



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Verletzungen

Der Notfall: Die frische Extremitätenfraktur

bearbeitet von Professor Dr. Hertel und Professor Dr. Schweiberer

Symptomatik:

Plötzliche Kontinuitätsunterbrechung von kortikalem oder spongiösem Knochen mit mehr oder weniger großer Weichteilschädigung. Die Frakturen der langen Röhrenknochen zeigen primär eindeutige Deformationen, gelenknahe Frakturen oder intraartikuläre Frakturen können bei der ersten Inspektion verborgen bleiben. In jedem Falle liegt eine wesentliche Funktionseinschränkung der betroffenen Extremität vor. Besondere Beachtung verdienen die offenen Frakturen: erstgradig offene Frakturen (kleine Durchspießung durch Knochensporn), zweitgradig offen (offene Verbindung zum Knochen durch Hauteröffnung von außen mit Kontusionierung), drittgradig offen (breite Eröffnung der Haut mit schwerster Quetschung oder Zerreißung der Muskulatur, teilweise verbunden mit Nerven- und Gefäßschäden). Der früher verwendete Ausdruck „komplizierte Fraktur“ ist heute durch den Begriff „offene Fraktur“ ersetzt worden.

Anamnese:

Der Funktionsverlust ist vom Patienten meist eindeutig zu beschreiben. Es ist zu forschen nach indirekten bzw. direkten Unfallvorgängen. Bei indirekten Verletzungen ist der Weichteilschaden geringer. Fehlt ein eindeutiges Unfallereignis bei eindeutiger Funktionsstörung, so ist eine pathologische Fraktur (Knochentumor, Metastase, schwere Osteoporose) auszuschließen.

Sofortdiagnostik:

Die verletzte Extremität muß freigelegt werden, die Kleider müssen eventuell mit einer Schere entfernt werden.

An den oberen Extremitäten sofortige Funktionsprüfung:

1. Puls der Arteria radialis testen
2. Sensibilität aller Fingerkuppen prüfen, eventuell mit kleinen Schmerzreizen
3. Funktion des Nervus radialis prüfen durch Aufforderung zur aktiven Handgelenkstreckung

An den unteren Extremitäten sofortige Funktionsprüfung:

1. Pulse der Arteria tibialis anterior am Fußrücken und der Arteria tibialis posterior hinter dem Innenknöchel eufsuchen. Wenn die Pulse nicht palpabel sind, Kapillarpuls prüfen und

mit der unverletzten Seite vergleichen. Hauttemperatur und Hautfarbe im Seitenvergleich prüfen.

2. *Musculus peroneus* prüfen durch Aufforderung zur aktiven Fußhebung.
3. Sensibilität des Beines im Seitenvergleich kontrollieren.

Bei weitgehend erhaltener Stabilität wird nun die Gelenkfunktion vorsichtig untersucht. Bei grober Instabilität werden alle Untersuchungen und Umlagerungen unter Extension der betroffenen Extremität vorgenommen.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Keine orale Medikation oder Nahrungszufuhr oder Flüssigkeitszufuhr. *Analgetika* erst geben, wenn eindeutig ein stumpfes Bauchtrauma ausgeschlossen ist. Die verletzte obere Extremität wird am Körper durch eine elastische Binde ruhiggestellt. Bei Oberschenkelchaftfrakturen ist eine Dauerextension während Diagnostik und Transport notwendig. Sie sollte durch eine besonders dazu ausersehene Person durch Zug am Knöchel ausgeführt werden. Dieses Vorgehen bringt eine ehesten Schmerzlinderung und vermeidet einen Teil des bei Oberschenkelfrakturen gefährlichen Blutverlustes (bis zu 2 l). Die Unterschenkelfraktur wird durch eine von den Zehenspitzen bis zum proximalen Oberschenkel reichende Schiene (eventuell pneumatisch) geschient. Bei offenen Frakturen werden grobe Dislokationen am Unfallort unter möglichst sterilen Bedingungen (Handschuhe, Mundschutz) beseitigt. Die Wunde wird mit einem sterilen Verband versehen. Ruhigstellung wie bei geschlossenen Frakturen. Bei venösen Blutungen Kompressionsverband, bei spritzenden, schweren arteriellen Blutungen Anlegen eines Tourniquet.

Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt bzw. in die Klinik:

Jeder Frakturverdacht erfordert eine umgehende Röntgenuntersuchung. Die Überweisung zum Facharzt sollte bei allen dislozierten Frakturen, offenen Frakturen, Frakturen des Handskeletts, Gelenkfrakturen oder gelenknahen Frakturen im Wachstumsalter erfolgen. Einer operativen Sofortversorgung bedürfen alle zweit- und drittgradig offenen Frakturen sowie Frakturen mit drohender Zirkulationsstörung (Schenkelhalsfraktur im Wachstumsalter) und Frakturen mit Gefäßverletzungen. Der Ausschluß einer begleitenden Gefäßverletzung verlangt subtilste klinische lokale und periphere Diagnostik. Bei Abtrennung von Extremitätenanteilen wird der Patient bei entsprechendem Wunsch in ein Replantationszentrum zur mikrochirurgischen Versorgung überwiesen. Das Amputat wird dabei trocken gekühlt. Subtotale Amputationen werden in gleicher Weise behandelt.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Keine *Analgetika* vor Ausschluß eines gleichzeitigen stumpfen Bauchtraumas. Bei Polytraumatisation Schockbekämpfung durch Infusionsbehandlung am Unfallort, ohne die sachgerechte Versorgung der Extremitätenfrakturen zu gefährden. Vorinformation der weiterbehandelnden Klinik.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Im Notfalldienst werden die Weichen für eine exakte Frakturenbehandlung gestellt. Je geringer der Stabilitätsverlust, um so geneuer muß die nachfolgende Diagnostik sein, die umgehend eingeleitet werden sollte. Dazu kann der Arzt im Notfalldienst Hinweise geben. Bei allen augenfälligen Instabilitäten durch Frakturen der Extremitäten ist primäre stationäre Behandlung notwendig. Spezielle Frakturen verlangen eine notfallmäßige operative Behandlung.



