worte, die an mich gerichtet waren und die Sie mir gewidmet haben. Ich konnte spüren, wie das Offizielle der Einführung in mein neues Amt von einer menschlichen Zuneigung getragen war, die mir die

Übernahme dieses Amtes von einem toten Vorgänger leichter macht, als es sonst der Fall wäre.

Mein Dank gilt Ihnen, hochverehrter Herr Staatsminister. Ihr Vertrauen zu mir war es, das die Bayerische Staatsregierung bewog, mir dieses angesehene, aber auch verantwortungsreiche Amt anzuvertrauen. Ich danke Ihnen für die guten Worte, mit denen Sie meine ersten Schritte in diesem Haus behütend begleitet haben.

Mein nächster Dank gilt meinen beiden Stellvertretern im Amt. Von den ersten Gesprächen an spürte ich die keineswegs selbstverständliche, vorbehaltlose Aufgeschlossenheit und offene Kollegialität, die Grundlage einer auf gegenseitigem Vertrauen beruhenden, gemeinsamen Arbeit ist. Ich danke dem Vorsitzenden des Personalrates, der mir stellvertretend für die vielen Mitarbeiter, die leider nicht alle hier sein können, ein



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

Zusammensetzung

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

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

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

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

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

Handelsformen und Preise
 Dragées 20 Stück - DM 6,55
 Zäpfchen 5 Stück - DM 4,60; 10 Stück - DM 8,85
 Anstaltspackungen



warmes Willkommen entboten hat, und dem ich heute schon versichern will, daß mir die Sorgen der Mitarbeiter und der Kammer stets nahe sein werden.

Ich danke schließlich nicht zuletzt den vielen Gästen dieser Stunde, die eine Ehrung besonderer Art für mich darstellen. An der Spitze dem Herrn Präsidenten des Bayerischen Landtags, in dessen schützendem Schatten wir stehen, dem Herrn Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, dem Herrn Staatssekretär Dr. Schreiner, der die Verbundenheit zu Rheinland-Pfalz in seiner Person zum Ausdruck bringt, dem Bürgermeister der Landeshauptstadt, mit der uns viele gemeinsame Sorgen verknüpfen. Ihr mich ehrendes Erscheinen möchte ich als eine besondere Würdigung der Aufgaben der Bayerischen Versicherungskammer und derer werten, die hier täglich ihrer nicht immer leichten Arbeit nachgehen.

Meine Damen und Herren, das alles könnte ich mit Freude empfinden, und doch trete ich mit einer gewissen Scheu, ja Befangenheit an dieses Pult und vor Sie. Denn Sie alle, und darüber hinaus noch eine weite Öffentlichkeit, verbindet, eingestanden oder nicht eingestanden, die Übernahme der Leitung der Bayerischen Versicherungskammer durch einen neuen Präsidenten in diesem Zeitpunkt mit bestimmten Erwartungen.

Wenn sich der Übergang vom bisherigen Präsidenten, der verabschiedet wird, zum neuen nahtlos vollzieht, verteilt sich das Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit auf zwei. Und der, der geht, kann sogar, weil die ganze Zeit seines Wirkens beleuchtet wird, den größeren Anteil dieses Lichtes auf sich ziehen. Wer aber einem plötzlich durch den Tod aus dem Wirken Gerissenen unvorbereitet nachfolgt, spürt das gleißende Licht allein und oft auch erbarmungslos auf sich gerichtet. Er könnte, gerade im Rückblick auf die Diskussionen der letzten Monate, der Versuchung erliegen, den Erwartungen dadurch zu entsprechen, daß er sich reformerisch gebärdet. Ich will dieser Versuchung widerstehen. Denn eine Reform um der Reform willen, oder, was noch schlimmer wäre, um einer Selbstdarstellung willen, wäre der schlechteste Dienst, den ich der Versicherungskammer und ihren Anstalten in dieser Zeit leisten würde.

Ich weiß, daß von mir erwartet wird, daß ich mich des neuen Amtes würdig erweise. Ich weiß, daß man von mir erwartet, daß ich die bestehenden und die neu hinzutretenden Aufgaben bewältige. Ich weiß auch, daß ich die Versicherungskammer, die jetzt im letzten Jahr ihres ersten Jahrhunderts steht, in die ersten Jahre eines neuen Jahrhunderts und womöglich sogar in eine neue, von dieser Zeit geforderte Form führe. Ich weiß aber auch, daß ich vor allem von dem vor langer Zeit Gewordenen auszugehen, das Bewährte fortzuführen und neue Wege dort zu gehen habe, wo die alten nicht mehr die Sicherheit des Gehens gewährleisten.

Es ist heute schon verschiedentlich darauf hingewiesen worden, daß die Bayerische Versicherungskam-

mer eine Behörde der bayerischen inneren Verwaltung ist, die eine große Zahl öffentlich-rechtlicher Versicherungs- und Versorgungsanstalten betreut. Diese Anstalten können auf eine lange, erfolgreiche Geschichte zurückblicken. Auch im Ungemach der Zeitläufe haben sie stets ihre Aufgabe ernst genommen und wirksam erfüllt. Sie sind eingebettet in die gesellschaftliche Entwicklung und werden auch neue Entwicklungen aufnehmen und integrieren, wie sie es schon bisher taten. Ich habe keine Sorge, daß sie sich auch den neuen Forderungen ihres Aufgabenbereiches in Deutschland, wie auch in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, erfolgreich stellen. Das bisherige Werden der Bayerischen Versicherungskammer hat ihre Leistungsfähigkeit auch unter erschwerten Bedingungen unter Beweis gestellt. Mit ihrer Doppelnatur, öffentliche Behörde auf der einen Seite, Aufgaben, mit denen sie zum Teil im Wettbewerb mit der privaten Wirtschaft steht, auf der anderen Seite, nimmt die Bayerische Versicherungskammer im öffentlichen Bereich eine Sonderstellung ein. Die besondere Aufgabenstellung setzt eine andere Gestaltung der Führung und Verantwortung voraus als in der reinen Hoheitsverwaltung mit ihren klaren, durchsichtigen Führungs- und Verwaltungsstilen. Verantwortung in einem solchen Bereich zu tragen, setzt auch einen Entscheidungsspielraum voraus, der nicht allein an den Maßstäben der Hoheitsverwaltung gemessen werden kann. Es werden auch nicht, meine Damen und Herren, Erfolg oder Mißerfolg mit der Elle der öffentlichen Verwaltung gemessen.

Die von der Bayerischen Versicherungskammer betreuten öffentlich-rechtlichen Anstalten weisen eine sehr unterschiedliche Struktur auf. Sie sind ein Spiegelbild unserer immer komplizierter werdenden Welt. Diese empfindliche Struktur verträgt es nicht, daß sie Einzelentscheidungen von oben ausgesetzt wird, ohne daß diese von unten nach oben entwickelt werden. Der Gefahr der fachlichen Isolierung, die wir heute in weiten Bereichen begegnen, muß über horizontale und vertikale Kommunikation und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit begegnet werden. Ich bin heute noch dankbar für die Erfahrungen, die ich dereinst, wie manche der hier Anwesenden wissen, als Jurist und als Leiter, vielleicht auch umstrittener Leiter, der Gesundheitsabteilung des Staatsministeriums des Innern gewinnen konnte. Sehr bald wurden mir damals die Grenzen des Verständnisses der deduktiven Logik des Juristen sichtbar. Ich glaube aber auch, dem naturwissenschaftlich Denkenden die Gefahren rein induktiver Methodik aufgezeigt zu haben.

Das offene Gespräch als Führungsmittel werde ich mir besonders angelegen sein lassen. Das gilt in besonderem Maße für die Landesausschüsse und Verwaltungsräte der einzelnen Anstalten, deren Mitwirkung aus demokratischer Legitimation einer weiteren Intensivierung durchaus fähig ist. Ich bin aber auch überzeugt, daß sie umgekehrt ihrem Präsidenten den für

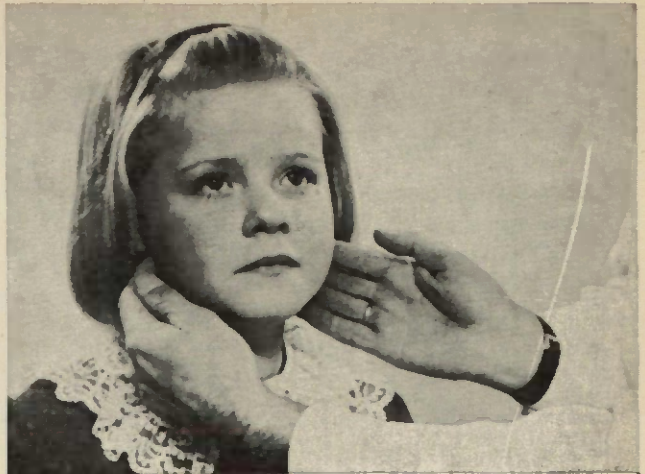
seine Gesamtverantwortung unerläßlichen Entscheidungsraum anerkennen.

Das offene Gespräch gilt auch allen meinen Mitarbeitern. Es wäre vermessen anzunehmen, einer allein könne die anstehenden Aufgaben entscheidend prägen und erfüllen. Jeder Präsident dieser Kammer hatte seinen eigenen, seinen persönlichen Stil. Aber er lebt von dem Vertrauen seiner Mitarbeiter und von der Fähigkeit und Bereitschaft, dieses Vertrauen zurückzugeben und in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen. Meinem verstorbenen Vorgänger, dem ich auch hier größten Dank schulde, ist es gelungen, das Zusammengehörigkeitsgefühl der Mitarbeiter in den verschiedensten Formen wirksam werden zu lassen. Als Beispiel möchte ich nur darauf hinweisen, daß über die tägliche Arbeit hinaus sich heute die Mitarbeiter in den verschiedensten Gruppierungen zusammenfinden. Am auffälligsten beweist das die große Sportgemeinschaft, die, was wohl in Einrichtungen dieser Größe selten ist, fast die Hälfte aller Mitarbeiter umfaßt.

Gestatten Sie mir, meine Damen und Herren, zum Abschluß noch ein mehr persönliches Wort. Wenn man in dieses hohe Amt der inneren Verwaltung, der ich angehöre und der ich mich auch weiterhin zugehörig fühle, berufen wird, so könnte das gemeinhin als die Krönung einer Berufslaufbahn angesehen werden. Das Gefühl unbeschwerter Freude kommt aber nicht auf. Es bleibt nur das Bewußtsein einer neuen verpflichtenden Aufgabe. Ich bin Angehöriger einer Generation, die man als die verlorene bezeichnet. Es ist mir im Leben nichts geschenkt worden, auch nicht vom Staat. Vor den Augen der wenigen von uns, die noch von meiner Generation übriggeblieben sind, steht noch, als wir im Alter von 16 bis 18 Jahren politisch bewußt wurden, das Bild einer ersten deutschen Demokratie, die sich in Agonie befand. Wir waren in jungen Jahren das Experimentierfeld einer diktatorischen Ideologie und die Prügelknaben eines Zeitalters. Zehn und mehr Jahre, die schönsten Jahre eines Lebens, fehlen. Sie sind unwiederbringlich dahin. Wir haben erfahren und erlitten, daß der lange Weg zur Erkenntnis auch durch die Niederungen des Irrtums führt. Wir sind skeptisch gegenüber Reformen um der Reform willen, weil wir erlebt haben, wohin eine Denkweise führt, die meint, „so kann es nicht bleiben, es muß anders werden, gleich wie“. Wir wollen wissen, wie anders es werden soll, wenn es schon anders werden muß.

Damit schließen sich diese persönlichen Gedanken ein in den Kreis der Gespräche über die Reform auch in diesem Haus. Ich bemühe mich um die Fortführung des Guten und Bewährten. Ich bemühe mich auch um die Fortentwicklung dessen, was fortentwickelt werden muß.

Gott gebe mir dazu, wie es ein unbekannter schwäbischer Pietist sagte, die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine von dem anderen zu unterscheiden.“



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: Mac. 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. Millefol, 0,4 g, Cort. Ouerc, 0,2 g, Herb. Tarax, 0,4 g in 100 g.

1 Oragee enthält: Rad. Althee, 0,008 g, Flor. Chamomill, 0,006 g, Fruct. Cynosbat, 0,004 g, Herb. Equiset, 0,010 g, Fol. Jugland, 0,012 g, Herb. Millefol, 0,004 g, Cort. Ouerc, 0,004 g, Herb. Tarax, 0,004 g, Vitamin C 0,019 g.

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

Kontraindikationen, Nebenwirkungen: keine.

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.

Handelformen:

Tonsilgon O.P. zu 30 ml	OM 5,25	O.P. zu 100 ml	OM 9,15
O.P. zu 50 ml	OM 6,95	O.P. zu 60 Dreg.	OM 6,95



BIONORICA KG · NÜRNBERG

Lungenfibrosen

Bericht über ein Kolloquium im Zentralkrankenhaus Gauting am 2. Februar 1974

Zu einer internen Arbeitstagung hatte der Initiator dieses Kolloquiums, Professor BLAHA, einen Arbeitskreis in das Zentralkrankenhaus Gauting der LVA Obb. eingeladen. Die Tagung, die am 2. Februar 1974 stattfand, stand unter dem Thema „Therapie der Lungenfibrosen“ und Professor BLAHA umriß in seinen Begrüßungsworten gleich die Problematik der Diagnose und Therapie dieser Lungenerkrankung.

Im ersten Vortrag gab Professor LANGER vom Städtischen Krankenhaus Schwabing eine Übersicht zur pathologischen Anatomie, zum besseren Verständnis ging er auf die feingewebliche Umstrukturierung ein. Das histologische Bild der Alveolarscheidewände sei unterschiedlich entsprechend der Krankheitsphase und der Aktivität des Prozesses. Am Anfang bestehe meist eine interstitielle Vermehrung von Fibrozyten und Histiocyten und besonders peribronchiolär eine lympho-plasmazelluläre Infiltration. Nach und nach würde der Zellbestand durch kollagene Fibrillen ersetzt, die Alveolarscheidewände durch Fibrin und hyaline Körper mehr und mehr verdickt. Der Prozeß könne also intraalveolär bzw. interstitiell ablaufen, auch sei es möglich, daß beide Formen nebeneinander vorhanden wären. Der Prozeß könne sich auf Subsegmente und Segmente ausdehnen, wobei schließlich die Bronchien mit einbezogen würden. Durch Austritt von Eiweißsubstanzen würde dann das Bild einer Proteinose vorliegen.

Im Endstadium zeigen sich zystische Hohlräume, die in der Fibrosierung die einzigen belüfteten Hohlräume seien.

Für eine Unterscheidung in einen muralen und desquamativen Typ sei die Differenzierung der Zellarten vonnöten, bei der muralen Form stünden die Alveolarwandverdickungen und die Fibrose im Vordergrund, während der andere Typ mehr durch die Ansammlung von großen, mononukleären Zellen bei relativ geringer Fibrose gekennzeichnet sei. Desweiteren kämen Veränderungen der ortseigenen Strukturen hinzu wie Bronchien, Drüsen besonders mit abartiger Sekretion und Lymphgefäße. Die Bronchialmuskulatur könne atrophisch sein oder eine Hypertrophie zeigen und so das Bild einer „muskulären Lungenzirrhose“ bieten. Die Änderung der feingeweblichen Strukturen ziehe eine Störung der alveolo-kapillären Diffusion nach sich, es könne sich sogar ein alveolo-kapillärer Block ausbilden.

Professor LANGER war der Ansicht, daß histologisch eine Zuordnung der Fibrose zu bestimmten morphologischen Prozessen und Noxen in den meisten Fällen möglich sei, eine endgültige feingewebliche Aussage ließe sich jedoch nur durch die Synopsis des klinischen, röntgenologischen, bakteriologischen und immunologischen Befundes machen.

Einen Überblick über die Klassifikation der Fibrosen gab Professor NIEMÖLLER aus München. Er bezeichnete sie als die „gemeinsame Wegstrecke vielfacher Noxen, die auf die Lunge einwirken würden.“

Nach seinem Einteilungsschema sind Lungenfibrosen als Folgen anzusehen von:

1. granulomatösen Prozessen wie Pneumokoniosen, Tuberkulose, Sarkoidose, Farmerlunge, Silikose, Talkumlungen, Asbestose, Berylliose und eosinophile Granulomatose.
2. Ein weiterer Entstehungsmechanismus ist durch allergisch-hyperergische bzw. immunologische und autoimmune Prozesse charakterisiert wie Hamman-Rich-Syndrom, familiäre Formen der Interstitiellen Lungenfibrose, rheumatoide Arthritis, rheumatisches Fieber, generalisierte Sklerodermie, Erythematodes disseminatus und desquamative interstitielle Pneumonie.
3. Lungenfibrosen können außerdem durch medikamentös-toxische Einwirkungen verursacht werden, so durch Busulfan, Cyclophosphamid, Hexamethonium, Nitrofurantoin, exogene Lipoidpneumonie, Wolfram- und Paraquatvergiftung sowie Sauerstoffüberdruckbeatmung.
4. Folgende physikalisch-chemische Noxen führen zu einer Lungenfibrose wie Strahlenschädigung der Lungen, Verbrennungsfolgen, Schocklunge und Aspiration von saurem Mageninhalt.
5. Bei den infektiös-toxischen Ursachen sind besonders die Viruspnemonien und die Pneumozystiose aufzuführen.
6. Pulmonale Manifestationen einer hereditären Phakomatose wie der tuberösen Sklerose BOURNEVILLE oder auch die Neurofibromatose RECKLINGHAUSEN können eine Lungenfibrose geringerer Ausprägung zur Folge haben.

Unter den oben aufgeführten Fibrosen seien die unter der Gruppe 2 aufgeführten, durch Autoimmunprozesse sowie allergisch-hyperergische Reaktionen verursachten Fibrosen einer Kortikosteroidtherapie besonders zugänglich.

Zur pathologischen Histologie nahm auch Dr. SCHNELLER vom Pathologischen Institut des ZKH Gauting anhand zweier Obduktionsfälle Stellung. Aus seinem Sektionsgut konnte er zwei typische Verlaufsformen von ausgedehnten Lungenfibrosen demonstrieren, wobei der Fall einer 78jährigen Frau mit einer ausgeprägten „muskulären Lungenzirrhose“ besonders eindrucksvoll erschien. An diesen Beispielen machte er nochmals die interstitielle Umstrukturierung deutlich. Nach seinen eigenen Beobachtungen stelle in unseren

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

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

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

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

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

Kontraindikation: Bei den angegebenen Dosierungen sind Kontraindikationen nicht bekannt

Zusammensetzung:

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

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

Nebenwirkungen: Keine bekannt.



Muster auf Anforderung

**TOSSA
ARZNEI**

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Breitentgraden die Bronchiolitis die häufigste Ursache einer Lungenfibrose dar. Die murale Form, also die mit Veränderungen in den Alveolarsepten einhergehende Fibrose, werde dabei im überwiegenden Maße vorgefunden.

Professor MEIER-SYDOW von der Universität Frankfurt ging in seinem Referat auf die klinischen Aspekte der Lungenfibrosen ein. Obwohl als Endzustand immer die sekundäre Wabenlunge anzusehen sei, gäbe es intra vitam deutliche Unterschiede, die abhängig seien von der Art der Progredienz, weiterhin vom Vorhandensein einer produktiven obstruktiven Bronchitis, von der Grundkrankheit und natürlich auch von der therapeutischen Ansprechbarkeit.

Nach seinen Beobachtungen treten in der Mehrzahl die idiopathischen Lungenfibrosen auf entsprechend dem Hamman-Rich-Syndrom, dann die peribronchitischen Fibrosen und schließlich die Fibrosen mit und ohne Obstruktion nach granulomatösen Prozessen oder unklarer Genese.

In Frankfurt wurden dabei — im Gegensatz zu den Ermittlungen von Dr. SCHNELLER — die idiopathischen Formen weit häufiger vorgefunden als die in Gauting nachgewiesenen peribronchitisch-bronchiolitischen Fibrosen. Mit Ausnahme eines foudroyanten klinischen Verlaufes innerhalb von zehn Tagen wiesen die beobachteten Fibrose-Patienten mehr oder minder starke dyspnoische Beschwerden auf, in den meisten Fällen fehlte aber eine wesentliche Obstruktion ebenso wie pneumonische Prozesse — erklärbar durch eine Weitstellung der Bronchien und dadurch gewährleisteten Abtransport des vorliegenden Schleimes —; der Tiffeneau-Test war meist übernormal.

Bei den peribronchitischen Fibrosen zeigte sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Erhöhung der Vitalkapazität, der Tiffeneau-Test war stärker erniedrigt bei ausgeprägter Belastungshypoxie, klinisch imponierte eine deutliche Obstruktion.