Bayerisches Ärzteblatt

Mit emtlichen Mittellungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 8

Zur Kenntnis genommen:

Im August pflegt man ganz allgemein die Politik auf Sparflamme zu stellen. Die Urlaubszeit ist angebrochen, obwohl die Kinder in Nordrhein-Westfalen um diese Zeit bereits wieder zur Schule müssen. Eine einheitliche Ferien- und damit Urlaubszeit können wir uns längst nicht mehr leisten, sonst würden die Urlauber sich gegenseitig nur noch zertreten und überfahren. Man nennt das so schön das Zeitalter des Massentourismus.

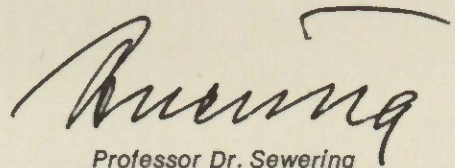
Ja, die Zeiten haben sich eben geändert. Wer früher von zwei ruhigen Wochen in seinem Schrebergarten träumte, plant heute bereits langfristig den Badeurlaub auf den Inseln im Atlantik oder die Safari im Herzen Afrikas. Aber auch für unser Alpenland bleiben noch genügend Feriengäste übrig. Schließlich muß man auch bedenken, daß entsprechend dem heutigen Lebensstandard das Wort Urlaub nicht mehr identisch ist mit Sommerurlaub. Von Weihnachten bis März sind die Berghänge von Kärnten bis Frankreich längst von so vielen Skifahrern übersät, daß sich schon die Frage nach einer Skifahrer-Verkehrsordnung stellt. Neulich habe ich gelesen, daß es in den Alpen von Österreich über Bayern bis in die Schweiz bereits 12 000 Seilbahnen gibt. Die Landschaftszerstörung durch Skikipisten habe teilweise erschreckende Ausmaße angenommen. Die Österreicher sollen planen, jetzt auch Gletscher für den Massentourismus zu erschließen. Die Gletscherspalten werden dann willkommene Gelegenheit bieten, um die Abfälle aus dem Rucksack loszuwerden.

Damit es kein Mißverständnis gibt: Urlaub ist für jeden arbeitenden Menschen notwendig, vor allem ein längerer, zusammenhängender Urlaub. Die Bemühungen der Gewerkschaften um Urlaubsverlängerung sind deshalb aus gesundheitlicher Sicht nützlicher als die Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit unter die derzeitige Vierzigstundenwoche.

Was zunehmend Sorge bereiten muß, ist die Art und Weise, wie Urlaub organisiert und verbracht wird. So hat der Massentourismus bewirkt, daß der Wechsel der Urlaubsgäste fast überall am Wochenende erfolgt. Die Arbeitnehmer bevorzugen den Urlaubsbeginn am Montag und das Ende am Freitag, weil sie dann am Anfang und Ende je zwei Tage Dreingabe haben. Die Folgen sind bekannt. Ein Blechbandwurm quält sich über die Autobahnen unseres Landes, und die Schauerermeldungen von Bayern 3 lassen einem die Gänsehaut über den Buckel laufen. Die Unfälle mit all ihren Folgen häufen sich, ein gut Stück Erholung bleibt auf der Autobahn. Die Bundesbahn hat einen guten Einfall realisiert: Von Ingolstadt bis Rosenheim kann das Auto verladen werden. Wenn auch nur ein Tropfen auf den heißen Stein, aber vielleicht ein guter Anfang.

Das Fernreisen hat noch andere Begleiterscheinungen, die uns Ärzte interessieren müssen. Viele Menschen werden in Großraumflugzeugen in Länder transportiert, deren Lebensbedingungen und Gefahren ihnen nicht oder völlig ungenügend bewußt sind. Sie wissen nicht, daß schon der Klimawechsel seine Folgen hat, und Salat, Eiscreme oder Leitungswasser plötzlich ganz anders zu beurteilen sind als bei uns daheim. Die Malaria ist wieder zur Gefahr geworden, Viruserkrankungen treten auf und haben bereits Opfer gelordert. Die Gefahren der Sonne — schon an der Adria — sind den wenigsten bewußt. Hier haben wir Ärzte eine Aufgabe von zunehmender Bedeutung, sofern die Ferienreisenden sich engewöhnen, ihren Hausarzt um Rat zu fragen, bevor sie ihre weite Reise antreten. Besonders Patienten mit chronischen Erkrankungen bedürfen solcher Beratung. Nicht wenige von ihnen hätten mehr vom Urlaub, wenn sie in ihren heimischen Gefilden blieben.

Eine besondere Species von Urlaub ist der „Kurzurlaub“, meist am verlängerten Wochenende. Da werden dann mit dem Auto Strecken zurückgelegt, die man im Verhältnis zur Gesamtzeit nur noch als verrückt bezeichnen kann. Dabei gibt es gerade für solche Kurzurlaube ein so gutes Rezept: Daheim bleiben, den eigenen Garten genießen, wenn man ihn hat, sich in seinen vier Wänden wohlfühlen, spazieren gehen oder das Rad aus dem Keller holen. Der Genuß läßt sich steigern, wenn man dann abends nach Hause kommt, gemütlich seinen Dämmerstopp genießt und in Bayern 3 hört, daß zwischen Inntal dreieck und Irschenberg fünfzehn Kilometer Stau bei stehendem Verkehr gemeldet wird. Ganz im Ernst: Irgend etwas zur Humanisierung des Urlaubs sollten wir uns einfallen lassen. Es wäre schade, wenn erst die Benzinknappheit den Wendel brächte.



Professor Dr. Sewering

32. Bayerischer Ärztetag in Bad Tölz

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 12. bis 14. Oktober 1979

- Eröffnung:** *Freitag, 12. Oktober, 19 Uhr, in der Wandelhalle der Jodquellen-AG. — anschließend Empfang —*
- Ort und Zeit der Arbeitstagen:** *Samstag, 13. Oktober, 9 Uhr s.t., und Sonntag 14. Oktober, 9 Uhr c.t., Kursaal.*
Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.
Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.
- Tagesordnung:**
1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
 2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - 2.1 *Rechnungsabschluß 1978*
 - 2.2 *Entlastung des Vorstandes 1978*
 - 2.3 *Haushaltsvoranschlag 1980*
 3. *Bestätigung der vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer benannten Mitglieder der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“, des Ausschusses für Hochschulfragen und des Krankenhausausschusses*
 4. *Ausschuß für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses*
 5. *Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978; hier: § 11 Abs. 1 und § 15 Abs. 1*
 6. *Änderung der Weiterbildungsordnung (Beschlüsse des 81. Deutschen Ärztetages 1978 in Köln)*
 7. *Besetzung des Beruatsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München mit einem ehrenamtlichen Richter*
 8. *Festlegung des Termins des 33. Bayerischen Ärztetages 1980 in Rothenburg o. d. Tauber*
 9. *Wahl des Tagungsortes des 34. Bayerischen Ärztetages 1981*

Gesundheit ein Motivationsfaktor?