Eine Erniedrigung der Vitalkapazität, des Tiffeneau-Tests und der Resistance sowie ausgeprägte Hyperkapnie fanden sich bei den Lungenfibrosen mit Obstruktion, wobei diese bei der Sarkoidose im Fibrosestadium (Stadium IV) auftritt. Das Endstadium einer Fibrose ist durch eine evidente Erniedrigung sämtlicher oben angeführter Parameter gekennzeichnet.

Wie MEIER-SYDOW weiter ausführte, gäbe es intravital etliche Differenzierungsmöglichkeiten, echte Kriterien sind neben der Anamnese die Art der Progredienz und der Grad der Obstruktion. Ein entscheidender Anteil in der Diagnostik käme der Lungenbiopsie, den serologischen Befunden und der Lungenfunktionsprüfung zu. Ein ganz bestimmtes, nahezu pathognomonisches Auskultationsphänomen sei typisch für alle interstitiellen Lungenprozesse, im Inspirium könne man ein „Quietschen“ hören ähnlich dem Geräusch,

das beim Reiben eines Korkens am Flaschenrand entsteht.

Bei der anschließenden Diskussion wies Privatdozent FLAD aus Ulm auf die Vielfalt und Unspezifität der immunologischen Begleitphänomene hin, die „keine große Hilfe bei therapeutischen Überlegungen böten“. In der Regel handele es sich dabei um Immunkomplexreaktionen zusammen mit organunspezifischen Antikörpern.

Zur Epidemiologie konnte NIEMÖLLER eine ältere Aufstellung von Untersuchungen in Massachusetts bringen, wo bei 6000 Autopsien insgesamt 56 Fibrosen nachgewiesen werden konnten, dabei waren die Sarkoidosen nicht mitgerechnet.

MEIER-SYDOW zählte in Frankfurt 35 Fälle von idiopathischen Lungenfibrosen; seiner Ansicht nach ist die Dunkelziffer recht hoch, dabei wäre die häufigste Fehldiagnose eine „Stauungslunge“.

LANGER fand im Sektionsgut der letzten Jahre lediglich bei einem Kind eine Lungenfibrose, das mit Sauerstoffüberdruck beatmet worden sei.

BLAHA wies auf die kardiogenen Fibrosen, die endangiitischen Formen sowie die Begleitfibrosen nach Karzinomen hin, er gab zu Bedenken, ob nicht die „idiopathische Lungenfibrose Hamman-Rich“ als ein zufälliger, „pietätvoll-historischer Ausdruck“ zu werten sei.

Nach der Meinung von NIEMÖLLER ist die typische idiopathische Fibrose eine mehr chronische Verlaufsform, lediglich Hamman-Rich habe sie als akut beschrieben.

LANGER konnte dazu an zwei Fällen — einer akuten und einer protrahierten Verlaufsform — die Unterschiedlichkeit des morphologischen Substrates verdeutlichen, das immer von der Verlaufsform und der Dauer abhängig sei.

Professor BRENDEL von der Universität München empfahl wegen der Verschiedenheit der pathophysiologischen Mechanismen therapeutische Überlegungen nach dem Ablauf zu richten und Maßnahmen zu einer frühzeitigen Differenzierung zu schaffen.

Eine Möglichkeit hierzu sah BLAHA in gehäuften peribronchialen Biopsien; LANGER pflichtete dem bei, eine wirkliche Aussage ließe sich durch mehrmalige Biopsien ähnlich einer Verlaufskontrolle mit Leberbiopsien bei einer Lebererkrankung machen.

Die Möglichkeiten einer Früherkennung bestünden nach Meinung BLAHAs in den Biopsien, der Lungenfunktion, der Röntgenmorphologie und den immunologischen Befunden.

Eine Optimierung der histologischen Diagnostik sieht MEIER-SYDOW in systematischen Flachschnittuntersuchungen; die Fibrose laufe in den verschiedenen Lungenabschnitten zum Teil asynchron ab, deshalb ist eine Klassifikation der Fibrosen aus der Sicht des Pathologen nicht akzeptabel. Entscheidend ist für

LANGER nur das morphologische Substrat. Eine Reversibilität bestünde in der Hälfte der Fälle bei Plasmaaustritt, zelluläre Reaktionen seien ebenfalls noch beeinflussbar, eine vollzogene Kollagenisierung sei irreversibel; damit läßt sich, was die Ausrichtung der Therapie anbelangt, vom Substrat her nur eine Aussage über den möglichen Ablauf bestimmter Entzündungsstadien machen.

Professor BLAHA faßte den ersten Teil der Arbeitstagung zusammen in der Forderung, eine konsequente Frühdiagnostik zu betreiben und damit die Stadien zu erkennen, die noch reversibel und somit einer Therapie zugänglich sind.

Im zweiten Teil der Tagung, der ganz der Therapie der Lungenfibrosen gewidmet war, berichtete Dr. CEGLA von der Sektion Pneumologie der Universität Frankfurt über die in Frankfurt gewonnenen Erfahrungen mit d-Penicillamin. Zum besseren Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen dieser Therapie gab er zunächst einen kurzen Überblick über die biochemischen und histochemischen Grundlagen. Der Fibroblast — Ausgangspunkt der Bindegewebsbildung — leitet die Synthese der Mucopolysecceride und des Kollagens ein. Kurz schematisch gesehen entsteht in der Zelle aus Prolin über Hydroxyprolin zunächst das Tropokollagen, aus dem nach Zelleusschleusung dann extrazellulär durch cross linking und Dehydratation die durch die Querverbindungen stabilisierte Faser entsteht, die auch in vitro kaum mehr lösbar ist. D-Penicillamin verhindert nun aber das cross linking und somit die Stabilisierung. In Frankfurt hat man an neun Patienten Erfahrungen mit hochdosierter d-Penicillamintherapie gewonnen; bei allen Patienten war vor Behandlungsbeginn eindeutig eine Progredienz der Lungenfibrose vorgelegen. Beginnend mit 1 x 1,2 g täglich und bei Verträglichkeit steigend über 2 x 1,2 g bis zu 3 x 1,2 g wurden die Patienten mit dieser Dauertherapie von 3,6 g täglich über Monate behandelt. Zusätzlich erhielten sie Biometalle Heyl und Kortikosteroide in gleicher Dosierung wie vor der d-Penicillaminbehandlung. Laborchemisch wurden Blutbild, Gerinnungsstatus, Nieren-clearance, Urinstatus und die Hydroxyprolinausscheidung regelmäßig kontrolliert; eine Röntgenaufnahme der Thoraxorgane wurde alle 2 bis 3 Monate angefertigt. Sechs Patienten konnten über längere Zeit kontrolliert werden, von den restlichen drei waren zwei ausgefallen und bei einem Patienten mußte die Behandlung wegen Medikamentenunverträglichkeit bei bekannter Ampicillinallergie abgebrochen werden. Von diesen sechs Patienten erhielten drei zusätzlich Kortikosteroide, drei nur d-Penicillamin. Eine subjektive Besserung trat bei allen Patienten ein, eine verbesserte Blutgasanalyse zeigte sich dreimal. Bei einem Patienten konnte eine eindeutige Besserung der Lungenfunktionsparameter (Compliance, Vitalkapazität u. a.) erzielt werden, allerdings erst nach einer Behandlungsdauer von über sechs Monaten. Röntge-

ESDESAN®

Neuro- und Kardiosedativum Dragées und Tropfen

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

Kontraindikationen: Keine

Zus.: 100 g Tropfen enthalten: Extr. Valerianae fid. 40 g, Extr. Violi albi 40 g, Papaverin. hydrochl. 15 mg, Chloral. hydrat. 1 g. 1 Dragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Violi albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg.

Flasche mit 25 ml DM 4,05
30 Dragées DM 4,05

Flasche mit 50 ml DM 5,55
60 Dragées DM 5,55

ESDESAN®

cum Nitro

Kardiosedativum Dragées

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

Kontraindikationen: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

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

Hinweis: Edesan- und Edesan cum Nitro beeinträchtigen bei höherer Dosierung und insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol die Fahrtüchtigkeit.

30 Dragées DM 4,05
60 Dragées DM 5,55

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmusstr. 20-24
Schrifttum und Muster erbeten von
○ Edesan ○ Edesan cum Nitro

BayA

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

nologisch war bei keinem Patienten eine Veränderung zu sehen. An Nebenwirkungen traten auf: Gastrointestinale Beschwerden (2 x), Leukopenie (2 x), Allergische Reaktionen (1 x), Proteinurie (2 x), Haarausfall (2 x) und Wundheilstörung (1 x). Zusammenfassend berichtete Dr. CEGLA zur d-Penicillamintherapie bei Lungenfibrosen: durch Blockade des cross linking entstehen weichere Fasern, die über eine Zunahme der Dehnbarkeit der Lungen einen besseren Gasaustausch ermöglichen. Als Alternative käme bei Unverträglichkeit von d-Penicillamin noch ein Therapiever such mit Kalium-Aminobenzoat in Frage.

Anschließend berichtete Frau Dr. GROSS über ihre Erfahrungen mit d-Penicillamin bei der Behandlung der Lungenfibrosen in der Klinik Berlin-Havelhöhe. Dort wird die Behandlung mit einer Dosierung von 300 mg begonnen und bei Verträglichkeit auf eine Maximaldosis von 1,8 g/die gesteigert. Nebenwirkungen traten dort vor allem von seiten des Gastrointestinaltrakts auf. Anhand eines kasuistischen Berichts demonstrierte sie die Wirkung des d-Penicillamins: eine 46jährige Frau war drei Jahre wegen einer biop tisch gesicherten interstitiellen Fibrose mit Kortikosteroiden behandelt worden, was jedoch dann wegen der Nebenwirkungen (Cushing usw.) abgesetzt werden mußte. Unter der anschließend durchgeführten Metalcaptasetherapie von 1 1/2 Jahren trat dann eine subjektive Besserung ein und auch die objektiven Parameter (Röntgen, Histologie) zeigten eine Rückbildungstendenz, die auch nach Absetzen des Medikaments anhielt.

Zur Frage der Reversibilität der Fibrose, wie sie Frau Dr. GROSS anhand der Röntgenbilder vorgestellt hatte, betonte Dr. CEGLA aus Frankfurt nochmals, daß eine Rückbildung unter d-Penicillamin nur eintreten könne, bevor im cross linking eine Verflechtung und Stabilisierung der Fasern eingetreten sei; nach Dehydratation der Aldolgruppen sei dies sicher nicht mehr möglich.

Die Frage nach der Hydroxyprolin Spiegelbestimmung beantwortete Dr. CEGLA dehin gehend, daß zwar eine erhöhte Ausscheidung dieser Substanz im Urin stets vorliege, daß aber eine Blutspiegelbestimmung nicht repräsentativ sei, da zunehmend eine Umsetzung in der Leber und somit eine Einschleusung in den Stoffwechsel erfolge.

Der nächste Teil des Kolloquiums über die Therapie der Lungenfibrosen war der Frage gewidmet, inwie weit heute noch eine Medikation von Kortikosteroiden angezeigt ist. Professor MEIER-SYDOW aus Frankfurt gab zu bedenken, daß früher gerade bei Hamann-Rich Fibrosen eine gute Regredienz unter Kortikosteroiden in der Kombination mit Azothl aprin gesehen wurde, die sich auch bei der Lungenfunktionsprüfung nachweisen ließe. Man könne deshalb heute noch kein endgültiges Urteil über eine optimale Therapie geben. Zunächst müsse noch mit verschiedenen Schemata

gearbeitet werden, z. B. Kortikosteroide allein, Kortison kombiniert mit d-Penicillamin oder Azothl aprin oder d-Penicillamin allein. Nach Vergleich der so in verschiedenen Kliniken erhaltenen Ergebnisse werde man in 2 bis 3 Jahren dann wahrscheinlich genauere und detailliertere Aussagen machen können. Professor BRENDEL von der Universität München schlug dagegen vor, beim Überwiegen der entzündlichen Komponente Kortikosteroide einzusetzen, beim Überwiegen der Fibrosierung dagegen dem d-Penicillamin den Vorzug zu geben. Ein Vermischen der beiden Prinzipien, wie sie auch Dr. CEGLA aufgrund der Tier versuche von VOGEL empfohlen hatte, lehnte er ab. Professor KARL gab zu bedenken, daß insbesondere die vorher zitierten Tierversuche an Ratten nur bedingt auf den Menschen übertragbar wären, da diese Tiere z. B. keine eigene Cortisolproduktion besitzen.

Als weiteres therapeutisches Prinzip bei der Behandlung der Lungenfibrosen wurden anschließend die Spironolactone besprochen. Professor BRENDEL meinte hierzu, daß das Aldactone wahrscheinlich keinen immunsuppressiven Effekt per se habe, sondern vor allem über den Hyperaldosteronismus und somit über die Nebennierenstimulation immunsuppressiv wirke. Fraglich sei seiner Meinung, ob zusätzlich eine katatolsche Wirkung der Spironolactone relevant sei, zumal nicht bekannt ist, inwieweit Toxine am Entstehen einer Lungenfibrose beteiligt sind. Zu fragen sei aber, ob durch die Veränderung des Tropokollagens unter Behandlung nicht ein Autoimmunprozeß ausgelöst werden könne. Hierzu meinte Dr. CEGLA, daß zwar unter d-Penicillamintherapie Nephritiden bekannt geworden seien, und auch zwei seiner Patienten hatten Proteinurie gezeigt, daß aber gerade durch die Immunsuppression ja die Bildung von Autoantikörper verhindert werde.

Professor KARL kam dann nochmals auf die in Frankfurt und Berlin geübte Kombinationstherapie mit Kortikosteroiden zurück und erkundigte sich über die dort gebräuchliche Dosierung. Frau Dr. GROSS berichtete von einer Dosis von 40 bis 60 mg Prednisolon täglich über 3 bis 4 Monate; anschließend wurde bis zur Erhaltungsdosis von 10 mg reduziert. In Frankfurt beginnt Professor MEIER-SYDOW z. B. bei gleichzeitiger Azothl apringabe mit 30 bis 40 mg Prednisolon täglich über vier Wochen und reduziert dann auf eine Erhaltungsdosis von 20 mg. Dozent Dr. DAUM von der TU München gibt, von Professor BLAHA nach der von ihm bevorzugten Dosierung befragt, als Anfangsdosis 40 bis 60 mg Prednisolon täglich über eine Woche und reduziert dann allmählich auf die Erhaltungsdosis von 10 bis 20 mg.

In einem ausführlichen Referat berichtete dann Professor EISENBURG von der I. Medizinischen Universitätsklinik in München über seine Erfahrungen mit Immunsuppressiva und d-Penicillamin bei der Behandlung von Lebererkrankungen, insbesondere der Hepatitis. Drei Punkte sind seiner Meinung nach be-

Sicher-Zeit.

Schutz für Sie und Ihre Familie.
Kein Gedanke an Krankheitskosten –
so hoch sie auch sein mögen.
Ihr Einkommen ist gesichert.

Als führende Krankenversicherung
des Ärztstandes bieten wir Ihnen im
Rahmen des Gruppenversicherungs-
vertrages mit Ihrer Ärztekammer:

- Einkommenssicherung bis zu 500,- DM
Krankentagegeld.
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung
mit beitragsparender Selbstbeteiligung
im ambulanten Bereich.

Zahlreiche Variationen ermöglichen eine
individuelle Gestaltung des Versicherungs-
schutzes – auch für Familienangehörige.

Die Sicherheit des Arztes:
individuell - zuverlässig - preisgünstig

Coupon Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Name _____

Anschrift _____

Ich bin versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstr. 24

 **Vereinigte**
Krankenversicherung AG

**Salus Krankenhauskosten-
Versicherungs-AG**

Vertragsgesellschaften Ihrer
Ärztekammer

sonders wichtig: Primär muß geklärt werden, in welcher Phase sich eine Erkrankung befindet, da davon die Beeinflussbarkeit abhängt. Dann müsse differenziert werden, welcher Organtell erkrankt ist (bei der Leber z. B. Parenchym, Mesenchym, Ausscheidungsorgane, Versorgungsorgane), da diese aufgrund der unterschiedlichen Herkunft verschieden behandelbar sind. Weiterhin müsse man über die Nebenwirkungen der Grundkrankheit selbst Bescheid wissen, da nur so eine Entscheidung über den Einsatz eines Medikaments (z. B. der Immunsuppressiva) oder eine Differenzierung der Nebenwirkungen (zu Lasten des Medikaments oder der Grundkrankheit) möglich ist. Er betonte besonders, daß die Fibrosierung der Leber nicht Irreversibel und der Übergang von der beginnenden Zirrhose in eine Restfibrose möglich sei. Eine Zirrhose entstehe aber nicht durch eine einmalige, sondern nur durch eine fortlaufende, chronische Schädigung, wie die völlige Restitution der Leber nach mehrmaligem Blutaustausch im Coma hepaticum bei massiver Leberzellnekrose zeigt. Die Regeneration bei chronischer Schädigung erfolgt dann aber durch Neubildung von seiten des Parenchyms und des Gerüsts. Eine Behandlung mit d-Penicillamin würde durch Hemmung der Fibrosierung einen Eingriff in die Regeneration bedeuten. Außerdem: solange in den Fibrosebändern noch zellige Infiltrate vorhanden sind, solange sind diese ohnehin noch rückbildungsfähig. Ob aber später noch eine Wirkung durch Metalcaptase zu erzielen sei, ist nach EISENBURG fraglich. Somit lehnt er den Einsatz von d-Penicillamin und Gammaglobulinen bei der Behandlung von Leberkrankheiten ab, da er davon keine positiven Erfolge gesehen hat. Auch Azothiaprin habe wenig Erfolgsaussichten, da es erst durch die Hepatozyten in die wirksame Form umgewandelt werden muß. Somit kommt es nach EISENBURG auch bei der chronisch-aggressiven, aktiven Hepatitis nur in Frage, solange noch genügend intaktes Lebergewebe zur Umwandlung vorhanden ist. Spironolactone setzt EISENBURG beim Coma hepaticum, bei der aggressiven Hepatitis wegen der ketatoxischen Wir-

kung und im Stadium der Parenchymdegeneration ein. Für ihn sind jedoch zur Behandlung der chronischen Hepatitis, insbesondere der aggressiven Hepatitis mit der lupoiden Sonderform die Kortikosteroide das Mittel der Wahl. Prednisolon hat den Vorzug, da es nicht erst in die wirksame Form umgewandelt werden muß.

Professor BLAHA feßte als Hausherr und Diskussionsleiter zusammen:

- a) Man glaubt, von d-Penicillamin Gutes gesehen zu haben, es sollte jedoch nur bei bioptisch gesichertem Überwiegen der Fibrosierung und bei einem Mißerfolg von langdauernder Kortison- und Azothiaprin-Kombinationstherapie angewandt werden.
- b) Ab einem bestimmten Zustandsbild ist ein Übergang von der aktiven in die inaktive Form und umgekehrt nicht mehr möglich, es bleibt die Kontinuität des Substrates, wenn auch das klinische Bild wegen der Komplikationen diskontinuierlich sein kann.
- c) Wichtige therapeutische Prinzipien sind die Immunsuppressiva einschließlich der Kortikosteroide und Spirolactone, wobei letzteren neben der transplantatverlängernden Wirkung noch große Bedeutung durch die Veränderung des renalen Reglermechanismus durch die Bicarbonatausscheidung zukommt, was zur Erhöhung des pO_2 und zur Senkung des pCO_2 führt.
- d) Es sollte die ACTH-Wirkung erprobt werden bei Nichtansprechen der Kortikoide, da dieses nicht nur über die Nebenniere eine Veränderung der immunologischen Situation bewirkt.
- e) Entscheidend ist: früh daran denken — eine Einstufung in eine einheitliche Stadieneinteilung vornehmen — und eine stadiengerechte Therapie durchführen.

Bericht: Dr. med. G. Chrobok, 8060 Dachau, und Dr. med. W. Höcht, 8035 Gauting

Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobullin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 5,80; 120 Tabl. DM 9,90; 360 Tabl. DM 25,85

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zeli-Harmersbach/Schwarzwald



Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

51. Fortbildungstagung vom 18. bis 21. Oktober 1973

(Fortsetzung)

Thema: „**Hypertonie – Hypotonie**“ – Problematik, Differentialdiagnose, Therapie

Professor Dr. D. KLAUS, Marburg:

„Fortschritte der Kenntnisse über die Störungen der Blutdruckregulation“

Bei jeder chronischen arteriellen Hypertonie sind die physiologischen Regulationsmechanismen nicht mehr in der Lage, den Blutdruck zur Norm zurückzubringen. Der Barorezeptorenmechanismus (Abnahme von Herzzeitvolumen und peripherem Widerstand) ist hier zwar noch erhalten, die Druckeinregulation erfolgt aber auf ein höheres Niveau.

Untersuchungen in den letzten Jahren zeigten, daß initial bei der essentiellen Hypertonie, dem renovaskulären Hochdruck, der akuten Glomerulonephritis und der Schwangerschaftsnephropathie das Herzzeitvolumen und nicht der periphere Gesamtwiderstand erhöht ist. Zum anderen muß jedoch auch in diesem Stadium eine relative Erhöhung des peripheren Widerstandes angenommen werden, weil es nicht zu einer kompensatorischen peripheren Vasodilatation wie bei der Hyperthyreose oder dem hyperkinetischen Herzsyndrom kommt.

Neben dem Herzzeitvolumen und dem peripheren Widerstand ist als weiterer für die Entwicklung eines Hochdrucks wichtiger hämodynamischer Parameter das Extrazellulärvolumen zu nennen (= Plasmavolumen + interstitielles Volumen). Bei einer Natriumretention durch renale (akute und chronische Glomerulonephritis) oder extrarenale Faktoren (primärer Aldosteronismus und eine Untergruppe der essentiellen Hypertonie mit niedrigem Plasmareninspiegel) kommt es hierbei über eine Steigerung des Extrazellulärvolumens und Plasmavolumens zu einer Erhöhung

des Herzzeitvolumens mit Erhöhung des diastolischen Blutdrucks. Hingegen stellt das erniedrigte Plasmavolumen bei den übrigen Formen der essentiellen Hypertonie, dem renovaskulären Hochdruck und dem Phäochromozytom schon einen kompensatorischen Mechanismus dar.

Wir kennen heute acht wesentliche Regulationssysteme des Blutdrucks: Der Barorezeptorenreflex operiert im wesentlichsten im Bereich zwischen 80 und 100 mm Hg. Bei einem Blutdruck unter 80 mm Hg werden die Chemorezeptoren, der zentrale Ischämierflex, der Renin-Angiotensin-Mechanismus und die Aldosteronsekretion aktiviert. Bei Druckabfall und -anstieg wirken transkapilläre Flüssigkeitsverschiebungen in das Extrazellulärvolumen, der myogene Dehnungsreflex der Arteriolen und die Körperwasserregulation durch die Niere. Hierbei stellt die Niere für die Langzeitregulation des arteriellen Drucks beim Gesunden und Hochdruckkranken den wichtigsten Faktor dar. Ihre Kapazität, Salz und Wasser auszuschcheiden, kann vielfältig beeinträchtigt werden: durch Nierenerkrankungen selbst, durch natriumretinierende Hormone (Aldosteron, Kortikosteron) oder vasoaktive Substanzen (Angiotensin, Noradrenalin). Auch bei der essentiellen Hypertonie muß eine Veränderung der funktionellen Kapazität der Niere für die Salz-Wasserausscheidung angenommen werden, nur sind die beeinflussenden Faktoren dabei bis heute nicht bekannt. Interessant ist die Tatsache, daß etwa 30 Prozent der Kranken mit essentieller Hypertonie ein erniedrigtes Plasmarenin aufweisen. Diese Patienten reagieren auf Gabe von Aldosteron-Antagonisten mit einem stärkeren Blutdruckabfall als bei Gabe von anderen Antihypertonika.

Ein sehr gutes Modell für die essentielle Hypertonie des Menschen scheint die genetische Hypertonie bei



Dismenol®

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

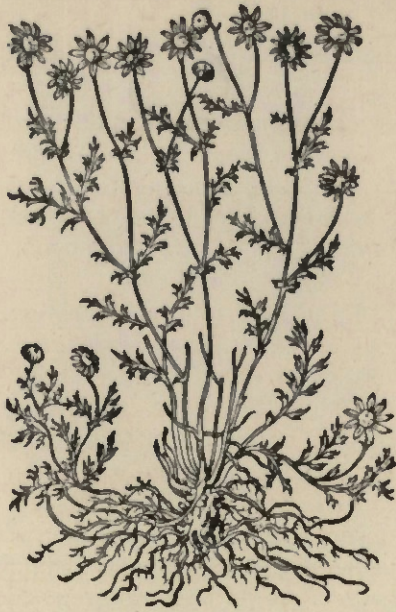
Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.

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

Dosierung: Peckung mit 15 Tabletten DM 3.10
2-3 mal täglich Peckung mit 150 Tabletten DM 24.-
eine Tablette Klinikpeckung mit 500 Tabletten DM 58.-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Chamillendöl. Oleum Chamomelinum.



* Es wird auch von den erfahrenen Apothekern und Chymicis auf den Chamillenblumen ein schön blaues Del distillirt, welches zu vielen innerlichen Mängeln, sonderslich aber wider das grünnen gebräuchet / etliche Tropfflin in einer warmen Trähe / gar trefflich ist.*

Aua: Das Dritte Buch Dei. Inbr. Doffholz von der Excm. k. k. Reich. Natur und Wirtung. (1590)

Perkamillon®

liquidum

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

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

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

DT3121



Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 3,30
OP Tropfflasche mit 100 ml DM 7,95
AP mit 1, 5, 10 und 25 Liter.

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Ratten darzustellen. Folgende Ergebnisse konnten hierbei erzielt werden: Steigerung der NNR-Aktivität schon in der prähypertensiven Phase, erhöhte vasculäre Reaktivität auf vasokonstriktorische Substanzen durch sekundäre Arteriolenveränderungen, Abnahme der sympathischen Aktivität und des Renin-Angiotensin-Systems im Verlaufe des Hochdrucks als kompensatorischer Prozeß, Abhängigkeit der Häufigkeit zerebrovasculärer Komplikationen von der Kochsalzzufuhr und genetischen Faktoren, Verhinderung von sekundären Gefäßveränderungen durch frühzeitig begonnene antihypertensive Therapie.

Eine maligne Hypertonie entwickelt sich nach Überschreiten eines kritischen diastolischen Blutdruckwertes, oberhalb dessen es zu einem starken renalen Natriumverlust kommt. Hierbei ist dann die Rückkopplung zwischen Niere und Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus gestört.

Bei der renalen Hypertonie ist zwischen der renovasculären und der renoparenchymalen Form zu unterscheiden.

Professor Dr. A. STURM, Herne/Westf.

„Fortschritte in der Differentialdiagnose der arteriellen Hypertonie in Praxis und Klinik“

Prinzipiell unterscheidet man acht Hochdruckformen, wobei sich der Prozentanteil der sogenannten essentiellen Hypertonie heute auf ca. 70 Prozent beläuft. Von den restlichen 30 Prozent sogenannten sekundären Hypertonien (renovasculäre 4 Prozent, renale-renoparenchymale 15 Prozent, kardiovasculäre 7 Prozent, hormonelle 3 Prozent, neurogene 5 Prozent) lassen sich ca. 80 Prozent mit Methoden der Praxis abklären.

Stufendiagnostik der renovasculären Hypertonie in der Praxis: Anamnese: fehlende familiäre Hochdruckbelastung im Sinne einer essentiellen Hypertonie, eventuell Zustand nach Bauchtrauma, andersartig lokalisierte Verschlußkrankheit, absolute Arrhythmie, z. B. bei Mitralstenose. Klinische Untersuchung: in ca. 30 Prozent der Fälle systolisches Stenose-Strömungsgeräusch über der Arteria renalis oder Aorta abdominalis. Blutchemie und Harnstatus: weisen hingegen keine (!) differentialdiagnostischen Besonderheiten auf. Wichtigste Untersuchungsmethodik in der Praxis ist die Anfertigung eines Ausscheidungsurogramms in Form eines sogenannten Früh- und Späturogramms (1 bis 3 bzw. 20 min p.i.), wobei in 80 Prozent der Fälle eine initial herabgesetzte und in der Spätphase verstärkte Kontrastmitteldichte der erkrankten Seite zu beobachten ist. Verifiziert wird die Diagnose jedoch dann durch die meist der Klinik vorbehaltene Renovasographie. Bezüglich der Wertigkeit der operativen Revision ist zu sagen, daß bei Patienten mit einem Lebensalter über 45 Jahren die operativen Erfolge unter (!) denen einer medikamentösen Drucksenkung liegen.

Praktisch alle intra- und postrenalen Störungen können zur renalen Hypertonie führen. Die Stufendiagnostik umfaßt hierbei: Anamnese hinsichtlich renaler Erkrankungen, die klinische Untersuchung, den Harnstatus, die bakteriologische Urinuntersuchung, die BSG und ein kleines Blutbild, das i.v.-Pyelogramm (eventuell mit Zonogramm), eventuell ein retrogrades Pyelogramm, die Bestimmung des Serumkreatinin, -kalium, der Serum-Eiweißelektrophorese, den Konzentrationsversuch.

Leitsymptome der Aortenisthmusstenose, Aorteninsuffizienz, Aortensklerose als Hauptvertreter der kardiovaskulären Hypertonie sind der Auskultationsbefund, die Höhe des systolischen und diastolischen Blutdrucks, die Blutdruckdifferenz zwischen den Armen und Beinen. Beim hyperkinetischen Herzsyndrom klagen die Patienten über vegetative Beschwerden u. a. mit Angina pectoris-Schmerzen. In der Regel ist der systolische Druck stärker als der diastolische erhöht, und es besteht eine sich durch äußere Einflüsse noch verstärkende Tachykardie.

Unter den neurogenen Hypertonieformen kann das Krankheitsbild des erhöhten Sympathikotonus diagnostische Schwierigkeiten bereiten: es besteht eine erhebliche Blutdrucklabilität, eine Hyperhidrosis und eine Obstipation (bis hin zum Ileusbild!). Objektiv findet sich eine mäßig erhöhte Katecholaminausscheidung.

Für die Praxis kann als recht zuverlässiger Hinweis gelten, daß an ein CUSHING'-Syndrom als Ursache einer hormonellen Hypertonie nur dann zu denken ist, wenn das obligate Symptom einer Stammfettsucht vorhanden ist. Zur Diagnostik des Phäochromozytoms kann nicht nur die Bestimmung der Katecholamine, sondern auch die des Hauptbauprodukts, nämlich die Vanillinmandelsäure, mit herangezogen werden, wobei letztere wesentlich einfacher bestimmt werden kann. Führendes Leitsymptom des primären Hyperaldosteronismus ist eine Hypertonie mit Hypokaliämie, wobei letztere zu den typischen Begleitsymptomen Adynamie, Polyurie, Polydipsie führt. Leider ist die Hypokaliämie besonders im Frühstadium nicht obligat, so daß im Verdachtsfall zur Diagnosesicherung die Bestimmung der Kaliumexkretion im Urin, der Spirolactontest, der Kochsalzbelastungstest sowie die Saluretikabelastung mit Baycaron oder Lasix herangezogen werden müssen.

Die essentielle Hypertonie ist nach wie vor eine Ausschußdiagnose! Es gibt noch keinen für sie pathogenetischen, klinischen, röntgenologischen oder laboratoriumstechnischen Organbefund. Für eine essentielle Hypertonie sprechen: hochdruckpositive Familienanamnese (diese findet sich aber auch bei 40 Prozent der Patienten mit renaler Hypertonie!), Manifestationsalter zwischen 35. und 50. Lebensjahr, Auftreten besonders bei pyknischem und athletischem Habitus, häufige Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettsucht und Hyperurikämie.

UNRUHE



NERVO-OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Na-tr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenyläethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazan. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adanid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakointoxikationen, Paraphrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG:

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

HINWEISE:

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

HANDELSFORM UND PREIS:

OP zu 50 Dragées DM 3,60 m. MWSt.

Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Privatdozent Dr. G. HÄUSLER, Basel:

„Neue antihypertensiv wirkende Medikamente für die Praxis aus der Sicht des Pharmakologen“

Drei große Pharmakagruppen können den erhöhten Blutdruck senken: die Diuretika, Pharmaka mit Beeinflussung des sympathischen Nervensystems und die Gefäßmuskulatur direkt beeinflussende Substanzen.

Über die Wirkungsweise der Diuretika existieren gesicherte Vorstellungen. Zahlreich sind die Möglichkeiten, die Funktion der postganglionären adrenergen Neuronen zu beeinflussen. Ganglienblocker hemmen hierbei die Erregungsübertragung vom präganglionären auf das postganglionäre Neuron, werden jedoch in der Hypertonietherapie wegen ihrer erheblichen Nebenwirkungen nur noch ausnahmsweise verwendet. Stoffe wie Reserpin setzen das Speichervermögen des postganglionären adrenergen Neuron für seinen Transmitter, das Noradrenalin, herab und führen wegen Verarmung an Transmittersubstanz zu einer geringeren Stimulation des nachgeschalteten adrenergen Effektorsystems. Die adrenergen Neuronenblocker wie Guanethidin (Ismelin®) oder Debrisoquin (Declinax®) vermindern die Freisetzung von Noradrenalin aus den adrenergen Nervenendigungen. Da die Aufnahme der adrenergen Neuronenblocker in die adrenergen Nervenendigungen eine unerläßliche Voraussetzung für deren Wirksamkeit darstellt, ist es erklärlich, daß Substanzen, die diese Aufnahme hemmen, wie z. B. trizyklische Antidepressiva, die hypotensive Wirkung abschwächen oder verhindern.

Neuere Untersuchungen zeigen, daß im Hirnstamm eine Neuronengruppe mit Alpha-Rezeptoren ausgestattet ist, die den adrenergen Alpha-Rezeptoren der Peripherie ähnlich sind. Diese Neuronengruppe, die möglicherweise mit dem Vasomotorenzentrum identisch ist, kontrolliert den Sympathikus in der Peripherie, wobei Aktivierung der postulierten Alpha-Rezeptoren, z. B. durch Alpha-Methyldopa, über das stoffwechselaktive Alpha-Methylnoradrenalin zu einer Hemmung der Impulsaktivität im peripheren Sympathikus führt. Hemmung der Dopamin-Beta-Hydrolase hebt die hypotensive Wirkung von Alpha-Methyldopa hingegen auf.

Clonidin (Catapresan®) besitzt in hohem Maße die Fähigkeit, adrenerge Alpha-Rezeptoren zu stimulieren. Im Anschluß daran kommt es zu einer lang andauernden Hypotension, die ganz offensichtlich auf einer Verminderung der Aktivität in den sympathischen Nerven beruht.

Während Alpha-Rezeptorenblocker praktisch nicht mehr in der Behandlung der chronischen Hypertonie eingesetzt werden, finden adrenerge Beta-Rezeptorenblocker hingegen eine wachsende Verbreitung, wobei der Wirkungsmechanismus noch nicht aufgeklärt ist. Eine Rolle zu spielen scheint dabei die Verminderung des Herzzeitvolumens und die Herabsetzung der Reninsekretion. In letzterem Zusammenhang

ist interessant, daß Hypertoniker mit einem erhöhten Plesmareninspiegel besonders günstig auf die Behandlung mit adrenergen Beta-Rezeptorenblockern ansprechen. Als dritte Möglichkeit wird schließlich noch eine zentrale Wirkung diskutiert.

Substanzen wie Hydralazin (Apresolin®), Dihydralazin (Nepresol®) setzen den Kontraktionszustand der Gefäßmuskulatur herab, es kommt daher zu einer erheblichen Verminderung des peripheren Widerstandes. Als Folge hiervon kommt es jedoch zu einer Gegenregulation über die Barorezeptoren, wobei letztere neuerdings durch die gleichzeitige Gabe von Beta-Rezeptorenblockern wieder weitgehend aufgehoben werden kann.

Professor Dr. P. SCHÖLMERICH, Mainz:

„Therapeutische Gesichtspunkte bei hypertensiver Myokardiopathie“

Die Hypertrophie des Herzmuskels ist zunächst ein Anpassungsvorgang, der ihn in den Stand versetzt, die gesteigerte Druckerbeit zu leisten. Dauerbelastung über Jahre hin führt dabei zu einer kritischen Diskrepanz zwischen Muskelmasse und Durchblutung, so daß sich die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels reduziert. Die Ausprägung der Koronarsklerose als Teil einer allgemeinen Gefäßsklerose steht in enger Korrelation zu Ausmaß und Dauer des Hochdrucks, ihre Ausprägung ist jedoch auch von weiteren Faktoren abhängig (z. B. Fettstoffwechselstörung!).

Die brauchbarsten objektiven diagnostischen Kriterien sind neben der Blutdruckmessung selbst das EKG (SOKOLOW-Index, Verhalten von QRS zu T, wobei eine Diskrepanz zwischen R-Zacke und T-Welle auf eine Hypertrophie mit Überschreiten der Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels hinweist) und das Röntgenbild (starke Rundung des linken Ventrikels mit höherem Abgang des linken Ventrikelsbogens, breite Aorta, vorspringender Aortenknopf und größere Schattendichte der Aorta als Hinweis auf Dauer und Intensität des Hochdrucks).

Der Hauptakzent in der Phase des hochdruckbelasteten hypertrophierten Herzens im Zustand der Kompensation ist auf die entihypertensive Therapie zu legen. Eine zusätzliche Glykosidgabe ist nicht angezeigt. Wert zu legen ist im weiteren auf: Beseitigung einer Übergewichtigkeit, einer vorliegenden Fett- und Kohlenhydratstoffwechselstörung oder einer Hyperurikämie, im weiteren Nikotinentzug und Verminderung von Stress-Situationen.

Sind Symptome einer Belastungsinsuffizienz nachweisbar, so besteht neben der Fortführung der vorgenannten „Basistherapie“ die generelle Indikation zur Anwendung von Glykosiden mit hoher enteraler Resorption (Digoxin bzw. Digoxinderivate).

Die Therapie des Lungenödems bei akuter Linksherzdekompensation bedarf auch in der Praxis einer Schematisierung: Sedierung mit Morphinderivaten, Seuer-

stoffzufuhr durch die Nasensonde, i.v.-Gabe von Strophanthin und Furosemid (Lasix®) 40 bis 80 mg. Ein Aderlaß ist bei Polyglobulie und bestehender Hypertonie immer noch indiziert! Bei Nichtansprechen dieser Maßnahmen ist die Überdruckbeatmung noch eine wirksame Behandlungsmethode (Erhöhung des mittleren intraalveolären Drucks und Reduzierung des venösen Zustroms).

Die chronische Insuffizienz des Hypertonieherzens ist praktisch immer eine Links- und Rechtsherzinsuffizienz! Diese Fälle stellen eine klassische Indikation für eine Dauerglykosidbehandlung dar, die zweckmäßig durch Saluretika ergänzt wird (Kontrolle des Elektrolythaushaltes!).

Bei der hypertensiven Krise erfolgt die Behandlung durch i.v.-Anwendung von Reserpin (2 bis 5 mg), Nephresol (20 bis 40 mg), Alpha-Methyldopa (1 g) oder Catapresan (0,15 bis 0,30 mg).

Professor Dr. A. W. v. EIFF, Bonn:

„Zentralnervöse und psychosomatische Aspekte der Hypertonie“

Mittels der psychosomatischen Methode wird untersucht, ob es eine spezifische Psychodynamik der Hypertoniker gibt. Die Schwierigkeiten von Untersuchungen mit diesen Methoden sind groß, so daß in vielen Fällen nicht gesichtetes Material für Hypothesen anfällt. Zunächst muß das Vorliegen einer sekundären Hypertonie ausgeschlossen werden. Die Untersuchungen zeigen: der Blutdruck kann durch emotionelle Reize, wie sie im täglichen Leben vorkommen, erheblich gesteigert werden (Kopfrechnen kann einen Anstieg des Ruheblutdrucks von 110/75 auf 155/105 und bei zusätzlicher Belärmung auf 200/120 mm Hg bringen!).

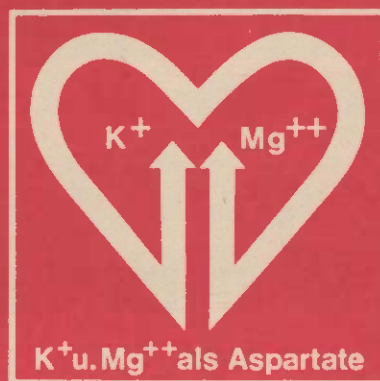
Der Blutdruck kann nicht nur bei akuten emotionalen Belastungen ansteigen, sondern auch bei länger andauernden Stress-Situationen.

In einem unausgewählten normotonen Kollektiv kommen Hyper-, Normo- und Hyporeaktoren in Normalverteilung vor. Personen über 45 Jahren weisen keine Hyperreaktoren auf, sie tendieren zu schwächeren Reaktionen. Bei normotonen jungen Menschen zeigen Hyperreaktoren starke, Hyporeaktoren schwache Stress-Reaktionen des Blutdrucks.

Geschlechtsreife Männer und Frauen reagieren bei emotionalen Belastungen unterschiedlich mit dem Blutdruckverhalten. Männer reagieren durchschnittlich mit stärkerem Anstieg des systolischen Blutdrucks.

Beim Vergleich des Verhaltens der vegetativen Reaktionen der beiden Geschlechter unter Stress zeigt sich, daß Frauen bevorzugt mit der Pulsfrequenz, der Atmung und der elektrischen Muskelaktivität reagieren können, daß aber Männer immer bevorzugt mit systolischer Blutdruckerhöhung reagieren.