Kann der Wunsch nach Gesundheit ein Motivationsfaktor zur Bewegungstherapie sein?

von Wolfgang Pohl v. Elbwehr und Lilo Hofmann

Wohl jeder Arzt erwartet – und das ist sicher eine der Triebfedern seines therapeutischen Bemühens –, daß der von ihm in der Sprechstunde an den Patienten gegebene Rat, dies oder jenes zu befolgen, angenommen wird. Wir werden nun einmal von der Gesellschaft als Hüter der Gesundheit gesehen und gleichsam für die Gesundheit jedes einzelnen verantwortlich gemacht, obwohl wir das nicht sind, denn die Verantwortung für seine Gesundheit trägt jeder Mensch selbst.

Trotzdem werden wir nicht müde, bei jeder sich nur bietenden Gelegenheit die uns anvertrauten Patienten zu einer gesundheitsfördernden Lebensführung zu motivieren; zu einer gesundheitsfördernden und nicht gesundheitsbewußten, denn eine gesunde Lebensweise sollte eine gute Gewohnheit, eine Selbstverständlichkeit sein und nicht bewußt geführt werden.

Kann man tatsächlich, so sollten wir uns fragen, heute den Gesunden, den noch nicht Kranken oder wieder von einer Krankheit Genesenden mit dem Begriff Gesundheit allein zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil motivieren?

Monika Stütze, Diplompsychologin und wissenschaftliche Assistentin beim Lehrstuhl für Sportpsychologie der TH München, selbst Olympiateilnehmerin 1972 im Eisschnellauf, sprach zu diesem Thema im Rahmen des Sportärztlichen Seminars beim XXIV. Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Badgastein.

Zu drei Fragen nahm die Referentin Stellung:

- Wie wirksam waren die bisherigen Versuche einer Gesundheits-erziehung?
- Wie können wir Gesundheit zu einem Motivationsfaktor machen?

– Kann Gesundheit ein hinreichender Motivationsfaktor sein?

Die Vortragende beschränkte sich, der jetzigen Tätigkeit entsprechend, bei ihren Ausführungen auf den Gesundheitssport im Rahmen der Prävention und Rehabilitation. Bewegungsmangel ist ein vor Jahren noch umstrittener, heute aber durch zahlreiche Studien anerkannter Risikofaktor und ein wesentliches Element der Gesundheitserziehung. Leider haben viele Ärzte, man schätzt etwa 50 Prozent, diese Tatsache noch nicht in ihre therapeutischen Überlegungen miteinbezogen.

Die Frage der Wirksamkeit der bisherigen Gesundheitserziehung wurde mit Recht einer kritischen Prüfung unterzogen. Jeder Pädagoge weiß, daß er in der Erziehung mit Geboten und Verboten allein zur rechten Entfaltung und Formung einer Persönlichkeit nicht auskommt. Auch anonym gegebene allgemein gehaltene moralisierende Appelle zeigen kaum eine Wirkung. Der Weg über das schlechte Gewissen oder Schuldgefühl bei Nichteinhaltung solcher Appelle kann sich bei labilen, gestreßten Menschen als Bumerang erweisen und sogar krankheitsauslösend wirken. Die reine Wissensvermittlung enderseits durch Bücher – Vorträge – Ausstellungen – Filme und Plakate in den Vordergrund zu stellen, reicht euch nicht aus, eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Schließlich versuchte man es mit werbepsychologischen Methoden wie „Trimm-Dich-Aktion“ – „Lauftreffs“ u. a.

Die in den letzten Jahren für Propaganda auf dem Sektor Gesundheits-erziehung in den Medien aufgewandten Mittel haben sich verhundertfacht; zwölf Milliarden pro Jahr sollen es sein. Die mit so großem finanziellen Aufwand propagierte

neu
von
Sanorania

Erregung, Spannung, Angst

Tranquo- Tablinen[®] 10

Diazepam 10 mg

Tablinen[®]
= Sparen ohne
Therapieverzicht

2,5 mg 5 mg 10 mg



leicht teilbar; nur eine
Darreichungsform,
aber individuelle Dosierbarkeit!

Indikationen: Erregung, Spannung, Angst, Schlafstörungen, Muskelverspannung, Status epilepticus, „vegetative Dystonie“, psychosomatische und psychoneurotische Störungen
Kontraindikationen: Myasthenia gravis.
Mögliche Nebenwirkungen: Appetitzunahme, Abnahme der Libido, Menstruationsstörungen, Muskelrelaxation, Schwindel.
Hohe Dosen, Langzeitbehandlung: Artikulationsstörungen, Sedierung.
Kein gleichzeitiger Alkoholgenuß!

20 Tabl. 50 Tabl.

4.40 9.80

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

und in Szene gesetzte Trimm-Dich-Welle kommt in der praktischen Durchführung – und nur die zählt – nicht so gut an, wie man es sich erhofft und wie man es den aufgewandten Mitteln nach erwarten dürfte. Nicht das Interesse ist ausschlaggebend, sondern das Mittun und da sind es nur 16 Prozent der Bevölkerung.

Dabei weiß jeder, wie gut es wäre, sich zu bewegen. Nach einer EMNID-Umfrage 1972/73 hatten 84 Prozent der Befragten eine positive Einstellung zum Sport; regelmäßig Sportbetrießen haben davon aber nur etwa 18 Prozent. Wie sich die Zahlen gleichen!

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat 1976 eine Werbeerfolgskontrolluntersuchung durchführen lassen, um zu erfahren, wie Broschüren zu diesem Thema ankommen. Die 21 Falblätter waren bei zwölf Prozent der Bevölkerung bekannt, von sechs Prozent wurden sie gelesen und nur etwa drei Prozent gaben an, Ratschläge daraus befolgt zu haben.