Für die unterschiedlichen Blutdruckreaktionen von Männern und Frauen während Stress scheint das



Tromcardin® FORTE



sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

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

Indikationen

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

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

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

Dosierung (Richtwerte)

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

Handelsformen und Preis

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



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

2-84-11

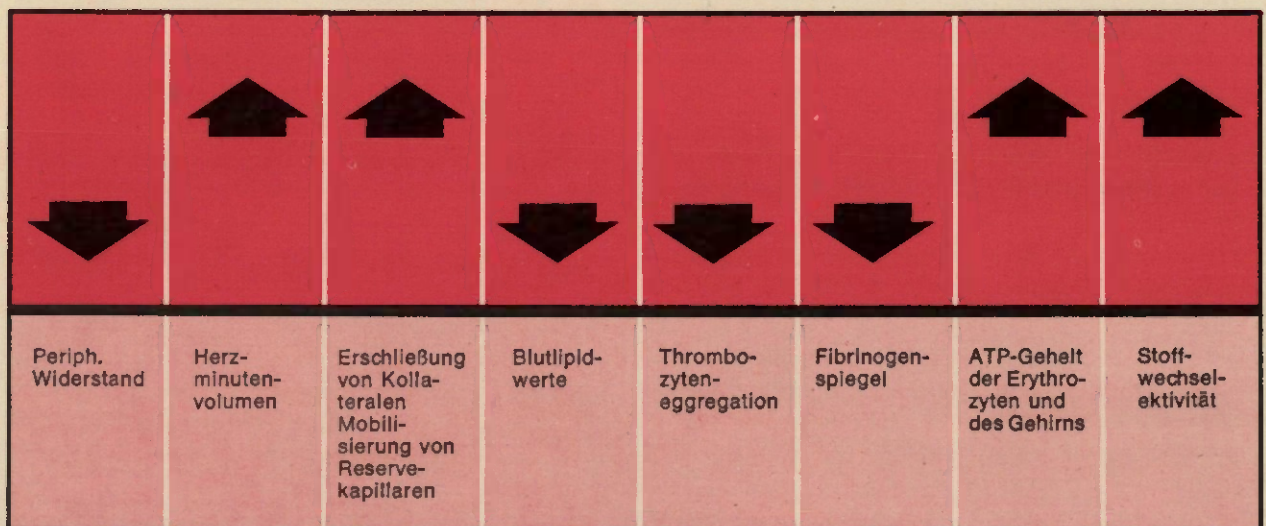
Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

COMPLAMIN[®]

300

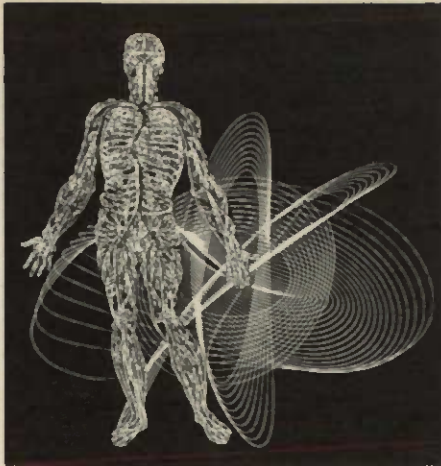
Xantinol-nicotinat

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

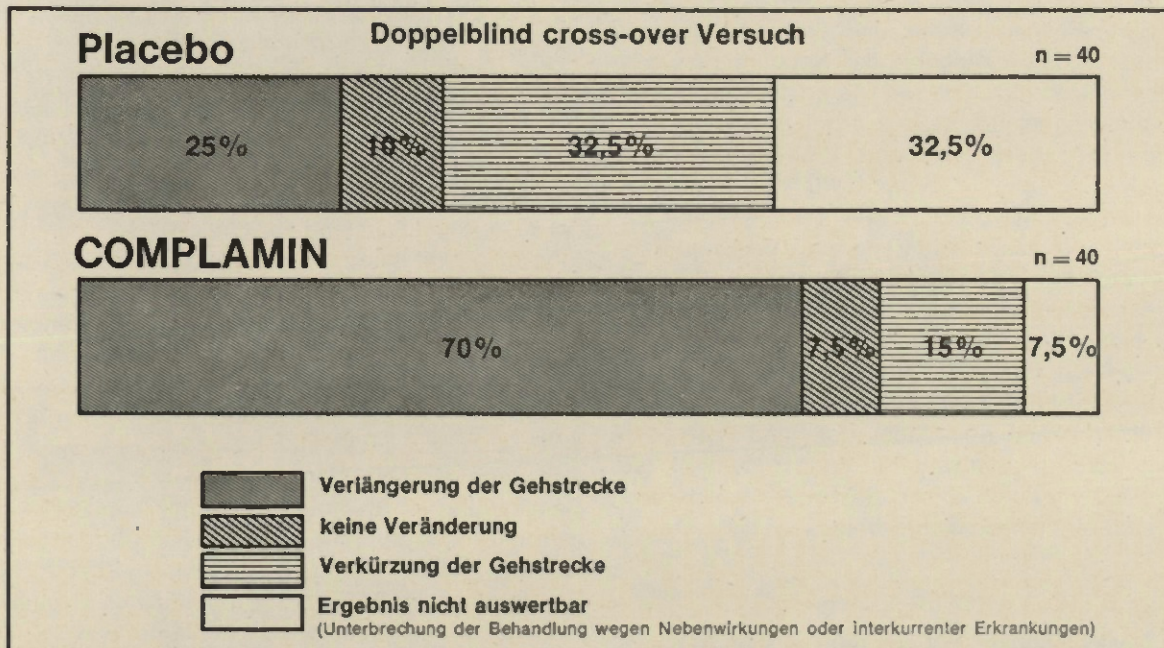


Das bedeutet für die Behandlung:

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



Complamin in der Therapie z. B. Claudicatio intermittens



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

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

INDIKATIONEN

Periphere Durchblutungsstörungen:

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

Zerebrale Funktionsstörungen:

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

KONTRAINDIKATIONEN

Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt,
akute Blutungen.

BESONDERE HINWEISE

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

DOSIERUNG COMPLAMIN 300

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

ZUSAMMENSETZUNG

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

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

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

PACKUNGSGROSSEN

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

Östrogen verantwortlich zu sein: ovariectomierte Frauen, die Östrogen erhalten, weisen bei emotionaler Belastung signifikant geringere Anstiege des systolischen Blutdrucks auf als ovariectomierte Frauen ohne Östrogensubstitution. Somit kann gefolgert werden, daß bei der geschlechtsreifen Frau Östrogen einen protektiven Effekt auf die Sressreaktionen des Blutdrucks ausübt (hypothalamischer Angriffspunkt? Vaskulärer Effekt?).

Für die Hyperaktivität des hypothalamischen pressorischen Areales können Erbfaktoren, Persönlichkeits- und Umweltfaktoren verantwortlich sein (z. B. chronischer Blutdruckanstieg bei Menschen, die über viele Jahre in einer gestörten sozialen Gruppe leben!).

Nach einer neuen These resultiert die essentielle Hypertonie aus der Hyperaktivität des hypothalamischen Sympathikuszentrums und deren Folgen auf den Pressorezeptorenapparat, das Nebennierenmark, die Nebennierenrinde und die Nieren. Der protektive Östrogenmechanismus setzt hierbei wahrscheinlich im ersten Glied dieser Kette an und bewahrt die Frau bis zur Menopause weitgehend vor dem Auftreten einer essentiellen Hypertonie. Nur am Beginn der Erkrankung ist die essentielle Hypertonie eine rein zentralnervöse Störung. Durch Gefäßschäden, die Störung des Pressorezeptorenmechanismus, die Aktivierung von Hormonen und Fermenten mit Beeinflussung des Elektrolyt-Wasserhaushalts und die Sensibilisierung für bakterielle Nierenschäden verselbständigt sich die Hochdruckkrankheit gegenüber der zentralnervösen Regulationsstörung. Im weiteren Verlauf muß sich die essentielle Hypertonie daher nicht mehr von Hypertonien anderer Genese unterscheiden.

Professor Dr. R. ZEILHOFER, Erlangen:

„Neue Gesichtspunkte in Pathogenese und Behandlung der pulmonalen Hypertonie“

Der Oberbegriff pulmonale Hypertonie umfaßt alle Zustände mit Drucksteigerung zwischen linkem Vorhof und Pulmonalklappe, also auch die Stauungslunge und die Überperfusion bei Links-Rechts-Shunt. Im engeren Sinne ist sie jedoch gekennzeichnet durch eine ausschließliche oder vorherrschende Drucksteigerung retrograd vom Lungenkapillargebiet und eine dominierende Symptomatik seitens des rechten Ventrikels. Unter den Krankheitsursachen überwiegen die primären Bronchial- und Lungenparenchymerkrankungen gegenüber den primären Gefäßerkrankungen. An der Spitze stehen somit die obstruktiven Atemwegserkrankungen.

Pathogenetisch sind grundsätzlich zwei Formen zu unterscheiden: die häufigere ventilatorisch-hypoxische und die vaskuläre Form, die weiterhin zu unterteilen ist in die primär-vaskuläre, in die sekundär-vaskuläre und die thromboembolische Form. Kombinationen des ventilatorischen und sekundär-vaskulären Mechanismus kommen vor.

Die alveoläre Hypoxie als auslösende Ursache der pulmonalen Hypertonie bei Ventilationsstörungen im Sinne des EULER-LILJESTRAND-Effektes ist in den letzten Jahren mehr und mehr in den Vordergrund getreten. Wegen Fehlens anderer adäquater Faktoren kann die pulmonale Hypertonie, z. B. bei Kyphoskoliose und beim Pickwicker-Syndrom, praktisch nur mit der alveolären Hypoventilation erklärt werden.

Das primäre Emphysem ohne sekundäre Bronchialobstruktion führt weder zur alveolären Hypoventilation noch zu pulmonaler Hypertonie! Diese Tatsache läßt auch die Beschreibung des sogenannten „kleinen Emphysemherzens“ von ZDANSKY ohne wesentliche Rechtshypertrophie heute besser verstehen.

Im Gegensatz zu diesem *dyspnoisch-pulmonalen* Typ mit primärem Emphysem tritt beim *zyanotisch-bronchialen* Typ mit primärer chronischer hyperplastischer Bronchitis schon im mittleren Lebensalter sowohl eine alveoläre Hypoventilation mit Neigung zur respiratorischen Azidose als auch die pulmonale Hypertonie zahlenmäßig und graduell in den Vordergrund. Hierbei ist ein echter emphysematischer Substanzverlust oft gar nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden.

Eine Sonderstellung unter den obstruktiven Atemwegserkrankungen nimmt das Asthma bronchiale ein. Zur alveolären Hypoventilation und zur pulmonalen Hypertonie kommt es nur im schweren Asthmaanfall. Die geringe Zeitsumme der asthmatischen Krisen bietet die Erklärung, weshalb beim Asthma bronchiale die Entwicklung eines chronischen Cor pulmonale eine Seltenheit darstellt.

Dem manifesten Stadium des chronischen Cor pulmonale geht eine längere Latenzphase mit weitgehend normalen Pulmonaldrücken voraus.

Bei der vaskulären Form der pulmonalen Hypertonie überwiegen mikroembolisch bedingte und Lungenparenchymerkrankungen mit sekundärem Gefäßuntergang. Im Zusammenhang mit der multiplen Mikroembolie, der autochthonen Thrombose oder Embolisation werden auch Ovulationshemmer angeschuldigt. Die Entwicklung der pulmonalen Hypertonie und Rechtsherzinsuffizienz vollzieht sich bei dieser vaskulären Form schneller.

Der vaskulären und der ventilatorisch-hypoxischen Form therapeutisch gemeinsam ist die symptomatische Behandlung des Herzens. Auch im Stadium der manifesten Hypertonie hat die Behandlung des bronchopulmonalen Grundleidens den Vorrang. Sinnvolle Kombination von Bronchospasmyolytika, Sekretolytika, Kortikosteroiden und im Bedarfsfall von Antibiotika, Atemanalgetika und assistierter Beatmung bewirkt eine Besserung der Atemmechanik, Dyspnoe und alveolären Belüftung. Die empirische Beobachtung erhöhter Glykosidempfindlichkeit bei Rechtsherzinsuffizienz und die hieraus gefolgerte Zurückhaltung in der Dosierung hat nach heutiger Kenntnis ihre Begründung in der Hypoxie einerseits und im intrazellulären Kaliumdefizit bei der vorliegenden Azidose. Die meist

vorhandene Tachykardie ist in erster Linie Folge der Hypoxie und mit Digitalis nur bedingt beeinflussbar, so daß die Regelung der Digitalisidosis nach dem Verhalten der Herzfrequenz zwangsläufig zur Digitalisintoxikation führt! Ein weiterer Fehlschluß im Hinblick auf Tachykardie und Herzrhythmusstörungen ist die Gabe von Betablockern mit der Folge einer Verschlechterung der Inotropie und eventuell Verstärkung des Bronchospasmus.

Unter diesen Gesichtspunkten bewähren sich Aldosteron-Antagonisten (Aldactone®): Abbau der Azidose, Anhebung des Sauerstoffdrucks, Kaliumkonservierung und positiv-inotrope Komponente!

Angesichts der lückenhaften Kenntnisse der Ätiologie bleibt bei der vaskulären Form der pulmonalen Hypertonie oft nur die Möglichkeit einer symptomatischen Behandlung der Herzinsuffizienz, wobei hier durch die geringgradigere Hypoxie und das Fehlen der Hypertension und Azidose die Glykosidgabe weniger problematisch ist.

Bei aktiven Lungenfibrosen kann ein Behandlungsversuch mit Kortikosteroiden oder Immunsuppressiva unternommen werden.

Professor Dr. K. D. SCHEPPOKAT, Wiesbaden:

„Pathophysiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Probleme bei der arteriellen Hypotonie“

Chronisch arterielle Hypotonie und orthostatische Hypotonie beruhen wahrscheinlich zum überwiegenden Teil auf funktionellen Störungen. Hypotonie liegt definitiv vor, wenn Organminderdurchblutung und daraus Beeinträchtigung der Organfunktion resultiert. Am empfindlichsten reagiert hierbei das Zentralnervensystem (Sehstörungen, Schwindel, Bewußtseinsstörungen!). Zwischen „normalem“ und „erniedrigtem“ Blutdruck liegt eine breite Grenzzone. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen der Hypotonie mit Beschwerdefreiheit und der Hypotonie mit Krankheitswert.

Man unterscheidet im wesentlichen vier Orthostasereaktionen:

1. Die hypertone Reaktion mit Anstieg des Blutdrucks über die Norm mit und ohne begleitende Tachykardie.
2. Die sympathikotone Reaktion mit Blutdruckabfall und überhöhtem Frequenzanstieg (häufigster Typ!).
3. Die asympathikotone Reaktion mit deutlichem Abfall des systolischen und diastolischen Drucks aber kaum veränderter Herzfrequenz.
4. Die vasovagale Reaktion mit plötzlichem Blutdruckabfall und Frequenzabnahme.

Dem Hochdrucksystem ist das Niederdrucksystem des Kreislaufs vorgeschaltet, letzteres besteht aus den Körpervenolen, dem rechten Herzen, den Lungengefäßen und dem linken Vorhof. Die elastischen Eigenschaften der Venen gestatten dem Niederdrucksystem weit größere Volumenänderungen, als sie im Hochdrucksystem möglich sind.

Die schwerste Form der orthostatischen Kollapsneigung, die asympathikotone orthostatische Hypotonie ist sehr selten. Sie kommt meist bei 40- bis 60jährigen vor (hier oft sexuelle Impotenz!). Systolischer und diastolischer Druck sinken beim Aufstehen rasch und erheblich ab, die Herzfrequenz bleibt starr (Verlust der Sympathikuswirkung an Herz und Gefäßen, Venen nerval nicht kontraktile!).

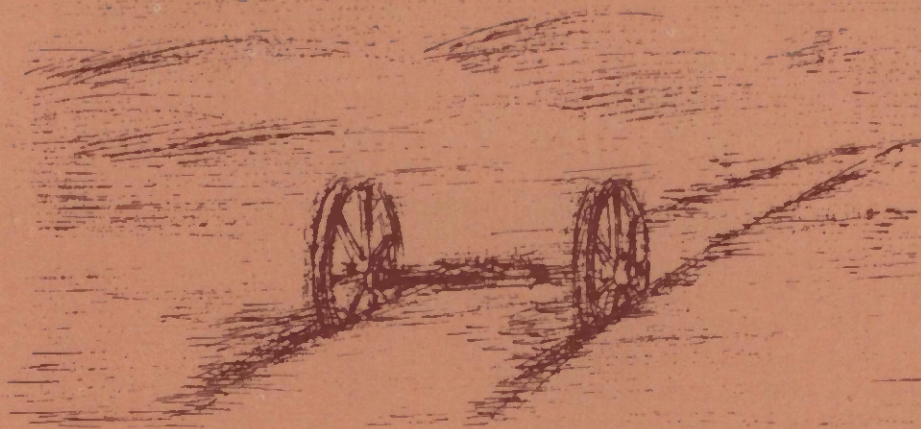
Weniger selten ist die orthostatische Kollapsneigung bei neurologischen Leiden, sie kann z. B. bei Parkinsonkranken bereits Monate bis Jahre vor Auftreten der organoneurologischen Ausfälle auftreten.

Auslösende Faktoren für die sogenannte banale Ohnmacht oder die vasovagale Synkope sind häufig emotionale Belastungen (Furcht, Schmerz!), aber auch Änderungen des Blutvolumens oder der Blutvolumenverteilung. Mit dem Eintritt der Ohnmacht sinkt der arterielle Blutdruck ab (Dilatation der Arteriolen in der Skelettmuskulatur?), der Patient wird bradykard.

Ab und zu begegnet man Patienten mit einer sogenannten idiopathischen Hypovolämie (erniedrigtes Blutvolumen, kleines Herz, keine chronische Blutungen, kein Anhalt für eine länger andauernde allgemeine Ruhigstellung). Blutbild, Serumeiweiß und -eisen sind normal oder nur geringfügig verändert. Der arterielle Blutdruck ist normal oder erniedrigt. Die Patienten klagen über Schwäche, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, linksthorakale Schmerzen, Leistungsminderung, haben aber nicht in allen Fällen Orthostasestörungen!

Die weitaus größte Patientengruppe weist jedoch nur funktionelle kardiovaskuläre Störungen mit hypotoner Dysregulation und/oder inkonstanter orthostatischer Hypotonie auf (sogenanntes hypotones Syndrom, hypotone Dysregulation). Vielfach dürften hier psychosomatische Krankheitsfaktoren wirksam sein. Nach DELIUS gehören diese Krankheitsbilder in den Bereich der psychovegetativen Syndrome (in Amerika, England, Schweden meist als neurozirkulatorische Asthenie bezeichnet!). In therapeutischer Hinsicht ist es hierbei wichtig, den Betroffenen die psychosomatischen Normalreaktionen zu erläutern, wie z. B. Blässe bei Schreck, Durchfall bei Angst, Weichwerden der Knie und Zittern nach einer Periode der Gefahr, Palpitation und Tachykardie bei Examensangst und Lampenfieber! Autogenes Training und beratende Gespräche sind relativ unaufwendige psychotherapeutische Maßnahmen, die klassische analytische Psychotherapie allerdings ist eingreifend und häufig langdauernd. Im weiteren ist zu täglichen Körperbewegungen zu raten (Gehen im raschen Schritt und ohne Pausen, Schwimmen, Radfahren, Rudern). Wettkampfsport hingegen ist in vielen Fällen nicht besonders günstig.

Die Pharmakotherapie hat ihre wichtigsten Indikationen bei den akuten, subakuten und passageren Störungen der Blutdruckregulation. Bei chronischen und



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

Verträglichkeit: Valium Roche ist gut verträglich. Der Wirkstoff übt auch bei länger dauernder Medikation keine schädigenden Wirkungen auf Leber, Nieren und Blutbild aus. Bei mangelnder Anpassung der Dosierung an die individuellen Gegebenheiten können Sedierung und Muskelrelaxierung (Schläfrigkeit, Schwindel, Muskelschwäche und in seltenen Fällen Ataxie) verstärkt auftreten. Diese Wirkungen sind als Zeichen einer relativen Überdosierung zu betrachten und lassen sich — sofern sie nicht spontan abklingen — leicht durch eine Dosisreduktion vermeiden.

Hinweise:

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

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

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr 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 überschreiten 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 kreislauflabilen 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 im., Krampfstöße 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.

Wie für andere Medikamente gilt auch für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger, regelmäßiger Einnahme wird empfohlen, abzustillen.

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.

Packungen und Preise*:

20 Tabl. Valium 5 Roche DM 5,50 m. U. St.

20 Tabl. Valium 10 Roche DM 8,85 m. U. St.

5 Ampullen Valium 10 Roche DM 8,60 m. U. St.

*unverbindlich



häufig rezidivierenden Leiden sind Medikamente als Intervalltherapie geeignet.

Die medikamentöse Zusatzbehandlung kann bei der Patientengruppe mit sogenannter idiopathischer Hypovolämie mit dem Mineralokortikoidpräparat Astotinin-H® erfolgen. Dihydroergotamin (Dihydergot®) erhöht den Venentonus und zentralen Venendruck. Effortil® bewirkt ebenfalls einen Anstieg von Venentonus und zentralem Venendruck jedoch mit Zunahme von Herzfrequenz und Arteriendruck. Akrinor® zeigt einen Anstieg des Venentonus und des enddiastolischen Drucks im rechten Ventrikel, es macht keine Tachykardie, sondern eher einen leichten Herzfrequenzabfall.

Referent: Dr. med. H. FriebeI, Nürnberg

(Schluß folgt)

Fakultät

Würzburg

ao. Professor Dr. phil. Erhard WINTERSBERGER, Vorstand des Physiologisch-chemischen Instituts, wurde zum „ordentlichen Professor für physiologische Chemie“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Claus Frenz CLAUSSEN, wiss. Angestellter an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten im Kopfklinikum, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. Hartmut BRANDAU für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ (bisher Universität Hannover);

Privatdozent Dr. med. Volker LEHMANN für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ (bisher Universität Hannover);

Privatdozent Dr. med. Volker ter MEULEN für „Kinderheilkunde und Klinische Virologie“ (bisher Universität Göttingen).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Wolf-Dieter HEINE für „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“;

Dr. med. Günter HERTEL für „Neurologie“;

Dr. med. dent. Hans Dieter JÜDE für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Prothetik“;

Dr. med. Heinz-Dieter JUNGE für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“;

Dr. med. dent. Albrecht ROSSBACH für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Prothetik“;

Dr. med. Josef WALTER für „Innere Medizin“;

Dr. med. Jürgen WINCKLER für „Anatomie“.

Personalia

Dr. Willy Reichstein im Ruhestand

Am 1. April 1974 trat Dr. Willy REICHSTEIN nach langjähriger Tätigkeit in der Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer und als Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“ aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand.

Dr. Willy Reichstein wurde am 9. Dezember 1915 in Breslau geboren, wo er auch das Abitur ablegte, 1942 das Medizinstudium abschloß und 1943 zum Dr. med. promovierte. Nach dem Zusammenbruch kam er nach Bayern, und war ab 1947 als niedergelassener Praktischer Arzt 13 Jahre lang in Landau an der Isar tätig.

Dort begann er 1946 auch seine politische Laufbahn im Rahmen des GB/BHE bis 1953 als Mitglied des Stadtrates und des Niederbayerischen Kreistages, dann als Bezirksvorsitzender des GB/BHE in Niederbayern und stellvertretender Landesvorsitzender.

In der 2. Legislaturperiode von 1953 bis 1957 war Dr. Reichstein Mitglied des Deutschen Bundestages und stellvertretender Vorsitzender der Bundestagsfraktion des GB/BHE. Tätig in den Ausschüssen für Sozialpolitik, Verteidigung, Gesundheitswesen und Atomfragen, hat er sich in dieser Zeit vor allem auch um das Kasernenrecht verdient gemacht.

Nach einer knapp dreijährigen Tätigkeit als Geschäftsführer der Bundesärztekammer wechselte Dr. Reichstein wieder in seine Wahlheimat und trat am 1. Januar 1961 in die Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer ein. In dieser Zeit erwarb er sich als Geschäftsführender Arzt, Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebsbekämpfung und Krebsbekämpfung in Bayern und als 2. Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen große Verdienste. Er hatte ganz wesentlichen Anteil an der Münchner Diabetes-Aktion 1967/68 und es ist im wesentlichen mit seiner Tatkraft zuzuschreiben, daß im Juli 1968 die Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trißl/Oberaudorf ihren Betrieb aufnehmen konnte, gefolgt von der Schloßbergklinik Oberstaufen 1969.

Am 6. April 1971 fanden seine Verdienste mit der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienst-

ordens der Bundesrepublik Deutschland Ihre wohlverdiente Anerkennung.

Den verdienten Mitarbeiter und Kollegen begleiten unsere besten Wünsche. Unseres Dankes für seinen unermüdlichen Einsatz für das Gesundheitswesen und die Ärzte unseres Landes darf Willy Reichstein gewiß sein.

Professor Dr. Sewering

Dr. Braun

Vorsitzender des Verbandes freier Berufe

In der außerordentlichen Mitgliederversammlung des Verbandes freier Berufe in Bayern am 3. April wurde Dr. Hermann BRAUN, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, zum neuen Vorsitzenden gewählt.

o. Professor Dr. med. Heinz SEELIGER, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, wurde zum geschäftsführenden Vorstandsmitglied der Europäischen Föderation Mikrobiologischer Gesellschaften gewählt.

o. Professor Dr. med. Otto SCHRAPPE, Direktor der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, wurde in das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gewählt.

o. Professor Dr. med. Dr. med. dent. Friedrich SCHRÖDER, Vorstand der Kieferchirurgischen Abteilung der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Würzburg, wurde zum Ehrenmitglied der „Association Française pour le Développement de la Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale“ gewählt.

em. o. Professor Dr. med. Werner WACHSMUTH, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Würzburg, erhielt vom belgischen Generalkonsul die ihm vom König der Belgier verliehene Auszeichnung „Croix d'Officier de l'Ordre de la Couronne“ für seine humanitären Dienste an der Bevölkerung Belgiens während des Zweiten Weltkrieges.

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tebl

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

Bayerisches Krankenhausgesetz

Gutachten des Senats zum Regierungsentwurf

Im Gutachten des Bayerischen Senats zum Entwurf eines Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Krankenhausfinanzierungsgesetz, das am 7. März 1974 verabschiedet wurde, nimmt der Senat davon Kenntnis, daß sich die Vorlage bewußt darauf beschränkt, die zum Vollzug des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze gebotenen gesetzlichen Vorschriften zu erlassen. In Übereinstimmung mit den Forderungen der Spitzenorganisationen der kommunalen, der freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger enthält der Entwurf demnach keine Vorschriften, die einen Eingriff in die innere Struktur der Krankenhäuser bewirken würden.

Der Initiativgesetzentwurf der SPD-Landtagsfraktion enthält aber diesbezüglich umfangreiche Bestimmungen über die innere Struktur, die Leitung und Mitbestimmung innerhalb der Krankenhäuser, die Beseitigung der Pflegeklassen und des Liquidationsrechts für ärztliche Leistungen, außerdem die Einführung eines Patientenführersprechers und eines Sozialdienstes.

Ausdrücklich wird im Gutachten betont, soweit der Entwurf der SPD-Fraktion Regelungen beinhaltet, die nicht zugleich auch Gegenstand des Entwurfs der Bayerischen Staatsregierung sind, wird hierzu der Senat nach einem Beschluß der zuständigen Fachausschüsse zu einem späteren Zeitpunkt gesondert Stellung nehmen. Bei acht Gegenstimmen beschloß das Plenum auf Antrag des Berichtstatters, Senator Professor Dr. Hans Joachim SEWERING, die Vorlage als Bayerisches Krankenhausgesetz zu bezeichnen, nicht als Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes.

Das Gutachten umfaßt zehn Punkte. Mit der Staatsregierung ist der Senat der Überzeugung, daß auf die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung auch im Krankenhauswesen nicht verzichtet werden kann. Ebenso findet die Sammlung medizinischer Daten als Voraussetzung einer sinnvollen Gesundheitspolitik die volle Zustimmung der Zweiten Kammer.

Der Senat ist jedoch der Auffassung, daß patientenbezogene Daten, durch die der einzelne Patient identifiziert werden kann, eines ganz besonderen Schutzes bedürfen, sofern auch solche Daten vom einzelnen Krankenhaus anstelle oder in Ergänzung des Krankenblattes gespeichert werden.

Der Staatsregierung wird deshalb empfohlen, die Bestimmungen über die Datenverarbeitung nochmals zu überprüfen und dabei insbesondere eindeutig festzulegen, daß Patientendaten, durch die dieser identifiziert werden kann, ausdrücklich von der Weitergabe

an Dritte anzunehmen sind. Die für die ärztliche Schweigepflicht maßgeblichen Bestimmungen müssen unangetastet bleiben.

In der Schlußbestimmung wurde das vom sozialpolitischen und vom Rechtsausschuß erarbeitete Gutachten vom Plenum einstimmig gebilligt und der Antrag von Professor Dr. Sewering mit Mehrheit gegen acht Stimmen angenommen, wonach der Senat empfiehlt, die Regierungsvorlage als „Bayerisches Krankenhausgesetz“ zu bezeichnen. — (Sen-D 36, 44/74)

Gutachten des Senats zum SPD-Entwurf

Das Plenum des Bayerischen Senats hat am 21. März 1974 das von seinen Ausschüssen für Sozialpolitik und für Recht empfohlene Gutachten zum Initiativgesetzentwurf der SPD-Landtagsfraktion mit Mehrheit beschlossen. Die anwesenden Senatoren, die der Gruppe Gewerkschaft angehören, enthielten sich der Stimme. Die Stellungnahme des Senats zu dieser Vorlage bezog sich auf jene Abschnitte, die nicht zugleich Gegenstand des Entwurfs der Bayerischen Staatsregierung waren.

Die geforderte Beseitigung des Liquidationsrechts für ärztliche Leistungen hat der Senat nicht anerkannt.

Die Staatsregierung wurde dringend gebeten, den Krankenhausbeirat so bald wie möglich mit der Frage der Beteiligung der Mitarbeiter am Liquidationserlös der Chefarzte zu befassen mit dem Ziel, geeignete Empfehlungen dazu zu erarbeiten. Weiter ist der Senat der Auffassung, daß eine gesetzliche Regelung über die im SPD-Entwurf angesprochenen Organisationsfragen (innere Struktur der Krankenhäuser) zur Zeit noch nicht möglich sei. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß zur gleichen Materie derzeit ein Verfassungsstreit über einschlägige Bestimmungen im Krankenhausgesetz des Landes Rheinland-Pfalz anhängig sei, wozu Rechtsgutachten vorliegen. Aus diesem Grunde war der Senat dafür, von einer gesetzlichen Regelung abzusehen und die in diesen Artikeln der SPD-Vorlage gemachten Vorschläge im Krankenhausbeirat bei der weiteren Behandlung als „Material“ einzubeziehen. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß nach Meinung des Senats die landesrechtliche Festlegung „zusätzlicher Bedingungen“ zur Förderung von Krankenanstalten rechtlich nicht möglich sei.

Das Gutachten, das von Senator Professor Dr. Hans Joachim SEWERING im einzelnen erläutert wurde, ist ohne Aussprache verabschiedet worden. — (Sen-D 59/74)

—l—/hu

(aus: „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 103 vom 7. März 1974 und Nr. 113 vom 21. März 1974)

Rechtsfragen

Mitteilung von Ärzten an ihre Ärztekammer über Fälle unsachgemäßer Heilbehandlung von Heilpraktikern

Das **Oberlandesgericht München** hatte sich in einem Verfahren wegen einstweiliger Verfügung mit der Frage zu befassen, ob sich ein Arzt mit Berichten über einen Heilpraktiker, die den Vorwurf unsachgemäßer Heilbehandlung beinhalten, an seine Ärztekammer wenden darf, ohne befürchten zu müssen, sich deshalb schadensersatzpflichtig zu machen. Der Vorgang war folgender:

Ein Arzt hatte im Rahmen seiner Behandlung bei zwei Patienten, die vorher bei einem Heilpraktiker waren, die Überzeugung gewonnen, daß Fehlbehandlungen vorlagen. Er informierte darüber die Bayerische Landesärztekammer, die ihrerseits sich an die für die Zurücknahme der Heilpraktikererlaubnis zuständige Behörde, nämlich die Regierung des Regierungsbezirks, unter Mitteilung des Vorbringens des Arztes wandte. Der Heilpraktiker beantragte gegen den anzeigenden Arzt eine einstweilige Verfügung auf Unterlassung, die er auf Kreditgefährdung (§ 824 BGB) und Eigentumsbeeinträchtigung (§ 1004 BGB) stützte. Sein schließlich sehr enggefaßter Antrag wurde durch das Landgericht und in zweiter Instanz endgültig durch das Oberlandesgericht zurückgewiesen. Dabei stand die Frage im Vordergrund, ob sich der Arzt mit seiner Beschwerde an die Bayerische Landesärztekammer als seine Standesvertretung wenden durfte.

In seinem **Beschluß vom 10. Dezember 1973** (Az: 12 W 1935/73) führte das Oberlandesgericht München dazu aus:

...
Der Ansicht des Landgerichts, daß ein aus §§ 824 und der entsprechenden Anwendung des 1004 BGB herzuleitender Unterlassungsanspruch im Hinblick auf die beiden Berichte des Antragsgegners an die Bayerische Landesärztekammer nicht besteht, ist beizupflichten. Aufgabe dieses Selbstverwaltungsorgans der Ärzteschaft ist nach § 2 Abs. 1 des Gesetzes vom 15. Juli 1957 über die Berufsvertretungen und die Berufsgeschäftsbearbeitung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kemmergesetz) (GVBl. 1957, 162) auch die Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege. Daß hierzu auch die Abwehr von Gefahren gehört, die entstehen würden, wenn die Heilkunde von ungenügend oder überhaupt nicht ausgebildeten Personen ausgeübt würde, kann nicht ernstlich bezweifelt werden. Denn aus der Stellung als öffentlichrechtliche Körperschaft (Art. 10 Abs. 1 KaG) ergibt sich, daß die Berufsvertretung auch die Interessen der Allgemeinheit zu berücksichtigen hat. Zur Erfüllung dieser Auf-

gaben ist die Berufsvertretung berechtigt, innerhalb ihres Aufgabenbereichs u. a. Vorstellungen an die zuständigen Behörden zu richten, hier an die Regierung von Oberbayern als die nach § 7 Abs. 1 der 1. DVO zum Heilpraktikergesetz zuständige Behörde. Hier kommt hinzu, daß die Zulassung eines Heilpraktikers der zuständigen Landesärztekammer mitzuteilen ist und daß ihr ein eigenes Beschwerderecht gegen die Zulassung eingeräumt wurde (§ 3 Abs. 2 und 3 der 1. DVO zum Heilpraktikergesetz). Sonach kann dem Antragsgegner nicht untersagt werden, sich mit Berichten, die den Vorwurf unsachgemäßer Heilbehandlung beinhalten, an seine Berufsvertretung zu wenden. Zwar meint der Antragsteller, die Bayerische Landesärztekammer sei nicht die für die Entgegennahme zuständige Stelle, weil sie nicht selbst deren Wahrheitsgehalt nachprüfe. Dieser Gesichtspunkt ist jedoch nicht entscheidend, da auch gegenüber der Erstattung einer Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft oder der Polizei kein Anspruch auf Widerruf oder Unterlassung besteht, obwohl die Berechtigung des Vorwurfs nicht von den die Anzeige entgegennehmenden Stellen, sondern in dem hierfür vorgesehenen Strafverfahren geprüft wird (BGH NJW 1962, 245).

...
Abschließend ist zu bemerken, daß dies hier für die Bayerische Landesärztekammer Gesagte sinngemäß auch für die übrige ärztliche Berufsvertretung in Bayern, nämlich die Ärztlichen Kreisverbände und die Bezirksverbände gilt.

Poellinger, München

Amtliches

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 11. Februar 1974 – Nr. I E 2 – 5004/20 – 52/73 –

Gegenstandskatalog für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **Vollzug der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458)**

Der vom Institut für Medizinische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ ist beim Verlag „Druckhaus Schmidt & Bödige“, 6500 Mainz, Rhein-allee 191, erschienen. Er kann im Buchhandel zum Preis von ca. DM 12,50 bezogen werden.

gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

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

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

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

(1/2 Doppelkonus), 4–5 Jahren 2–3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 8 Jahren 1–3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).
Zur Beachtung: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbran die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.
Handelsformen: Tabletten zu 10 mg DP mit 25 Tabletten DM 8,50 DP mit 75 Tabletten DM 17,75 Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

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

Thomae

Brief aus Bonn

Die Innenpolitische Szene habe sich geändert, so mutmaßen wir vor acht Wochen an dieser Stelle. Wie richtig dies war, haben die Wahlen zur Hamburger Bürgerschaft gezeigt. Die Sozialdemokraten haben eine schwere Schlappe erlitten; die CDU spricht sogar von einer „vernichtenden Niederlage“, was freilich übertrieben ist, wenn man daran denkt, daß Sozialdemokraten und Freie Demokraten in Hamburg weiter regieren können. Dennoch hat das Wahlergebnis die Bonner SPD-Zentrale alarmiert. In Hamburg hat jeder fünfte Wähler der SPD den Rücken gekehrt, wenn man dem Vergleich die letzte Bürgerschaftswahl oder die Bundestagswahl von 1972 zugrunde legt. Der Stimmenanteil ist von rund 55 Prozent auf rund 45 Prozent abgesunken. Für die SPD eine schlimme Sache, zumal kein Zweifel daran besteht, daß dieses Wahlergebnis sehr wesentlich von der Bundespolitik beeinflusst worden ist.

Das Ergebnis sieht für die Freien Demokraten nur auf den ersten Blick beeindruckend aus; sie haben ihren Stimmenanteil von 7,1 auf 10,9 Prozent verbessern können, wenn man die Ergebnisse der Bürgerschaftswahlen vergleicht. Gegenüber der letzten Bundestagswahl ergibt sich jedoch eine leichte Verschlechterung. Die FDP-Führung hat zwar das Abschneiden ihrer Hamburger Mannschaft begrüßt, intern wird aus der Enttäuschung kein Hehl gemacht. Die FDP, das scheint Hamburg zu signalisieren, rutscht vom Stimmungshoch des letzten Herbstes zwar nicht in das Tief der SPD, aber das Barometer zeigt eben doch „Veränderlich“ an. Scheel und Genscher hatten einen bundesweiten Stimmenanteil von 12 bis 15 Prozent anvisiert, um die FDP unbestritten zur dritten Kraft werden zu lassen. Daran gemessen, stellt Hamburg ein schwerer Rückschlag dar. In Hamburg müßte die FDP schon einen Stimmenanteil von etwa 15 Prozent erreichen, um im Bundesdurchschnitt auf annähernd 10 Prozent zu kommen.

Aus der Hamburger Wahl können folgende Schlußfolgerungen gezogen werden:

1. Die SPD kann unter den derzeitigen politischen und personellen Bedingungen ihren Erfolg von der letzten Bundestagswahl nicht halten; Genosse Trend geht wieder bergab.
2. Die Freien Demokraten scheinen an ihre politischen Grenzen gestoßen zu sein; sie werden, und zwar unabhängig vom Wechsel Scheels ins Präsidentenamt, viel Mühe haben, ihre 1972 erreichte Position zu halten; unter Genscher könnte das noch schwieriger werden. Was für die Koalition noch bedenklicher ist: die Mehrzahl der Wähler, die der SPD den Rücken kehren, wandern zur CDU und nicht zur FDP.
3. Die Bürger machen von ihrem Wahlrecht Gebrauch; sie resignieren nicht, sie wenden sich auch nicht den radikalen Parteien zu, sondern suchen die poli-

tische Alternative, die nach Lage der Dinge nur die CDU sein kann.

Das ist für die Opposition enorm wichtig; sie steht nicht mehr unter der psychologischen Belastung, die Machtverhältnisse bis 1980 doch nicht ändern zu können. Sie sieht zu Recht für die nächsten Bundestagswahlen 1976 wieder eine Chance. Das gibt Auftrieb.

Freilich wäre es falsch, das Hamburger Ergebnis überzubewerten. Aber sollte sich bei der Niedersachsenwahl im Juni für die SPD Genosse Abwärtstrend fatal bestätigen, so wird bei der FDP die Sorge wachsen müssen, früher oder später in den Sog hineingezogen zu werden. So wenig aktuell es heute ist, über neue Koalitionen nachzudenken und zu spekulieren, bei einer neuen Niederlage der Koalition, gemessen an der letzten Bundestagswahl, würden ohne Zweifel die auseinanderstrebenden Kräfte an Gewicht zunehmen. Zunächst einmal bemüht sich die Bonner Regierungsmannschaft darum, effektivere Arbeit als bisher zu leisten. Die Tonlage gegenüber der Opposition wird wieder verschärft, und Brandt tritt aus seiner Reserve heraus, um seinen Führungsanspruch deutlich zu machen. Die Anstrengungen, die eigene Politik besser zu verkaufen, werden vergrößert, obwohl die Bonner Politik im letzten Jahr weniger darunter gelitten hat, wie sie dargestellt, sondern vielmehr wie sie betrieben wurde. Schlechte Ware ist nur selten gut an den Mann zu bringen. Auch politische Werbesprüche nutzen sich ab, wie Brandt und seine Gehilfen jetzt erkennen müssen.