Bei all diesen Zahlen wird eine Differenz zwischen dem Wissen, was man tun sollte und dem wirklichen Verhalten deutlich. Das Wissen um die Richtigkeit eines Verhaltens genügt eben nicht, um dieses Verhalten zu bewirken. Ein wichtiger Grundsatz in der Gesundheitserziehung!

Gibt es eine Erklärung für die mangelhafte Wirkung der bisher angewandten Methoden zur Verhaltensänderung im Sinne einer gesunden Lebenseinstellung?

Die Konsistenz-Theorie von Heider könnte eine solche Erklärung sein. Sie besagt, daß der Mensch dazu tendiert, sein Verhalten und seine Einstellung konsistent rational sich selbst gegenüber zu halten. Treffen neue Informationen auf das Individuum ein, die das bisherige gewohnte Verhalten als irrational in Frage stellen oder als nicht richtig erkennen lassen, dann werden diese Informationen entweder ganz ignoriert oder so umfunktioniert, daß sie nicht mehr weiter störend wirken können. Umfunktioniert heißt hier, sie werden so relativiert oder durch Zusätze so verändert, daß sie letztlich an Wirksamkeit verlieren.

Es wird einfach alles herabgespielt. Dies läßt sich an Sprichworten und abgewandelten Werbespots deutlich machen. „Saufst, stirbst, saufst net, stirbst a“ – „Alkohol und Nikotin macht die halbe Menschheit hin“ – „Ohne Alkohol und Rauch, stirbt die andere Hälfte euch“ – „Treibe Sport oder bleibe gesund“.

Informationen allein bleiben beim Erwachsenen unwirksam, da sie auf festgefahrene Verhaltensmuster treffen. Nur ein Kind läßt sich noch in seinem Verhalten durch Lehre und Vorbild prägen. Jedes Verhalten ist multikausal motiviert. Wir müssen uns demnach bei allen Gesundheitserzieherischen Maßnahmen die Frage stellen, warum sich ein Mensch so, nämlich z. B. gesundheitsschädigend, und nicht anders, gesundheitsfördernd, verhält. Diese Entscheidung trifft er allein aufgrund seiner Motivation.

Motivation kann man definieren als den Inbegriff aller zielgerichteten Vorgänge, welche menschliches Verhalten innerlich begründen.

Dabei unterscheidet man

einen *internen Pol* (Antrieb, Streben, Bedürfnisse, Instinkt, Neigung, Wunsch, Wille) und

einen *externen Pol* (Aufforderungscharakter, Wert, Interesse).

Der grundlegende Begriff aber bleibt das Bedürfnis. Bedürfnis wiederum kann man erklären als Mangel an bestimmten Elementen in der Umwelt, erlebt als Spannung, als Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand. Wer erlebt dieses Dilemma nicht jeden Tag in den verschiedensten Situationen? Das Bedürfnis schlechthin ist die Triebfeder für unser ganzes Leben. Jeder Mensch sucht nach Möglichkeiten einer solchen Bedürfnisbefriedigung, sucht und prüft die verschiedensten Inhaltsreize und verrechnet sie dann gegen die bisherigen Erfahrungen mit einem Maß der Befriedigung, das zu erwarten sein wird. Dieses zu erwartende Ausmaß wird nun seinerseits wieder gegen den Sollwert geprüft. Wird dieser als ausreichend empfunden, dann wird die motivierte Handlung vollzogen. Täglich konkurrieren bei jedem Menschen so die verschiedensten Bedürfnisse gleichzeitig. Er prüft also und vergleicht, welches Bedürfnis in

einer bestimmten Situation und zu einer bestimmten Zeit am ehesten befriedigt werden kann und das höchste Ausmaß der zu erwartenden Befriedigung bringt. Nur dieses Bedürfnis wird dann durch die Handlung befriedigt.

Wir leben also praktisch in einem ständigen Motivkonflikt. Dies wird uns zum Glück nur vor schwerwiegenden Entscheidungen bewußt, sonst handeln wir instinktiv und unerschwellig, rasch und richtig. Bei all diesen Überlegungen rechnet jeder Mensch nicht nur, was er erhalten kann, sondern er rechnet auch ganz kühl, was er leisten muß, um das Bedürfnis zu befriedigen. Das ist selbstverständlich ein rein subjektives Urteil zu dem Verhältnis von Angebot und Anreiz. So wird z. B. jemand, der sportlich veranlagt ist, einen wesentlich geringeren Beitrag der Entscheidung zu einem Dauerlauf einbringen als jemand, der vollkommen unsportlich ist.

Wenn wir von einem Patienten eine Handlung erwarten, nehmen wir an, eine sportliche Tätigkeit, und er führt diese nicht nach unseren Vorstellungen aus, dann sind bei diesem Patienten in seiner Motivation Faktoren da oder nicht, die ihn so handeln lassen oder nicht.

Welche Motivkonflikte sind beim Gesundheitsverhalten zu erwarten? Gesundheitsschädliches Verhalten wird häufig motiviert mit Lebensqualität. Es gehört einfach zu einem guten Leben, viel und gut zu essen, Alkohol zu trinken und sich eine Zigarette anzustecken. In bestimmten gesellschaftlichen Kreisen verhält man sich so, um „in“ zu sein (Gruppennorm). Außerdem wird dieses Verhalten als streßbewältigend und entspannend empfunden. Langsam wird es zur Gewohnheit und eh man sich versieht, gehört es zu einem Ritual, ohne dem man glaubt, nicht mehr leben zu können.

Beim gesundheitsfördernden Verhalten wird uns bessere Gesundheit versprochen, doch dazu muß man sich bewußt entscheiden, nicht weiterhin gesundheitsschädigend zu leben; das erfordert bei vielen Menschen eine unglaubliche, kaum aufzubringende Energie. Im Streß fehlt diese Energie, weil man zu müde ist, ohne Streß wiederum fehlt die Einsicht der Notwendigkeit für ein gesundheitsförderndes Verhalten.