Für Brandt und die Koalition kommt es jetzt vor allem darauf an, die eigenen Querelen zu beenden und in der Politik Erfolg zu haben. Die Voraussetzungen dafür sind nicht gut. In der Ostpolitik wird die positive Grundstimmung der Bevölkerung nicht wieder zu beleben sein. Auch positive Zwischenergebnisse werden nicht mehr darüber hinwegtäuschen, daß es spektakuläre Erfolge nicht geben kann. Gegenüber regierungsamtlichen Erfolgsmeldungen ist man skeptisch geworden. Die Europapolitik ist in einer desolaten Verfassung; die Lage in fast allen EG-Mitgliedsländern ist labil. Es wird schon großer politischer Anstrengungen bedürfen, um den lockeren Zusammenhalt zu erhalten. Das Verhältnis Europas zu den Amerikanern ist schlechter denn je. Das Torpedieren einer gemeinsamen Politik der EWG und der USA gegenüber den Ölländern stellt eine Brüskierung für Nixon und Kissinger dar, die nicht ohne abträgliche Folgen bleiben kann. Brandt ist in der mißlichen Lage, sich überall als Feuerwehrmann betätigen zu müssen, ohne konstruktive Lösungen anbieten zu können. Politische Lorbeeren sind dabei kaum zu ernten.

Auf dem innenpolitischen Feld sind die Schwierigkeiten kaum geringer. In der Steuerpolitik manövriert sich die Koalition mit ihrer Steuerreform immer mehr in die Sackgasse hinein. Wenn es bei der Entlastung von zehn Milliarden Mark zum 1. Januar 1975 bleiben soll, so müssen die „Eckwerte“ abermals korrigiert

werden; die Inflation hat die alten Pläne überholt. Aber wie soll die Lücke gedeckt werden? Dafür liegt noch immer kein Vorschlag auf dem Tisch. Der Ausweg kann nur die Erhöhung der Mehrwertsteuer sein. Die Steuerreform wird, wenn sie überhaupt zu realisieren ist, kein Wahlschlager sein. Mit der Mitbestimmung sieht es ähnlich schlecht aus. Sowohl bei der SPD wie bei der FDP ist das Unbehagen groß. Den Sozialdemokraten geht die Parität nicht weit genug; die FDP hat die Ausweitung der Gewerkschaftsmacht nicht verhindern können. Die leitenden Angestellten werden nicht zur dritten Kraft zwischen Kapital und

Arbeit, sondern bekommen einen Minderheitsstatus, der nicht viel wert ist.

Das Klima in der Koalition könnte noch dadurch verschlechtert werden, daß die Sozialdemokraten versuchen könnten, sich in der Koalition mit „progressiven“ Vorschlägen für die Gesundheitspolitik zu profilieren. Bis zum Herbst sind die Vorschläge der Parteikommission zu erwarten. Daß darin die Verstaatlichung des Gesundheitswesens abgelehnt werden soll, ist zwar bemerkenswert, aber für die Bewertung des Vorschlagspakets allein noch nicht entscheidend.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Jahrestreffen der Bayerischen Schriftstellerärzte

Unsere bayerische Landesgruppe, die schon einmal im Juni 1973 in Kastl zusammengekommen war (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 11/1973, Seite 1118–1120), traf sich zu ihrer Jahresversammlung am 20./21. Oktober 1973 in Berching/Opf. Die stattliche Anzahl von 29 Teilnehmern hatte sich eingefunden, darunter auch die Damen unserer Confrères, sowie die Schatzmeisterin des Bundesverbandes, Frau Lichdi, Heilbronn, und der Vorsitzende der neugegründeten Landesgruppe Mitte des Bundesverbandes, Professor Jörgensen.

Am Samstagvormittag wurde die Tagung durch unseren Präsidenten Heinz Schauwecker eröffnet, der die Landesgruppen als die eigentlichen Träger des lebendigen Lebens innerhalb des Bundesverbandes bezeichnete, da durch diese verschiedene Male im Jahre Zusammenkünfte und öffentliche Veranstaltungen inszeniert würden, während man auf Bundesebene nur einmal im Jahr zusammenkäme. Die Landesgruppen seien daher lebensnotwendig und der Zusammenhalt der bayerischen Gruppe sei besonders erfreulich und durch gegenseitigen Gedankenaustausch nützlich. Anschließend gab Bürgermeister Kuffer einen Überblick über die Geschichte der Stadt Berching, deren noch vollständig erhaltene Wehrbefestigung beim Sonntagvormittag-Spaziergang unter der sachkundigen Führung von Confrère Schauwecker besichtigt wurde. Danach referierte Confrère Rottler über den Kongreß der Union mondiale des écrivains médecins (UMEM) in Warschau. Die Tagung 1974 findet in Brasilien statt. Confrère Professor Jörgensen teilte mit, daß er die Redaktion der „Insel“ in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ übernommen habe.

Am Samstagnachmittag lasen die Confrères Lichdi, Jörgensen, Endres, Glatz, Kristl, Leyer, Molz, Nitsche, Picard, Steinmetz und Stetter aus eigenen Werken, die uns in ihre Gedankenwelt einführten und uns die

vielfältigen Möglichkeiten und Ausdrucksformen unserer Sprache zeigten. Darauf umriß Frau Professor Dr. phil. Lange-Seidl die Anliegen und Ergebnisse der modernen Sprachwissenschaft. Frau Professor Lange-Seidl ist die Tochter des vor kurzem verstorbenen Dichters Florian Seidl, dessen nachgelassenen schönen Gedichtband „gefüllt mit dem Wissen der Jahre“



Foto: Or. Kristl

vordere Reihe

Frau Lange-Seidl, Frau Rottler, Frau Lichdi, Frau Picard, Rottler, Schauwecker, Hammann, Jörgensen

aus dem Verlag Laßleben, Kallmünz, jeder Teilnehmer dediziert bekam. In einem wissenschaftlichen Denkprozeß, Soziolinguistik genannt, untersuchte sie die dialektische Spannung zwischen Gesellschaft und Sprache, wobei sie die Sprache gleichsam sezierete. Die Defizithypothese meine dabei, daß Dialektik und Soziolinguistik abzulehnen seien und nur die Sprachnorm gelten dürfe. Demgegenüber vertritt die Differenzkonzeption den Standpunkt, daß die Mundart, die Ausdrucksweise einer Sozialschicht in bestimmten Gruppen, Rollen und Situationen ihren berechtigten Platz

haben. Anliegen des linguistischen Strukturrealismus ist die theoretische Festlegung von kleinsten Einheiten der natürlichen Sprache. Aus diesen kleinsten Einheiten lassen sich dann neue Wörter und Sätze bilden. Lange-Seidl betonte, daß der Lautvorrat der deutschen Sprache längst nicht ausgenützt sei.

Moderne Schriftsteller würden gerne mit der Sprache spielen. Ein bewußtes Spiel birgt jedoch die Gefahr raschen Veraltens der Dichtung in sich. Bedeutungsmäßige Zwei- und Mehrdeutigkeiten sichern der Dichtung ihren Bestand. Ein Ausblick auf die neuesten Tendenzen beschloß den Vortrag: Weil die geschriebene Sprache im Vergleich zur gesprochenen zurücktritt, können die Großbuchstaben entfunktionalisiert werden, bis auf den Buchstaben nur noch ästhetisches Spiel wird, wie in der „konkreten Poesie“. Pausen und nichtsprachliche Zeichen gewinnen immer mehr an Bedeutung.

Aus den Anthologien der Schriftstellerärzte gab Frau Lange-Seidl Beispiele zu ihren theoretischen Ausführungen – ein Fragebogen sollte helfen festzustellen, ob die Kongreßteilnehmer bewußt oder unbewußt mit ihren sprachlichen Mitteln arbeiten. Dabei forderte sie die Schriftstellerärzte auf, den Mut zu haben, wenn einmal ein Wort des Reimes fehlt, ein neues zu bilden, z. B. es frühlingt (warum nicht ich frühlinge, du frühlingst?). Die Ausführungen von Frau Professor Lange-Seidl zeigten uns, unter welchen Gesichtspunkten doch meist intuitiv hingeworfene Gedichte betrachtet werden können. Bei dem Vortrag fühlte man sich manchmal in eine Pathologievorlesung versetzt, in der der Professor mit dem Sezierschaber in der Hand über einen Fall doziert. Trotzdem war es lehrreich, zu erfahren, daß Dichtungen unter solchen Aspekten untersucht werden können, wenn auch – man verzeihe mir den Vergleich – der wissenschaftlichste Mediziner bei der Zeugung eines Menschenlebens kaum an die Ergebnisse der modernen Forschung auf diesem Gebiet denken wird. Und so ähnlich wird es wohl auch bei der Entstehung eines Gedichtes sein. Infolgedessen war auch die Aussprache entsprechend lebhaft und es ist der Referentin zu danken, daß sie uns einen Einblick in diesen modernen Zweig der Wissenschaft gegeben hat.

Am Abend fand unter dem Thema „Zwischen Angst und Geborgenheit der Mensch“ im Volksbildungswerk der Stadt Berching eine Lesung verschiedener Confrères statt. Die „Sulzbach-Altmühl-Umschau“ berichtet darüber wie folgt:

„Der Leiter des Volksbildungswerkes, Oberlehrer Josef Kraus, begrüßte die Gäste und die zahlreich erschienenen Zuhörer und verwies auf den Leitgedanken des Abends. Zwischen Angst und Geborgenheit: Der Mensch.

Nach zwei Liedern nach Gedichten von Otto Molz, Kelheim, ‚Wenn wir nicht nein sagen‘ und ‚Hände im Sand‘ und zwei Liedern nach Gedichten von Robert Paschke ‚Omnia sunt vana‘ und ‚Unwiderbringlich‘,

Bayerische Ärzteversorgung

Der **Jahreshöchstbeitrag** beträgt im Jahr 1974
DM 13 500,—

Der **Mindestbeitrag** beträgt im Jahr 1974
DM 672,—

die Kulturpreisträger und Komponist Ernst Kutzer intoniert hatte und von Frau Marga Bleistein, begleitet am Flügel von Frau Thea Kutzer, vorgetragen wurden, folgte die Begrüßung von Dr. Heinz Schauwecker.

„Viele mögen sich wundern, daß in unserer Zeit die Ärzte noch Gelegenheit und Lust zum Schreiben finden...“ Heinz Schauwecker erklärte für die Laien die zweifache Berufung dieser Ärzte. Auch Bücher können Trost spenden und Schmerz lindern. Außerdem ist eine gewisse ‚Verwandtschaft‘ dieser beiden Berufungen gegeben: Der Schutzgott der Dichter und Künstler war und ist Apollo – sein Sohn Askulap wurde später zum Schutzgott der Ärzte. Schauwecker bedankte sich auch bei den ‚Hausherrn‘ für die Bereitstellung des Saales und der gesamten Räumlichkeiten für dieses Treffen und wünschte weiter einen unterhaltsamen Abend.

Es folgten Dichterlesungen von Peter Kristl, Otto Molz und Robert Paschke, dann nach der Pause vier Lieder nach Gedichten von Heinz Schauwecker, wobei zur Begleitung noch Anette Kutzer, die Tochter des Komponisten, mit der Flöte hinzukam, anschließend lasen W. Picard, Alfred Rottler und Hans Weigold aus ihren Werken.“

In einem Nebenraum des Pettenkofer-Hauses, das von einem Vorfahren des berühmten Hygienikers Max v. Pettenkofer 1722 als Kapuzinerkloster gestiftet wurde und jetzt das Pfarr- und Jugendzentrum der Stadt Berching ist, waren die Werke der lebenden Schriftstellerärzte Bayerns ausgestellt, wozu noch solche bereits verstorbener kamen wie Hans Carossa, Thomas Regau u. a. Diese Ausstellung, die stark besucht wurde, war von Confrère Schauwecker bestens organisiert worden und wurde während der Öffnungszeiten von der Frau unseres Confrères Rottler in dankenswerter Weise betreut.

Nach dem bereits erwähnten Rundgang durch Berching am Sonntagvormittag, der durch den Regen leider etwas litt, lasen am Nachmittag noch die Confrères Molz, Rottler, Leyer, Stetter, Schauwecker, Steinmetz, Picard und Weigold aus ihren Werken.

Danach trennte man sich mit dem Wunsch und der Bitte, daß unser verehrter Präsident Schauwecker im Herbst 1974 wieder so ein schönes und harmonisches Treffen in Berching organisieren möge.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

URICOVAC[®]

Benzbromaronum

die „Nur-einmal-tägliche-Tablette“

Senkt
schonend den
Serumharnsäure-
Spiegel
in den
Normbereich

auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz*

mit Serum-Kreatininwerten bis zu 4-5 mg %

*nach KOTHE et al., Therapiewoche 23,2927 (1973) u. Charbonnet et al., Schw. Rundschau Med. (Praxis) 62,1337 (1973)

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.
Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benz-
bromaronum. Handelsformen: 30 Tabletten zu
je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- ein-
schließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.
Kontraindikation: mittelschwere und schwere
Niereninsuffizienz
Hinweis: Nach oben zitierten Autoren und
deren neuesten Erkenntnissen ist die erfolg-
reiche Anwendung von URICOVAC auch bei
niereninsuffizienten Patienten möglich.

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

G. Josenhans
im Vorwort zum Kolloquium in Bad Bramstedt am 24. 2. 73

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

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf



52. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für Ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 23. bis 26. Mai 1974 im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

Jahresvorsitzender: Dr. med. F. Schmidl, Regensburg

Donnerstag, 23. Mai 1974

im Raichssaal des Alten Rathauses

Festvortrag:

Theorie der öffentlichen Meinung

Professor Dr. Elisabeth Noelle-
Naumann

Lalerein des Instituts für Demoskopie
Allansbach, Direktorin des Instituts
für Publizistik der Universität Mainz

Anlässlich der Eröffnung wird der
Homburg-Preis vergeben.

Freitag, 24. Mai 1974

1. Hauptthema:

Neua Aspekta der Rhaumatologia

Tagasvorsitz: Prof. Dr. H. G. Fass-
bendar, Mainz

Vortragssaal: Stadtthaatar

9.00 – 9.25 Uhr:

**Einführung in das Tegethema –
Morphologia der chronischen Poly-
arthritits**

Prof. Dr. H. G. Fassbandar,
Mainz

9.25 – 9.55 Uhr:

Klinik der chronischen Polyarthritits
Prof. Dr. H. Mathies, Bad Abbach

9.55 – 10.25 Uhr:

**Klinik der juvenilen chronischen Po-
lyarthritits**

Dr. G. Kölla, Garmisch-Partenkir-
chen

10.25 – 10.55 Uhr:

Pausa – Basuch der Ausstellung

10.55 – 11.10 Uhr:

Morphologia der Arthrosa

Prof. Dr. H. G. Fassbandar,
Mainz

11.10 – 11.40 Uhr:

Klinik der Arthrosa

Prof. Dr. F. J. Waganhäuser,
Zürich

11.40 – 11.55 Uhr:

**Morphologie des Weichteilrheumatis-
mus**

Prof. Dr. H. G. Fassbandar,
Mainz

11.55 – 12.25 Uhr:

Klinik des Weichteilrheumatismus

Prof. Dr. W. Müller, Basel

12.25 – 12.35 Uhr:

**Morphologia der Spondylitis ankylo-
poetica**

Prof. Dr. H. G. Fassbandar,
Mainz

12.35 – 13.05 Uhr:

Klinik der Spondylitis ankylopoetica
Dr. F. Schillingar, Mainz

13.05 – 14.30 Uhr:

Mittagspausa

14.30 – 15.00 Uhr:

**„Tuberkulose aktuell“ (Wissenschaft-
licher Film)**

Chamie Grüenthal GmbH, Stolberg/
Rhld.

15.10 – 16.00 Uhr:

**Physikalische Therapie und Rehabi-
litation bei rheumatischen Erkran-
kungen**

Dr. K. Miahika, Wiesbaden

16.00 – 16.30 Uhr:

**Medikamentösa Therapie der rhaum-
atischen Erkrankungen**

Dr. K. Chlud, Wien

16.30 – 17.00 Uhr:

**Chirurgische Therapie der rhauma-
tischen Erkrankungen**

Dr. K. Tillmann, Bad Bramstadt

17.00 – 17.30 Uhr:

Pausa – Basuch der Ausstellung

17.30 – 18.30 Uhr:

**Rundtischgespräch – „Rhauma-Tha-
rapia heute“**

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. G.
Fassbandar, Mainz, unter Mit-
wirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

Laborseminar

**„Rationalisierung und Qualitätssiche-
rung im Praxislabor“**

Ort: eham. Theologische Fakultät der
Universität Regensburg, Am Öberg
Wissenschaftliche Leitung: Dipl.-
Chem. Dr. F. Kante (ausführliches
Programm kann angefordert werden
– Platzkarten erforderlich)

Veranstaltet von der Firma Boehringer
Mannheim GmbH

Samstag, 25. Mai 1974

2. Hauptthema:

**Bronchitis – Mittelpunkt bronchopul-
monaler Krankheiten**

Tagasvorsitz: Obermedizinalkdirektor
Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichen-
hall

Vortragssaal: Stadttheater



RECORSAN-LIQUID.

Rein phylogisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-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 grav. 4,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. • 30 ml DM 4,55

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

9.00 – 9.10 Uhr:

**Einführung – Morbidität und eozial-
medizinische Bedeutung**

Obermedizinaldirektor Dr. O. P.
Schmidt, Bad Reichenhall

9.10 – 9.40 Uhr:

**Neue Erkenntnisse in der Pathogene-
nese und Morphologie**

Prof. Dr. W. Hartung, Bochum

9.40 – 10.00 Uhr:

**Bedeutung von Umweltfaktoren für
Bronchialerkrankungen**

Prof. Dr. D. Noita, Gießen

10.00 – 10.20 Uhr:

**Diagnostik ohne technische Hilfsmit-
tel**

Prof. Dr. H.-W. Koeppe, München

10.20 – 10.50 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

10.50 – 11.20 Uhr:

**Heutiger Stand der Differentialdiag-
nostik**

Prof. Dr. E. Kuntz, Wetzlar

11.20 – 11.40 Uhr:

**Spirometrie als Grundlage für eine
optimale Therapie**

Obermedizinaldirektor Dr. O. P.
Schmidt, Bad Reichenhall

11.40 – 12.10 Uhr:

**Richtlinien für eine moderne medi-
kamentöse Therapie**

Prof. Dr. W. T. Uimer, Bochum

12.10 – 12.30 Uhr:

**Möglichkeiten der physikalischen
Therapie in Klinik und Praxis**

Prof. Dr. H. Drexel, München

12.30 – 14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00 – 14.30 Uhr:

**„Husten, Auswurf, Atemnot“ (Wissen-
schaftlicher Film)**

Bayer AG – Leverkusen

14.30 – 15.00 Uhr:

**„Heilverfahren“ in der Therapie
bronchopulmonaler Krankheiten**

Prof. Dr. K. Ph. Bopp, Bad Ems

15.00 – 15.20 Uhr:

Besonderheiten im Kindesalter

Dr. Kolimann, Stuttgart

15.20 – 15.50 Uhr:

**Früherkennung und therapeutische
Fortschritte bei kardialen Komplika-
tionen**

Prof. Dr. K. Pabst, Freiburg/Brsg.