Tannacomp®

beherrscht
die Diarrhoe

rasch und zuverlässig
bei guter Verträglichkeit

- antibakteriell
- adstringierend
- spasmolytisch

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 500 mg Tanninalbuminat und 50 mg Äthacridinlactat. **Indikationen:** Unspezifische Durchfallerkrankungen, wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoe, Gastroenteritis, Enterokolitis, Diarrhoe bei Anus praetematuralis. Zur Prophylaxe bei Infektionsgefahr auf Reisen oder Milieu- und Kostumstellung. Bei bakterieller oder Amöbenruhr, Cholera und Salmonelleninfektionen ist eine spezifische Therapie erforderlich. **Kontraindikationen:** In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannacomp – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Der Darminhalt kann nach Einnahme des Präparates ein gelbliches Aussehen annehmen.

Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosis richtet sich nach dem Schweregrad der Diarrhoe. Erwachsene nehmen 1–2 Filmtabletten 4 mal täglich bis zum Sistieren der Durchfälle. Zur Prophylaxe ist 1 Filmtablette 2 mal täglich einzunehmen. Kinder ab 6 Jahren erhalten 1 Filmtablette 3–4 mal täglich. Die Wirkung von Tannacomp wird durch Diät unterstützt. Es empfiehlt sich eine kurzfristige Nahrungspause mit anschließendem langsamem Wiederaufbau der Kost. Wesentlich ist eine reichliche Flüssigkeitszufuhr, besonders in Form von Tee. Schlackenreiche und stark gewürzte Kost sollte vermieden werden. **Handelsformen:** OP mit 20 Filmtabletten DM 7,60; OP mit 50 Filmtabletten DM 17,-.



knoll

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

Auch im Sport gibt es solche Motivkonflikte, gibt es für das Verhalten ein Pro und Contra.

Immer wenn Bewegungstherapie verordnet wird, sollte in einem partnerschaftlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient Punkt für Punkt das Pro und Contra für eine sportliche Motivation anhand der aufgeführten Tabelle besprochen werden. Diese Arzt-Patienten-Interaktion kann entscheidend sein für die Aufgeschlossenheit des Patienten und so mögliche, bisher unbekannte Faktoren suchen und beseitigen.

Manch einer hat sich nach langen Überlegungen dazu überwinden können, zu einem Sportverein zu gehen, um etwas für seine Gesundheit zu tun. Er war aber das erste und das letzte Mal da, weil die richtige Ansprache fehlte und er sich wie ein Fremder in einer seit Jahren festgefügt Gruppe fühlte.

Ein wichtiger Grundstein für das Interesse und die Freude an der Bewegung schlechthin, für Sport im allgemeinen im Erwachsenenalter, also gerade dann, wenn er besonders notwendig wäre, müßte schon in der Schule gelegt werden. Sie ist die einzige Institution, an der jeder von staatswegen vom 6. bis zum 15. bzw. 17. bis 19. Lebensjahr dazu angehalten wird. Freude am Sport wird aber sicher nicht geboren aus dem

Zwang, sich an bestimmten Geräten mit vorgeschriebenen Übungen zu produzieren, noch dazu, wenn die Konstitution dazu nicht vorhanden ist. Aus pädagogischer Sicht werden aber in den Schulen heute immer noch Pflicht- und Kürübungen im Turnunterricht verlangt, um den jungen Menschen so zur Disziplin und Leibesertüchtigung zu erziehen. Wann aber — so sollte man sich fragen — wird diese Jugend von heute in späteren Jahren eine dieser Übungen (z. B. Riesenfelge am Reck, Handstand am Barren) ausführen, es sei denn, sie verschreibt sich dem Leistungssport?

Motivierend aber für ein lebenslanges Interesse am Sport könnte ein frühzeitiges Heranführen an familiengerechte und freizeitrelevante Life-time Sportarten sein. Dies geschieht erfreulicherweise bereits an vielen Schulen im differenzierten Sportunterricht. In Neigungsgruppen wird den Schülern, je nach Interesse und Veranlagung, die Möglichkeit geboten, sich im Schwimmen-Rudern-Tennis-Spiel und Skilauf sportlich zu messen. Dieser Weg sollte konsequent beibehalten werden.

Kann Gesundheit ein Motivationsfaktor zu einer veränderten Lebenshaltung sein?

Jeder Mensch, ob jung oder alt, verdrängt Krankheit bewußt, denn wer

denkt schon gerne daran, daß er krank werden könnte. Dies trifft insbesondere für die Jugend zu, an die wir uns vermehrt mit Fragen der Gesundheitserziehung wenden, vertrauend auf das Sprichwort, daß man ein Bäumchen nur biegen kann, solange es noch jung ist.

Wie aber soll man jemandem, der im Vollbesitz seiner Gesundheit ist, Krankheit kaum aus eigenem Erleben kennt, verständlich machen, daß Gesundheit nicht ein Geschenk der Natur ist, das ohne eigenes Zutun ein Leben lang Zinsen trägt, sondern ein Wert, um dessen Besitz man täglich ringen muß. Auf die Spätfolgen einer ungesunden Lebensweise hingewiesen, hört man von den Jugendlichen nur abgegriffene Phrasen wie etwa: „Der Arzt wird schon helfen, die Medizin macht ja ständig Fortschritte.“ Für diese Altersgruppe, so muß man leider feststellen, ist Gesundheit demnach kein Motiv zu einer gesunden Lebensführung. Sie hat da eine von unseren Anschauungen abweichende Vorstellung von Gesundheit. Sport treibt man als Heranwachsender nur zum geringsten Prozentsatz aus einer gesundheitlichen Intention heraus, sondern weil er Spaß macht und zur Geselligkeit führt. Erst mit zunehmendem Alter und beginnendem Leidensdruck kann oder wird Gesundheit zum Motiv für eine gesunde Lebensweise. Gesundheit wird somit erst dann ein Motivationsfaktor, wenn sie fehlt und die passive Haltung ihr gegenüber aufgegeben wird. Bedauerlicherweise ist unsere gesundheitliche Versorgung überwiegend auf Passivität ausgerichtet. Dies ist ja für den Patienten auch viel bequemer, man läßt sich bestrahlen, man läßt sich massieren; dabei sind eigene Aktivitäten überwiegend ausgeschaltet.

Aufgrund der unterschiedlichen Bewertung, die Gesundheit haben kann, lassen sich drei Zielgruppen unterscheiden:

1. Patienten, die bereits eine schwere Erkrankung durchgemacht haben, z. B. der Infarkt-Patient. Ihn kann man relativ leicht zu einem gesundheitsfördernden Verhalten motivieren.

2. Patienten, bei denen der Arzt Risikofaktoren festgestellt hat. Es liegt an uns, diesen Patienten, so sie das Nachlassen bestimmter Funktionen ihres Körpers noch nicht

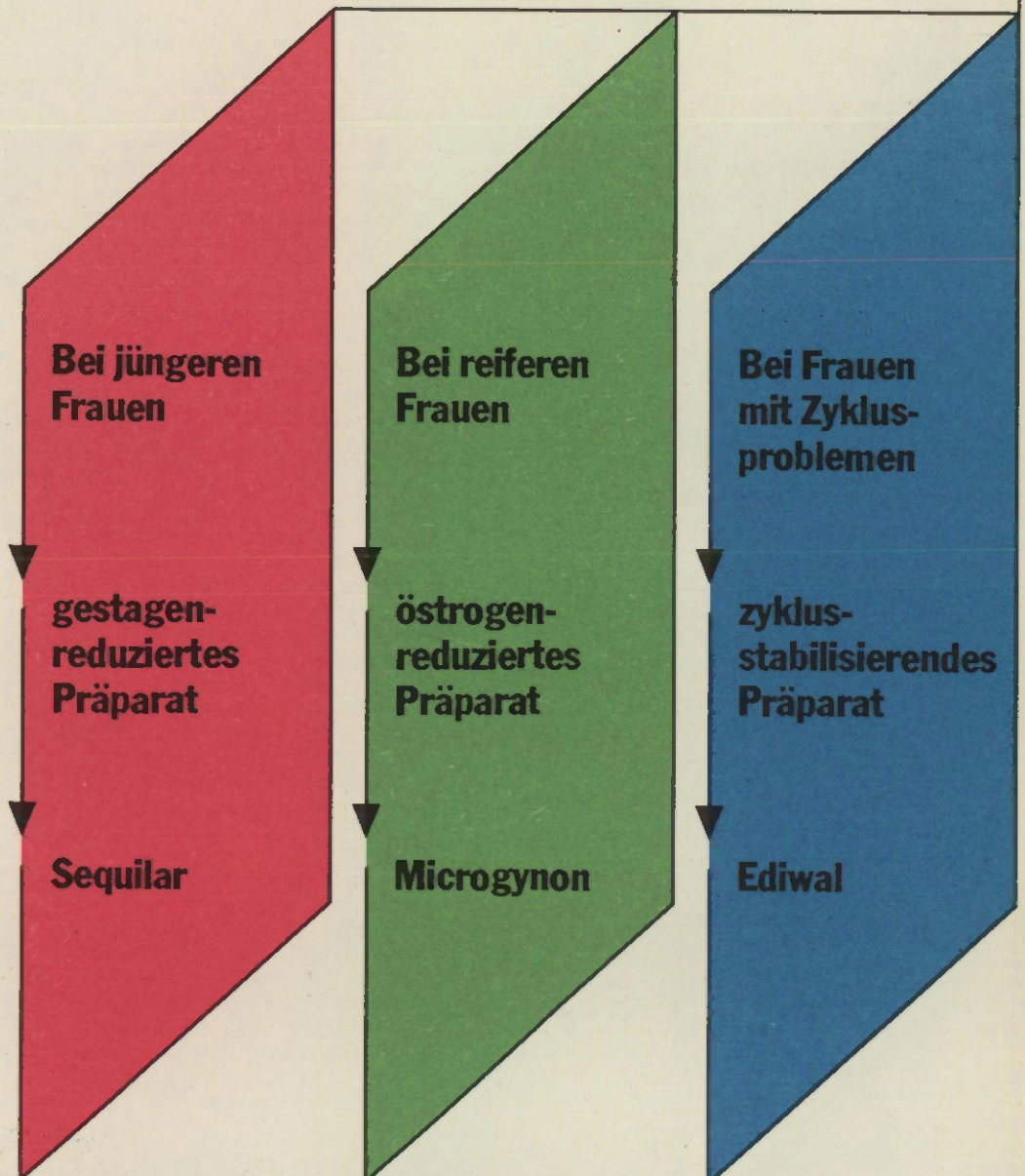
Motivkonflikte in der Sport-Motivation

Pro	Contra	
Freude an der Bewegung	Keine Zeit (49 %)	
Erlebnis der Fitness	Mangel an Freizeit (30 %)	
Erfolgs-erlebnis in der Beherrschung von Bewegung (Leistungsstreben, Selbstgefühl)	Bin zu alt (21 %)	
Spannungserlebnis	Fühle mich nicht gesund (12 %)	
Abwechslung	Fehlende Sportanlagen	} 14 %
Geselligkeit (Gesundheit)	Zu weiter Anmarschweg	
Hinterher gutes Körpergefühl — „schön müde“	Keine Verkehrsverbindung	
	Zu hohe Beitrags- oder Eintrittskosten	
	Fehlendes „Know how“ (Was soll ich für Sport treiben?)	
	Fehlendes Angebot (Vereine überwiegend leistungsorientiert)	
	Hemmungen, von anderen gesehen zu werden	

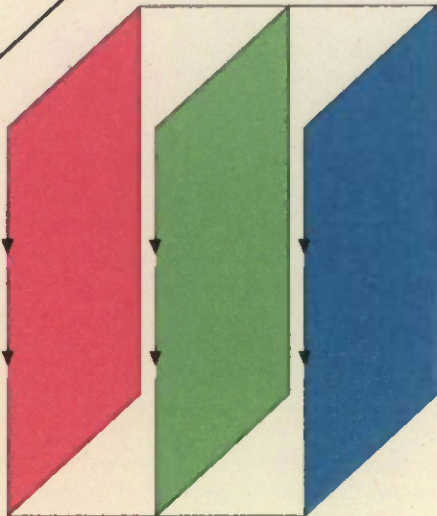
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

Sequilar
Microgynon
Ediwal

**... immer gleich
die richtige Pille**



Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



Sequilar

ist gestagenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B. **Gewichtsprobleme**

Microgynon

ist östrogenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B. **Brustspannen**

Ediwal

Ist zyklusstabilisierend dosiert

darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol sowie 10 orangenfarbige Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees.