15.50 – 16.20 Uhr:

**Früherkennung und therapeutische
Fortschritte bei der respiratorischen
Insuffizienz**

Prof. Dr. R. Ferlinz, Bonn

16.20 – 16.50 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

16.50 – 18.00 Uhr:

**Rundtischgespräch – „Neue Ge-
sichtspunkte zur Therapie in der
Praxis“**

zugleich Beantwortung der einge-
gangenen Fragen zum Thema

Gesprächsleitung: Dr. O. P. Schmidt,
Bad Reichenhall, unter Mitwirkung
der Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 24. Mai 1974

9.00 – 17.00 Uhr:

**2. ArzthelferInnen-Fortbildungskurs
der Bayerischen Landesärztekammer**

Ort: Regensburg, Rot-Kreuz-Zentrum,
Grefflingerstraße 4

15.00 – 18.00 Uhr:

Pädiatrischer Nachmittag

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut,
Haidplatz 8, Auditorium

(Programm kann angefordert werden
– Interessenten willkommen)

**„Akute zerebrale Erkrankungen im
Kindesalter – Früherkennung, Diffe-
rentialdiagnose und Therapie –“**

Leitung: Prof. Dr. A. Windorfer,
Erlangen, und Dr. W. Schmidt,
Regensburg

Sonntag, 26. Mai 1974

3. Hauptthema:

Aktuelle Praxis

Tagesvorsitz: Prof. Dr. L. Koslo-
wski, Tübingen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.30 Uhr:

**Stellung der Diagnose und Opera-
tionsindikation bei der Appendizitis
in der Praxis**

Prof. Dr. L. Koslowski, Tübingen

9.30 – 10.00 Uhr:

**Penoremawandel bei varikösem Sym-
ptomankomplex und Thrombophlebi-
tis**

N. N.

10.00 – 10.30 Uhr:

Die Bewertung von Laborbefunden

In der Praxis

Prof. Dr. M. Eggstein, Tübingen

10.30 – 11.00 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

11.00 – 11.30 Uhr:

Krebsnachsorge

Priv.-Doz. Dr. D. Kummer, Tü-
bingen

11.30 – 12.00 Uhr:

**Kritische Aspekte zum Problembereich
Akupunktur**

Prof. Dr. R. Frey, Mainz

12.00 – 12.30 Uhr:

**Neue Gesichtspunkte bei der Anwen-
dung von Ovulationshemmern**

Prof. Dr. Ch. Lauritzen, Uim

12.30 – 13.30 Uhr:

**Rundtischgespräch – „Fragen aus
der Praxis“**

Gesprächsleitung: Prof. Dr. L. Kos-
lowski, Tübingen, unter Mitwir-
kung der Referenten des Tages

9.00 – 12.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 24. Mai 1974

9.00 – 12.30 Uhr:

2. ArzthelferInnen-Fortbildungskurs

s. Samstag, 25. Mai 1974

Anmeldung und Auskunft:

Ärztliche Fortbildung, 8400 Regens-
burg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Tele-
fon (09 41) 5 07 21 83/21 82

51. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

am 19./20. Juli 1974 in München

Vorsitzender:

Professor Dr. G. Heberer, München

Hauptthemen:

Dringliche Gefäßchirurgie – Benigne
und maligne Magentumoren – Pla-
stische Chirurgie und Handchirurgie
– Verplattung oder Marknagelung
bei Frakturen und Pseudarthrosen
des Ober- und Unterschenkels –
Freie Themen

Ort:

Hörsaal des Pharmakologischen In-
stitutes der Universität München,
München 2, Nußbaumstraße 26

Auskunft:

Vereinigung der Bayerischen Chirur-
gen, 8000 München 2, Nußbaum-
straße 20, Telefon (0 89) 53 40 07

7. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 7. bis 9. Juni 1974 in Bad Reichenhall

Thema: Bronchitische Syndrome und respiratorische Insuffizienz

Freitag, 7. Juni 1974

Neues therapeutisches Prinzip bei obstruktiven Lungenkrankheiten

14.30 – 16.00 Uhr:

Einführung:

Prof. Dr. W. T. U l m e r, Bochum

Physiologische und therapeutische Aspekte der Reflexbronchokonstriktion

Prof. Dr. D. N o l t a, Gießen

Pharmakologie und Pharmakokinetik von Atrovent®

Dr. R. B a u e r, Ingelheim

Dosis- und Zeitwirkungsuntersuchungen mit Atrovent® und Placebo bei Asthma und Bronchitis

Prof. Dr. J. M e i e r, München

Lungenfunktionsanalytische Ergebnisse nach Anwendung von Atrovent®

Prof. Dr. R. F a r l i n z, Bonn

Protektive Wirkung von Atrovent® bei Allergen-Provokation

Dr. W. K e r s t e n, Moers

16.20 – 17.45 Uhr:

Untersuchungen zur mukoziliären Clearance nach Anwendung von Atrovent® bei Gesunden und Patienten mit Bronchitis

Prof. Dr. H. M a t t h y s, Ulm

Klinisch-experimentelle und therapeutische Ergebnisse mit Atrovent®

Prof. Dr. J. H a m m, Remscheid

Atrovent® im klinisch-experimentellen und therapeutischen Vergleich mit adrenergen Bronchodilatoren

Dr. F. W i t a k, Wien

Ergebnisse einer kontinuierlichen Behandlung mit Atrovent® im tegezeitlichen und Langzeitverlauf

Prof. Dr. G. R a i c h a l, Bochum

Samstag, 8. Juni 1974

Bronchitische Syndrome (Chronische Bronchitis – Asthma – Emphysem) – Früherkennung und Prophylaxe – Behandlungsindikationen und Rehabilitation

9.15 – 13.00 Uhr:

Definition und Prophylaxe

Dr. U. S m i d t, Moers

Früherkennung

Prof. Dr. F. T r a n d a l a n b u r g, Homburg

Koordination von Kostenträgern und behandelndem Arzt

Dr. J o r d a n, Saarbrücken

Indikationen zur stationären Krankenhausbehandlung

Dr. W. M a l l, Homburg

Indikationen zur thoraxchirurgischen Behandlung

Dr. A. H u z l y, Garlingan

15.00 – 18.15 Uhr:

Indikationen zur stationären Kurbehandlung

Dr. R. D a H a l l a r, Davos

Indikationen zur ambulanten Kurbehandlung

Prof. Dr. Ph. B o p p, Bad Ems

Indikationen zur HNO-Behandlung

Prof. Dr. C. P a r t s c h, Homburg

Probleme und Praxis der Gesundheitsbildung

Prof. Dr. M. H a l h u b a r, Höhenried

Berufliche Förderung

Dr. H a l z m a n n, Regensburg

Sonntag, 9. Juni 1974

Rundtischgespräch: Respiratorische Insuffizienz durch chronisch obstruktive Funktionsstörungen

Gasprächslaiter: Prof. Dr. F. T r a n d a l a n b u r g, Homburg

9.00 – 12.00 Uhr:

Definition und Pathophysiologie

Univ.-Doz. Dr. K. H a r n o n c o u r t, Graz

Erkennung in Praxis und Klinik

Prof. Dr. H e r t l e, Wiesbaden

Begutachtung

Prof. Dr. H. J. W o i t o w i t z, Erlangen

Spezielle Therapie in Praxis und Ambulanz

Prof. Dr. M. R e i n e r t, Homburg

Spezielle Therapie in der Klinik

Prof. Dr. H. H e r z o g, Basal

Auskunft:

Obermedizinischer Direktor Dr. med. O.-P. S c h m i d t, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9

Arbeitstagung für medizinische Assistenzberufe und Ärzte

vom 20. bis 24. Mai 1974 in München

Veranstalter:

Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) a. V.

Thema:

Die Rehabilitation und ihre Formen

Teilnehmerzahl: 150

(davon sollen 100 Teilnehmer aus dem Bereich der medizinischen Assistenzberufe und 50 Teilnehmer aus dem ärztlichen Bereich kommen)

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Programmfolge:

Montag, 20. Mai 1974

Begrüßung - Einführungsreferat durch Professor J o c h h e i m, Köln - Einführung in die verschiedenen Aspekte der Rehabilitation

Dienstag, 21. Mai 1974

Basuch der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten unter der Leitung von Professor H a l h u b e r

Mittwoch, 22. Mai 1974

Kardiale Rehabilitation

Moderator: Professor H a l h u b a r

Donnerstag, 23. Mai 1974

Die Rehabilitation psycho-sozial Behindertener als Gemeinschaftsaufgabe in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München - Moderator: Professor B e s c h o r, Berlin

Gasundheitsspark Olympiastadion - Ein galunganer Versuch? - Diskussion und Besichtigung unter Führung des leitenden Arztes im Gasundheitsspark, Dr. H a f e r k a m p

Freitag, 24. Mai 1974

Rehabilitation von krankhaften Zuständen des Haltungs- und Bewegungsapparates (in Verbindung mit der Orthopädischen Klinik München-Harlaching) - Moderator: Professor G ö b, München

Podiumsdiskussion und Generalaussprache

Ort:

Ärztehaus Bayern, München 80, Mühlbauerstraße 16

Auskunft und Anmeldung:

Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) a. V., 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 40/42, Stichwort „München“

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 18./19. Mai, am 6./7. Juli, am 14./15. September und am 9./10. Dezember 1974
in Deisenhofen bei München

Leitung:

Dr. med. Heynen

Thema:

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

Schwerpunkt:

Schockerkennung und erste ärztliche Maßnahmen sowie Herz-Lungen-Wiederbelebung. Neben der Theorie werden besonders die praktischen Anwendungen geübt.

Lehrgangsgebühr:

DM 30,- (einschließlich Unterrichtsmaterial, Mittagessen und Kaffee).

Das Ziel dieser Lehrgänge ist, Ärzten und Zahnärzten die Kenntnisse zu vermitteln, die bei akuten Notfällen, vor allem bei Verkehrsunfällen, erforderlich sind.

Zeit:

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

Ort:

Landesschule des BRK, Deisenhofen bei München, Linienstraße 53 – 55

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagmüllerstraße 16, Telefon (089) 22 33 21 oder 22 21 95

5. Fortbildungsseminar des Verbandes der Niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e. V.

vom 15. bis 18. Mai 1974 in Erlangen

Zum Gedenken an den 100. Geburtstag des Begründers und früheren Direktors der Erlanger Dermatologischen Klinik, Professor Dr. Leo Hauck

Leitung:

Dr. H. Walther, Pforzheim

Themen:

Allergie – Andrologie – Mykologie – Proktologie – Stomatologie

Ort:

Dermatologische Universitäts-Klinik und -Poliklinik Erlangen, Hartmannstraße 14

Auskunft:

Dr. H. Walther, 7530 Pforzheim, Westliche 32, Telefon (07231) 102250

Leo von Zumbusch-Gedächtnisvorlesung

am 11. Juli 1974 in München

Thema:

Plädoyer für die Medizinische Mykologie, ein Stiefkind unserer Lehre und Forschung

Beginn:

12.15 Uhr

Ort:

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

17. 6. – 28. 6. 1974:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

23. 9. – 18. 10. 1974:

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

4. 11. – 8. 11. 1974:

Sozialmedizinischer Informationskurs

14./15. 11. 1974:

Arbeitsmedizinisches Seminar

28./29. 11. 1974:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.

17. 2. – 14. 3. 1975:

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

22. 9. – 17. 10. 1975:

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

Tagungs- und Auskunfts-

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (089) 21 84 259-260

Zimmerbestellungen:

Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (089) 2 39 11

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. succ.	60.0 mg
Extr. Salicis equos succ.	133.0 mg
Extr. Cretaeg. epir. succ.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passiorin liq.

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

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

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

Bal Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit 50 Dragees	DM 4.25
Kurpackung mit 250 Dragees	DM 18.-

Passiorin liq.:

Flasche mit ca. 100 ml	DM 5.80
Kurpackung mit ca. 500 ml	DM 23.80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

Mitteilungen

Neugliederung der Universität München nach dem Bayerischen Hochschulgesetz

An die Stelle der gegenwärtig 15 Fakultäten der Universität München werden nach dem 1. Oktober 1974 voraussichtlich 22 Fachbereiche treten. Dies sehen u. a. die Neugliederungsvorschläge der Universität vor, die nach dem neuen Bayerischen Hochschulgesetz dem Kultusministerium vorgelegt werden müssen, das die endgültige Entscheidung über die neue Organisation der Hochschule hat. Einige Fakultäten, vor allem die kleineren, aber auch die Medizin, werden mit den künftigen Fachbereichen identisch sein. Andere Fachbereiche sind durch Zusammenschlüsse von Fächern auch über bisherige Fakultätsgrenzen hinweg geplant.

Die erste Versammlung (Art. 18 Bay-HSchG) wird aus 66 Delegierten (36 Professoren, 6 Assistenzprofessoren bzw. bis zu deren Einführung Assistenten, 6 Assistenten, 12 Studenten und 6 Vertretern des Nichtwissenschaftlichen Personals bestehen, d. h. dem sechsfachen Schlüssel 6:1:1:2:1) plus den Mitgliedern der kommissarischen Hochschulleitung bestehen. Diese Versammlung wird für die Ausarbeitung der neuen Grundordnung der Universität zuständig sein, in der dann u. a. die Größe der zentralen Gremien und die Hochschulleitung endgültig bestimmt werden wird. Der Senat der Universität (Art. 19) wird aus 22 Delegierten (Verdoppelung des Schlüssels 6:1:1:2:1) sowie der Hochschulleitung bestehen. Der gegenwärtige Akademische Senat der Universität (nach altem Recht) besteht aus 42 stimmberechtigten Mitgliedern, unter ihnen 4 Studentenvertreter, 4 Assistentenvertreter und 2 Vertreter des Nichtwissenschaftlichen Personals.

Die bisher bei der Gesamtuniversität haushaltsmäßig ausgebreiteten Stellen für wissenschaftliches und nicht-wissenschaftliches Personal, die Instituten zur Verfügung gestellt wurden, sollen auch künftig im Haushalt der Gesamtuniversität ausgewiesen werden. Stellen, die jetzt bei den Fakultäten haushaltsmäßig ausgebracht sind, werden künftig beim Fachbereich im Haushalt erscheinen. Die den Instituten fest zugeschriebenen Stellen gehen an die Wissenschaftlichen Einrichtungen. Dieser haushaltstechnische Beschluß berührt nicht die Arbeitsplätze der Mitarbeiter an den Instituten, da eine Entscheidung, ob eine Stelle eventuell anderweitig verwendet werden soll, nur bei Freiwerden einer Stelle getroffen werden kann.

Die Wissenschaftlichen Einrichtungen, die ein oder mehrere der bisherigen Institute und Seminare umfassen werden, sollen in den meisten Fällen einer kollegialen Leitung unterstehen. Wo wegen der großen Zahl von Nichtordinarien die Beteiligung aller an der Wissenschaftlichen Einrichtung tätigen Nichtordinarien in der Leitung auf praktische Schwierigkeiten stößt, konnte durch eine Beteiligung einer begrenzten Zahl von Nichtordinarien, die nach einer bestimmten Zeit (meist ein oder zwei Jahre) von Kollegen in der Leitung abgelöst werden sollen, eine Lösung gefunden werden.

An der Universität München sollen vorläufig nur zwei „ständige Kommissionen“ gebildet werden, und zwar eine „ständige Kommission für Haushalt“, die auch für Raum- und Bauangelegenheiten zuständig sein soll und die die Aufgabe des jetzigen Haushaltseusschusses übernehmen soll. Die „ständige Kommission für Hochschulplanung“ wird die Arbeit des bereits seit mehreren Jahren bestehenden Planungsausschusses fortsetzen.

Der Fachbereich Medizin umfaßt nach den Vorstellungen des Akademischen Senats:

32 klinische Einrichtungen und
7 wissenschaftliche Einrichtungen.

Das künftige Universitätsklinikum Großhadern soll ein Klinikum nach Art. 39,7 des Hochschulgesetzes werden. — Bisher: Medizinische Fakultät.

(D/1 — 74 vom 15. März 1974)

Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Angehende Allgemeinärzte können ihre gesamte Weiterbildung in Allgemeinmedizin (mit Ausnahme der drei Monate Pflichtzeit bei einem zur Weiterbildung ermächtigten niedergelassenen Allgemeinarzt) an den Städtischen Krankenanstalten Bayreuth abgeben. Hierfür stehen Stellen in der Chirurgie, Inneren Medizin, Gynäkologie und Pädiatrie zur Verfügung.

Deutsche Ärzteversicherung startet Computer-Analyse

Daß es schwieriger ist, einen Arzt in Lebensversicherungsfragen zu beraten als „gewöhnliche Sterbliche“, hat schon mancher Versicherungsvertreter erfahren müssen (und mancher Arzt).

Ihren Erfolg bei Ärzten verdankt die Deutsche Ärzteversicherung sicher nicht nur ihren speziellen Tarifen, sondern auch ihren Beratungsspezialisten, die die besonderen Probleme des Arztes kennen, um dann den passenden Tarif empfehlen zu können.

Jeder Arzt weiß ein Lied davon zu singen, wie schwierig es ist, sich mit den verschiedensten Risiken — von Todesfall über Berufsunfähigkeit bis zur Altersvorsorge — auszukennen und für jeden der Fälle auch ausreichende Vorsorge zu treffen.

Die Erfahrungen der Deutschen Ärzteversicherung sind eingeflossen in ein Computerprogramm, das nun dem

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Lebortechnik, Hämodialyse

Beratung
Projektierung
Finanzierung
Kundendienst

EEG
Echo-EEG
EKG
EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

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

Arzt die Möglichkeit gibt, wirklich neutral und dazu umfassend wie nie seine ganze private Vorsorge diagnostizieren zu lassen.

Der Computer schreibt jedem Teilnehmer eine individuelle Antwort, die nicht nur den Befund enthält, sondern auch gegebenenfalls Empfehlungen für die Deckung noch offener Risiken.

Die Deutsche Ärzteversicherung garantiert jedem Teilnehmer die absolute Vertraulichkeit seiner Angaben. Die Fragebogen werden nach der Auswertung vernichtet, Kopien von den Antwortbriefen gar nicht erst geschrieben.

Computer-Fragebogen können angefordert werden bei der Deutschen Ärzteversicherung, 5000 Köln 1, Postfach 100 424.

Senator Dr. K. A. Forster 75 Jahre

Am 22. April 1974 begibt Senator h. c. Dr. med. Dipl. Chem. Karl August Forster, langjähriger Seniorchef der Firma Heinrich Mack Nachf., Chem. pharm. Fabrik, Illertissen/Bayern, seinen 75. Geburtstag.

Einstellung eines Schiffsarztes

Die Deutsche Dampfschiffahrts-Gesellschaft „Hansa“ sucht für das Ausbildungsschiff MS „Sturmfels“ zum 1. Juni 1974 für einen Zeitraum von neun bis zwölf Monaten einen Schiffsarzt.

Die Tätigkeit des Arztes würde darin bestehen, die 50 Mann starke Besatzung sowie 50 Kapitäns-/Ingenieur-anwärter zu betreuen, lernen den jungen seemannischen Nachwuchs im Erste-Hilfe-Unterricht zu unterweisen.

An Bord befinden sich für die ärztliche Betreuung ein Operationsraum, zwei Hospitälräume mit insgesamt sechs Betten sowie ein Behandlungsraum mit einer umfangreichen Medikamentenausstattung.

Die Interessenten sollten Kenntnisse in der kleinen und mittleren Chirurgie haben sowie über eine ein- bis zweijährige Erfahrung in der Inneren Medizin verfügen.

An Bord würde der Arzt im Range eines 1. Offiziers eingestellt und bezahlt werden. Unterkunft und Verpflegung sind frei.

Auskunft: Deutsche Dampfschiffahrts-Gesellschaft „Hansa“, 2800 Bremen 1, Postfach 4

9,8 Millionen Krankenhauspatienten im Jahr 1972

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, wurden im Jahre 1972 in den 3519 Krankenhäusern des Bundesgebietes insgesamt 9,8 Millionen Patienten stationär behandelt, das sind 1,9 Prozent mehr als im Vorjahr. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 224 Millionen Pflage tage geleistet, davon 55 Prozent in Allgemeinen Krankenhäusern mit abgegrenzten Fachabteilungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 23,9 Tage, das sind 0,4 Tage weniger als im Vorjahr und 4,8 Tage weniger als 1962. Bei männlichen Patienten (25,4 Tage) dauerte die Krankenhausbehandlung länger als bei Frauen (22,8 Tage). Der durchschnittliche Ausnutzungsgrad der Krankenhausbetten belief sich im Berichtsjahr auf 87 Prozent.

(Statistisches Bundesamt - 88/74)

Buchbesprechung

Lionel TIGER: „Warum die Männer wirklich herrschen“. 276 S., Leinen, DM 20,-. BLV Verlagsgesellschaft, München.

Der Titel der englischen Originalausgabe heißt: „Men in Groups“ und trifft den Inhalt des Buches besser als der deutsche Titel. Tiger betrachtet das Verhalten in menschlichen Gruppen sowohl aus dem Blickwinkel der Biologie wie aus den Perspektiven der Sozialwissenschaften. Dabei richtet er seine Aufmerksamkeit vor allem auf das Verhalten der Männer untereinander und versucht nachzuweisen, daß es so etwas wie eine Bindung zwischen Männern gibt. Diese Bindung, die man nicht mit Homosexualität verwechseln dürfe, lasse sich über Millionen von Jahren zurückverfolgen und sei sogar bei Affen nachweisbar. Jedenfalls sei die Menschen jenen, hätten sich die Männer zu Gruppen zusammengelunden, um gemeinsam für Nahrung und Schutz zu sorgen und die gesellschaftliche Ordnung aufrecht zu erhalten. Diese grundlegende Verhaltensweise habe sich im Laufe der Entwicklung des Menschen nur sehr wenig geändert und dürfe nicht außer Acht gelassen werden, wenn man das Problem der Gleichberechtigung erörtere.

B. Schmidt, Augsburg

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.