Anwendungsgebiete: Konzeptionsverhütung. **Gegenanzeigen:** Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsruhrus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z. B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. **Packungen und Preise** lt. AT.: Microgynon 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,25 · 3 x 21 Dragees DM 22,61 · 6 x 21 Dragees DM 39,38 · Microgynon 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,58 · 3 x 28 Dragees DM 23,54 · 6 x 28 Dragees DM 40,41 · Ediwal 21 · 1 x 21 Dragees DM 9,27 · 3 x 21 Dragees DM 25,24 · 6 x 21 Dragees DM 42,57 · Sequilar 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,49 · 3 x 21 Dragees DM 23,25 · 6 x 21 Dragees DM 40,04 · Sequilar 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,81 · 3 x 28 Dragees DM 24,19 · 6 x 28 Dragees DM 41,17

Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21. Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt.

Wechselwirkungen: Wirkungsminde- rung durch Leberenzyminduktion siehe Prospekt. **Besondere Hinweise:** Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z. Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 4. Auflage vom September 1978), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, zur Problematik möglicher teratogener Wirkungen, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktion und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Dezember 78 ③

SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN

selbst bemerkt haben sollten, anhand verschiedener Tests deutlich zu machen, wo und wie ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Vielleicht lassen sie sich dadurch motivieren und überzeugen, daß durch eine dosierte Bewegung ein Teil ihrer Risikofaktoren abgebaut und ihre alte Leistungsfähigkeit größtenteils wiederhergestellt werden kann. Alle vom Patienten vorgebrachten ablehnenden Gründe, keinen Sport treiben zu können, müssen dabei ernst genommen und anhand der Tabelle besprochen werden. Als Anregung zu einer so verordneten Bewegung kann das „grüne Rezept“ von Dr. Goßner dienen.

3. Gesunde und sich gesund Fühlende sind wohl am schwierigsten zu motivieren. Gründe dafür wurden schon genannt. Gelingt es überhaupt, bei diesem Personenkreis eine Zugangsmotivation zu finden? Mit Gesundheit sicher nur bei den wenigsten.

Was hindert den Sportkonsumenten, eine Sportanlage aufzusuchen?

1. Er schätzt sie ein als eine Stätte nur für Leistungssportler.

2. Sportstätten sind überwiegend für Publikumsverkehr mit Tribünen versehen. Der Gesundheitssportler fürchtet, beobachtet zu werden.

3. Eine Aschenbahn hat, das läßt sich nicht leugnen, wenig Aufforderungscharakter. Es ist schon eine sture Angelegenheit, da seine Runden zu drehen; ein Lauf im Gelände ist zweifelsohne schöner.

4. Schlechte Erfahrung mit der Sauberkeit, besonders in Umkleideräumen und Turnhallen, sowie den hygienischen Einrichtungen.

5. Wo soll man Kleinkinder lassen, wenn keine Aufsichtsmöglichkeiten und keine Spielplätze vorhanden sind? Es sei denn, es gibt schon eine Turnstunde „Mutter und Kind“.

6. Wenige und wenn oft ungemütliche Möglichkeiten für ein anschließendes geselliges Beisammensein.

Gelingt es in den nächsten Jahren, auch dem Breitensport (Laufen – Schwimmen – Wandern – Skilauf) gleiche Statussymbolfunktionen zu verleihen, wie ihn bereits wenige Sportarten haben, z. B. Tennis – Golf – Segeln – Reiten, dann wäre eine Motivation dazu leichter.

Ist die Motivation aufgebaut, gilt es, sie auch zu festigen. Diese Stabilisierung entscheidet ja erst, ob und wie Sport auf längere Sicht hin ausgeübt wird.

Eine entscheidende, ja man kann sagen, die ausschlaggebende Funktion dazu liegt in den Händen des Trainers oder Gruppenleiters. Er muß das vorhandene Bedürfnis durch eine richtige Ansprache versuchen zu wecken und weiter zu fördern. Dabei darf nicht die geforderte Leistung allein im Vordergrund stehen, die Freude an der Bewegung ist ein ebenso wichtiger, wenn nicht gar der wichtigste Wunsch, den man erfüllt sehen möchte. Deshalb sollten nur Bewegungsformen gefordert werden, die auch geleistet und gleichsam spielerisch ausgeführt werden können. Nur Bewegungsabläufe, die gelingen, werden gern geübt und bereiten Freude. Was nicht gelingt, wirkt unharmonisch und wird nicht getan. Übungen sollen in abwechslungsreicher Art angeboten werden, sollen Spannung und Entspannung, Statik und Dynamik berücksichtigen. Sie dürfen nicht überfordern, sollen aber doch so weit belasten, daß das Gefühl aufkommt, etwas geleistet zu haben. Man möchte nach so einer Turnstunde ausgearbeitet und „schön müde“ sein. Ein leichter Muskelkater am nächsten Tag wird als fühlbares Zeichen der „Fitness“ noch in Kauf genommen. Nach drei bis vier Wochen wird er nachlassen, und man kann mit einem gewissen Stolz feststellen, daß man nun „fit“ ist.

Dem gruppenspezifisch und psychologisch veranlagten Gruppenleiter wird es im Lauf der Zeit gelingen, die im Sport primär nicht vorhandene Geselligkeit zu pflegen. So wird aus bewegungsmotivierten Einzelgängern langsam eine Gruppe mit allen daraus erwachsenden positiven Einflüssen für eine gesunde Lebensführung.

Dieses neue Gruppenerlebnis ist notwendig, denn nur wenn neue Verhaltensweisen ähnliche Bedürfnisbefriedigung zur Folge haben, wie die Verhaltensweisen, welche ersetzt wurden, können sie gesundheitsfördernd wirken. Mit anderen Worten, man kann, um ein Beispiel zu wählen, dem Infarkt-Patienten im Rahmen der Rehabilitation – und von der soll die Rede sein – nicht

alles auf einmal verbieten, was ihm lieb und teuer ist. Der Patient soll nicht mehr rauchen, soll nicht mehr so viel und so gut essen wie früher, er soll sich mehr bewegen, was ihm nicht leicht fällt, und er soll den Streß meiden, der ihm für vielerlei Aktivitäten Antrieb zu geben schien; kurzum, er soll sein Leben von Grund auf ändern.