Juni 1974

1. - 2. 6. in Venedig:

8. Venezianisches Symposium. Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

1. - 15. 6. in Grado:

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer - Lehrgang für präklinische Medizin - (Theme: Der Krebskranke in der ärztlichen Praxis). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

3. - 7. 6. in Kiel:

69. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. M. Watzka, Anatomisches Institut, 6500 Mainz, Saarstraße 19.

4. - 8. 6. in Berlin:

23. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., 1000 Berlin 41, Klingensorstraße 21.

4. - 15. 6. in Langoog:

XXII. Fortbildungskurs für praktische Medizin der Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Kurverwaltung, 2941 Langoog, Postfach 240.

5. - 8. 6. in Linz:

15. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Hofrat Univ.-Prof. Dr. H. Hartl, Landeskinderkrankenhaus, A-4020 Linz, Krankenhausstraße 26.

5. - 9. 6. in Göttingen:

Wissenschaftliche Jahresagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, 3400 Göttingen, Geiststraße 11.

5. - 9. 6. in Lindau:

10. Internationale Tagung für Handchirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. N. Heimovici, 2800 Bremen, Am Dobben 103.

(Fortsetzung S. 450)

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldeziffer von Scharlacherkrankungen nahm im Februar wieder zu, und zwar von 68 Fällen im Januar auf 95 im Februar, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet.

An übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen, erkrankten etwas weniger Menschen als im Vormonat; die Ziffer sank von 6 auf 5 je 100 000 der Bevölkerung.

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonellen erregte Darmentzündung) stieg im Februar relativ etwas an, auf 100 000 Einwohner trafen im Januar 23, im Februar 25 Fälle. Von 35 auf 30 Fälle je 100 000 Einwohner sank im gleichen Zeitraum die Erkrankungsziffer an Hepatitis Infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. Februar bis 2. März 1974 (vorläufiges-Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
	Oph- therie		Scher- lech		Übertragbare																				
					Kinder- lähmung		Hirnhautentzündung				Gehirn- entzün- dung		Typhus abdomi- nells		Pere- typhus A und B		Bek- terielle Ruhr (ohne Amöben- ruhr)		Enteritis Infectiosa				Botu- llismus		
	Meningo- kokken- Meningitis		übrige Formen				Salmone- llose		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	-	-	308	-	-	-	6	-	11	-	-	-	-	-	-	1	-	74	-	1	-	-	-		
Niederbayern	-	-	35	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	1	-	-	-		
Oberpfalz	-	-	39	-	-	-	9	-	8	1	-	-	-	-	-	-	-	36	2	-	-	-	1		
Oberfranken	-	-	99	-	-	-	1	-	9	1	3	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-		
Mittelfranken	1	-	161	-	-	-	2	2	2	1	-	-	-	1	-	6	-	37	-	3	-	1	-		
Unterfranken	-	-	101	-	-	-	3	-	4	-	1	1	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-		
Schwaben	-	-	46	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	2	-	-	-		
Bayern	1	-	789	-	-	-	22	2	41	3	4	1	-	-	1	-	8	-	210	2	7	-	1	1	
München	-	-	125	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	36	-	-	-	-	-		
Nürnberg	-	-	50	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	1		
Augsburg	-	-	6	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-		
Regensburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-		
Würzburg	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-		
Fürth	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-		

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepa- titis Intec- tiosa		Ornithose				Milz- brand		Brucel- lose (übrige Formen)		O- Fieber		Toxo- ples- mose										Ver- dechts- fälle von Toll- wut ²⁾	
			Palta- cose		übrige Formen																			
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
Oberbayern	101	2	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
Niederbayern	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	18	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
Oberfranken	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mittelfranken	31	1	-	-	1	1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
Unterfranken	23	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Schwaben	30	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	
Bayern	249	5	-	-	4	1	1	-	1	-	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	
München	60	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Nürnberg	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Augsburg	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fürth	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Auxilason® Dosier-Aerosol

zur inhalativen Corticoid-Therapie

- Antiphlogistische und antiallergische Wirkung am Ort der Erkrankung
- Erleichterung der Atmung
- Dosisersparung durch Corticoid-Konzentration auf das Erfolgsorgan
- praktisch keine Resorption durch die Bronchialschleimhaut und dadurch gute Verträglichkeit

Als Basistherapeutikum bei Asthma bronchiale, corticoid-bedürftiger chronischer Bronchitis und Emphysebronchitis; zur Corticoid-Behandlung der Tuberkulose, des Morbus Boeck, sonstiger corticoid-bedürftiger Erkrankungen des Respirationstraktes, wie z. B. Fibrosen, Kollagenosen, Allergosen, Lungenschädigungen durch Zinkoxyd (wie z. B. Nebelkerzen) und Phosgen, bei akuten und chronischen Strahlenschäden der Lunge.

Zusammensetzung

1 Einzeldosis enthält: Dexamethason-21-isonicotinat 0,125 mg

Dosierung

Die Vielfalt der Einsatzmöglichkeiten sowie die individuellen Reaktionsbreite machen eine Anpassung der Dosis an die Erfordernisse des Einzelfalles notwendig. Dies gilt besonders für die Einleitung der Behandlung. Im allgemeinen haben sich 5 x 2 Hübe über den Tag verteilt als ausreichend erwiesen.

Zur Einleitung der Therapie kann die Dosis für die ersten vier bis fünf Tage auf maximal 8 x 2 Hübe pro die erhöht werden. Schulkinder erhalten durchschnittlich 5 Hübe pro Tag. Auxilason eignet sich nicht zur Behandlung des akuten Status asthmaticus. Eine ausgeprägte Wirkung ist erst nach drei bis vier Tagen zu erwarten. Wie bei der oralen Corticoid-Therapie hat sich bei der Anwendung von Auxilason sowohl die Intervall-Behandlung in Zeiten erhöhter Anfallsbereitschaft als auch die Langzeittherapie bewährt. Bei infizierter Erkrankung des Respirationstraktes hat sich eine zusätzliche Antibiotika-Behandlung, z. B. mit Bisolvomycin®, als sinnvoll erwiesen. Bei besonders anfallsauslösenden Belastungen kann die Kombination der örtlich wirksamen Auxilason-Therapie mit oraler Corticoid-Gabe notwendig sein.

Wie jedes Inhalat, kann Auxilason gelegentlich zu Hustenreiz führen. Im allgemeinen tritt diese Reaktion nur bei den ersten Anwendungen auf.

Kontraindikationen

Mykosen, spezifische Schleimhaut- und Hautprozesse, Vakzinationsreaktionen, Varizellen.

Zur Beachtung

Dank der rein örtlichen Anwendung wird Auxilason gut vertragen. Wie alle Corticoida, soll Auxilason nur unter ärztlicher Überwachung und unter strenger Beachtung der ärztlichen Dosierungsvorschriften angewandt werden. Bei Diabetikern ist eine Änderung der Stoffwechsallage nicht zu erwarten. Während der ersten Monate einer Schwangerschaft sollte Auxilason nur bei sehr strenger Indikationsstellung eingesetzt werden.

Handelsformen

Originalpackung mit 10,5 g DM 19,-

Klinikpackung

Unverbindlicher empfohlener Preis lt. AT

7. — 8. 6. in Nürnberg:

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Chefarzt Dr. H. Kaiser, Westkrankenhaus, 8900 Augsburg.

7. — 9. 6. in Bad Reichenhall:

Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. O.-P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9.

7. — 10. 6. in Karlsbad:

16. Tagung der Europäischen Gesellschaft zum Studium der Toxizität von Arzneimitteln. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

8. — 9. 6. in Berlin:

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

8. — 9. 6. in Hennel:

Fortbildungslehrgang des Deutschen

Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnell, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willech-Straße 2.

8. — 9. 6. in Linz:

7. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Auskunft: Univ.-Doz. Dr. Brücke, I. Chirurgische Universitätsklinik, A-1095 Wien, Alserstraße 4.

9. — 23. 6. in Westerland:

15. Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.

11. — 14. 6. in Osnabrück:

24. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. A. Böhm, 8031 Neuesting, Edisonweg 4.

12. — 14. 6. in Prag:

Internationales Symposion über die Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

12. — 16. 6. in Hamm:

Kurse für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

14. — 15. 6. in Leopoldshafen bei Karlsruhe:

15. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Prof. Dr. O. Messerschmidt, 8000 München 45, Neuberbergstraße 54.

14. — 16. 6. in Hamburg:

7. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie e. V. Auskunft: Dr. med. P. Büniger, 2000 Hamburg 62, Tangstedter Landstraße 400.

16. — 22. 6. in Montreal:

7. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Physikalische Therapie. Auskunft: Canadian Physiotherapie Assoc., 25 Imperial St., Toronto 7, Ont. Canada.

17. — 19. 6. in Prag:

Internationales Symposion II über den Lungenkreislauf. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.



Zusammensetzung:

Weißer Dregees: D-Nor-pseudoephedrin 10 mg. Grüne Dregees: Triacetyldiphenolisalin 10 mg, Vitamin A 1500 I. E., Vitamin-B₁-chlorid-hydrochlorid 1 mg, Nicotinamid 10 mg.

Kontraindikationen: Weißer Dregees: Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, Nierenfunktionsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glukom, dekompensierte diabetische Stoffwechselerkrankung, Grewidität. Grüne Dregees: Iliis, Leberschäden.

Hinweise: Weißer Dregees: Wie alle Appetitzügler sollen auch die weißen Dregees in höherer Dosierung und über längere Zeit nicht ohne Anweisung des Arztes eingenommen werden. Eine gleichzeitige Anwendung von Monoaminoxidasehemmern muß vermieden werden.

Grüne Dregees: Eine ständige Anwendung über mehr als 2 Monate könnte eine schädliche Wirkung auf die Leber haben.

Wie alle Abführmittel sollten auch die grünen Dregees in höherer Dosierung und über längere Zeit wegen der Gefahr des Elektrolytverlustes nicht ohne Anweisung des Arztes eingenommen werden.

Hendelsformen und Preise: 90 Dregees DM 9,50 m. U. • 180 Dregees DM 16,70 m. U.



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE

• 1 BERLIN 21

17. – 21. 6. in Münster:
Hauptversammlung der Mex-Plenck-Gesellschaft. Auskunft: Max-Planck-Gesellschaft, 8000 München 1, Postfach 647.

17. – 21. 6. in Neuherberg:
Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

17. – 22. 6. in Bernried:
Seminar über „Präventiv-Kardiologie“. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16.

17. – 29. 6. in München:
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrerstraße 3.

17. – 29. 6. in Lengeoog:
Sportärztelehrgang. Auskunft: Herr Obstfeld, Kurverwaltung, 2941 Lengeoog.

17. 6. – 5. 7. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs (Eintöhrungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

18. – 21. 6. in Stuttgart:
Jahrestagung der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenhäuser. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, 7000 Stuttgart, Kriegsbergstraße 60.

19. – 21. 6. in Budapest:
39. Ungarischer Kongreß für Tuberkulose und Lungenkrankheiten mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Ungarische medizinische Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten, H-1529 Budapest, Pihenö út 1.

19. – 21. 6. in Sary Smokovec:
Tschechoslowakischer radiologischer Kongreß über Röntgendiagnose bei akuten Zuständen. Auskunft: Sekretariat Slovenské Kongresové odd. Mickiewiczove 18, CS-883 22 Bratislava.

19. – 26. 6. in Borkum:
28. Fortbildungskurs der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Prof.

Dr. O. Lippross, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.

20. – 22. 6. in Prag:
6. Symposium über Arbeitsphysiologie bei Kindern. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolské 31, CS-120 26 Prehe 2.

21. – 23. 6. in Bad Nauheim:
14. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Landesärztekammer Hessen – Akademie für ärztliche Fortbildung, 6350 Bad Nauheim, C.-Oelemann-Weg 1.

22. – 29. 6. in Kleppholttal:
Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge einschließlich Seminar „Autogenes Training“. Auskunft: Dr. G. Eberlein, 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

24. – 26. 6. in Strbské Pleso:
Symposium über Rehabilitation bei respiratorischen Erkrankungen. Auskunft: Slowakische medizinische Gesellschaft, CS-883 22 Bratislava, Mickiewiczove 18/1.

24. – 27. 6. in London:
1. Weltkongreß über Intensivpflege. Auskunft: Dr. A. Gilston, First World Congress on Intensive Care, National Heart Hospital, Westmoreland Street, London W 1 M 8 BA.

24. – 28. 6. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

24. – 28. 6. in Paris:
Internationales Symposium der US-Umweltschutzbehörde über neueste Erkenntnisse in der Beurteilung gesundheitlicher Folgen der Umweltverschmutzung. Auskunft: Prof. Dr. Dr. E. H. Greul, 3550 Marburg, Lehnstraße 4 a.

24. – 28. 6. in Prag:
Internationaler Kongreß der Europäischen Gesellschaft zum Studium der Schilddrüse. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

24. – 29. 6. in Innsbruck:
Kurs „Einführung in die Hämetologie mit praktischen Übungen“. Auskunft: Frau Boide, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

25. – 29. 6. in Berlin:
77. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

30. 6. – 2. 7. in Bad Salzungen:
Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge. – Autogenes Training und Bewegung. Auskunft: Dr. G. Eberlein, 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

Belegenhinweis:
Dieser Ausgabe liegen Prospekte der Firmen bei:
Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Großburgwedel/Hann.
Benechemie GmbH, 8000 München 71, Herterichstraße 1

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayar. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaustraße 18, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleitung: I. V. Dr. Sluke. 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. Postzertungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag anhalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: etles-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München. Druck: Druckerel und Verlag Hens Zauner jr., 8060 Dechau.

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

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

Kassenärztliches Praxis-Lexikon

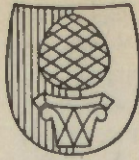
Das Werk hilft bei den täglich auftretenden Schwierigkeiten und gibt Anregungen und Hinweise für die Praxis. Es befaßt sich auf ca. 1200 Seiten mit folgendem Inhalt: Berufsbild und Verträge, Ärztliche Organisationen

Gesetzeskunde, Sozialversicherung, Kassenrecht und kleiner Glossar, Verträge zur Abrechnung, Zulassung, Beteiligung, Gebührenordnungen, Die Abrechnung, Prüfungsfragen

Das Nachschlagewerk ist beim gesamten Fachbuchhandel oder direkt beim Verlag zu beziehen.

Prel: DM 69,-
Steuerlich voll absetzbar.

HANS ZAUNER VERLAG
8060 Dachau, Schließfach 1980



Bei der

Stadt Augsburg

— Gesundheitsamt —

Ist infolge Ruhestandsversetzung des bisherigen Stelleninhabers die Stelle des

Leiters der Gutachtenabteilung

neu zu besetzen. Die Stelle ist bis Besoldungsgruppe A 15 BayBesG (Medizinaldirektor) bewertet. Der Aufgabenbereich umfaßt die Eratellung amtsärztlicher Gutachten für Erwachsene. Gesucht wird eine Persönlichkeit mit guter ärztlicher Ausbildung und Interesse für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bewerber, die die Amtsarztprüfung noch nicht nachweisen können, werden bis zur Ablegung dieser Prüfung im Angestelltenverhältnis beschäftigt, ansonsten erfolgt die Anstellung im Beamtenverhältnis.

Die Stadt Augsburg gewährt die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Die Möglichkeit zur Ausübung von Nebentätigkeiten ist im Rahmen der Nebentätigkeitsverordnung gegeben. Arbeitszeit 4 1/2 Wochentage.

Augsburg ist mit 260 000 Einwohnern eine Großstadt, die noch überschaubar ist und Kontakte bietet. Sie ist der Tradition und dem Fortschritt verbunden. Kulturelle und andere Einrichtungen sowie die geographische Lage sichern einen hohen Freizeitwert. Eine Universität und alle Schulgattungen sind vorhanden.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisebschriften und Tätigkeitsnachweise werden an das Personalamt der Stadt Augsburg, 8900 Augsburg, Mexstraße 4, erbeten.

CHIRURG GESUCHT

In der Marktgemeinde Zusmarshausen, Landkreis Augsburg, wird dringend ein

Facharzt für Chirurgie

benötigt.

Zusmarshausen hat ca. 2500 Einwohner und ein ausgedehntes Einzugsgebiet von ca. 10 000 Einwohnern. Im Markt befindet sich ein allgemeines Krankenhaus mit 100 Betten des Krankenhausverbandes Augsburg mit den Abteilungen Chirurgie und Geburtshilfe sowie Innere Medizin. Die Abteilungen werden von zwei Belegärzten versorgt.

Der Belegarzt für Chirurgie und Geburtshilfe scheidet Ende dieses Jahres aus Altersgründen aus dem Belegarztverhältnis aus. Die Belegbetten werden dem Nachfolger zur Verfügung gestellt.

Am Ort ist außerdem eine neu errichtete Fachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen der LVA Schwaben mit 152 Betten und eine leistungsfähige Apotheke.

Zusmarshausen liegt ca. 25 km von Augsburg entfernt und hat Anschluß an die Autobahn München bzw. Augsburg und Stuttgart sowie eine Omnibusverbindung nach Augsburg. Zusmarshausen entwickelt sich zu einem zentralen Erholungsort. Derzeit entsteht ein Badesee mit 120 000 qm, der in diesem Sommer in Betrieb genommen wird.

Zusmarshausen hat eine Verbandshauptschule. Nächstes Schulzentrum ist die Universitätsstadt Augsburg.

Die Marktgemeinde ist bereit, die Niederlassung eines Chirurgen nach besten Kräften, insbesondere in der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen zu unterstützen.

Interessenten werden gebeten, sich brieflich oder persönlich mit uns in Verbindung zu setzen.

Krankenhauszweckverband
Augsburg
8900 Augsburg,
Unterer Graben 4
Telefon (08 21) 3 24 43 05

Marktgemeinde Zusmarshausen
8901 Zusmarshausen
Telefon (08 21) 253

**Anzeigenschlußtermin für die
Juni-Ausgabe ist der 5. Mai 1974**

In der liebenswerten mittelfränkischen **Universitätsstadt Erlangen** mit aufgeschlossenem Bürgertum, in kulturträchtig-reizvoller Umgebung, an der Autobahnkreuzung Berlin-München / Frankfurt-Regensburg, zwischen der Dörersstadt Nürnberg und dem Ausflugszentrum Fränkische Schweiz hat eine bezirkseigene psychiatrische, bereits auf 1080 Betten reduzierte Anstalt mit ausgebaute Sozialpsychiatrie (21 Ärzte mit vier Medizinalassistenten und einem Fachinternisten) einige Planstellen zu besetzen.

Gesucht werden strabsame, vielseitig interessierte,

Junge Mitarbeiter

mit besten Aufstiegsmöglichkeiten, die an einer Weiterbildung in Neurologie bzw. Psychiatrie interessiert sind. Die Weiterbildung obliegt dem Direktor der Anstalt mit Weiterbildungsarmächtigung für drei Jahre Psychiatrie und ein Jahr Neurologie (Obermedizinaldirektor Dr. Hann).

Wir bieten gutes Betriebsklima, geregelte Arbeitszeit, Abgeltung des Bereitschaftsdienstes, Mitarbeit an den umliegenden Gesundheitsämtern (Erlanger System der Außenfürsorge), Unterrichtsabteilung an der Krankenpflegeschule und der Krankenpflegehelferschule, Gutachten in der foransischen Psychiatrie, Fortbildungsmöglichkeiten an der Univ.-Nervenklinik unter dem gleichen Dach sowie in den umliegenden Universitätsinstituten. Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes, Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung, Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Ihre Bewerbung bitten wir zu richten an die **Direktion des Bezirkskrankenhauses Erlangen, 8520 Erlangen, Mexmillanepletz 2.**

Die Landesversicherungsanstalt Unterfranken, Abteilung Krankenversicherung, sucht für ihre Vertrauensärztliche Dienststelle **Schweinfurt**

einen hauptamtlichen Vertrauensarzt

Erwünscht ist neben sozialmedizinischem Interesse eine gute klinische Weiterbildung oder eine mehrjährige praktische Tätigkeit, nach Möglichkeit in einer Kassenpraxis.

Bewerber, die eine Lebensstellung im Beamtenverhältnis anstreben, sollen das 45. Lebensjahr nicht überschritten haben. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ist sofortige Übernahme als Obermedizinalrat - BesGr. A 14 BayBesG - möglich.

Geboten werden weiterhin geregelte Arbeitszeit, 5-Tage-Woche bei gutem Betriebsklima, Umzugskosten- und Trennungsschädigung, Beihilfe im Krankheitsfall nach dem BfV, Hilfe bei der Beschaffung einer Wohnung.

Die Ausübung einer Nebentätigkeit in begrenztem Umfang kann auf Antrag gestattet werden.

Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen bitten wir an die **Geschäftsführung der LVA Unterfranken, 8700 Würzburg, Friedenstraße 14**, zu richten.