Können wir ihm dafür nichts Adäquates anbieten, so wird er kaum bereit sein, sich für den Plan einer Neuorientierung seiner Lebensgewohnheiten zu erwärmen. Gibt man seinen Stammtisch auf, weil man dort in alte schlechte Gewohnheiten zurückfallen könnte, und geht dafür auf den Sportplatz, so erwartet man, daß ein Äquivalent für die verlustig gegangene Geselligkeit geboten wird.

Kann der Wunsch nach Gesundheit ein Motivationsfaktor für Bewegungstherapie sein?

Er kann, aber nur bei einem relativ engbegrenzten Personenkreis nach genauer Analyse aller möglichen Motivkonflikte einer sportlichen Inappetenz. Optimismus bzw. Zweck oder Wunschdenken sind dabei genauso unangebracht wie unberechtigte Skepsis oder Pessimismus.

Denken wir Ärzte immer daran, daß jeder Patient, besonders der chronisch Kranke, während der jahrelangen Behandlung einmal auf einen Kollegen treffen wird, welcher der Bewegungstherapie skeptisch, wenn nicht gar ablehnend gegenübersteht. Diese Meinung einer „ärztlichen Autorität“ ist schwierig abzubauen, der Patient macht sie rasch zu eigenen. Eine solche, dem Kranken gegenüber geäußerte negative Einstellung zum Sport im allgemeinen, zur Bewegungstherapie im besonderen, erwächst entweder aus der Unkenntnis, was Bewegungstherapie will, dem kann man relativ leicht abhelfen oder aber – und das wird häufiger der Fall sein – aus der fehlenden eigenen Motivation des Therapeuten zu bewegungsfreudigem Verhalten.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Wolfgang Pohl v. Eibwehr,
Oskar-von-Miller-Ring 31, 8000 München 2
und
Lilo Hofmann, Birkensteig 31, 8960 Kempten

Diagnose und Therapie bei Arteriosklerose - Prostataerkrankungen Depressionen.- Herzrhythmusstörungen

27. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Die Großveranstaltung am Berliner Funkturm — die ab 1979 in dem noch im Bau befindlichen neuen internationalen Kongreß-Zentrum stattfinden wird —, die zugleich deutscher zahnärztlicher Fortbildungskongreß sowie Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und Krankenpfleger war, wurde wiederum von Professor Dr. G. Schettler, Heidelberg, geleitet. In seiner **Eröffnungsansprache** machte der Kongreßpräsident einige kritische Bemerkungen zur studentischen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung, wobei er die Auffassung vertrat, daß die Einbeziehung der akademischen Lehrkrankenhäuser zumindest in den zweiten klinischen Studienabschnitt eine absolute Notwendigkeit ist, vor allem, um die Belastung des Patienten erträglich zu machen und die studentischen Gruppen zu verkleinern. Darüber hinaus müßten die hochschulklinischen und akademischen Lehrkrankenhäuser sofort wieder die Möglichkeit erhalten, Famulaturen durchzuführen, wovon sie nach der zweiten Verordnung ausgeschlossen sind. Nach dieser noch gültigen Verordnung kann die Famulatur in Dienststellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in einer werks- oder betriebsärztlichen Einrichtung, beim Truppenarzt oder in der ärztlichen Praxis ausgeübt werden. Professor Schettler meinte hierzu, es habe wenig Sinn, wenn der Student ohne entsprechendes Basiswissen in solchen, sehr speziellen Einrichtungen famulieren soll. Die Tätigkeit beim niedergelassenen Arzt könne durchaus sinnvoll sein, aber erst dann, wenn das entsprechende Basiswissen vorhanden ist. Außerdem müsse erst noch geprüft werden, wieviele der niedergelassenen Kollegen Zeit und Neigung haben, eine systematische Ausbildung von Studenten im ersten und zweiten klinischen Studienabschnitt durchzuführen.

Zu dem breitgefächerten wissenschaftlichen Programm des Berli-

ner Fortbildungskongresses gehörte eine Vortragsreihe über die Arteriosklerose als Systemkrankheit aus der Sicht des praktischen Arztes. Hierbei kam u. a. Professor Dr. U. Gleichmann, Bad Oeynhausen, zu Wort, der über die **Ergebnisse der operativen Behandlung der koronaren Herzerkrankung und ihre Rückwirkung auf die Indikation zur Operation** berichtete. Als besonderer Prüfstein für die Indikation zur Koronarchirurgie gilt die Frage, ob hierdurch eine Lebensverlängerung erreicht werden kann. Während sich bei einem retrospektiven Vergleich hinsichtlich der langfristigen Überlebensquote günstige Resultate für die Operationsgruppe ergeben haben, konnten diese Ergebnisse in zwei prospektiven, randomisierten Studien nicht einwandfrei nachgewiesen werden. Gestützt auf die Ergebnisse einiger Langzeitstudien in den USA, die allerdings noch nicht abgeschlossen sind, bezeichnete Professor Gleichmann die medikamentös unzureichend kontrollierte stabile Angina pectoris mit einer Ein-, Zwei- und Drei-Gefäßerkrankung und guter oder nur mäßig gestörter Ventrikelfunktion als eine sichere Indikation zur Koronarchirurgie. Im allgemeinen sollten nur solche Patienten einem chirurgischen Eingriff zugeführt werden, bei denen trotz adäquater medikamentöser Behandlung eine Angina pectoris Grad II bis III besteht; nur beim Vorliegen einer Stammstenose kann man diesen Gesichtspunkt etwas weniger stark werten.

Eine andere Situation liegt bei der instabilen Angina pectoris vor, die als Zwischenstadium zwischen stabiler Angina pectoris und Myokardinfarkt zu gelten hat. Wenn manche Kardiologen unter dem Aspekt, einen akuten Herzinfarkt mit seinen oft tödlichen Konsequenzen zu verhindern, in der Akutphase die Indikation zur Koronarchirurgie stellen, so konnten Conti und Mitarbeiter in einer großen randomisierten Studie

zeigen, daß die operative Behandlung in der Akutphase hinsichtlich Mortalität und Auftreten eines infarktes nicht die erwarteten günstigen Ergebnisse erbrachte. Professor Gleichmann leitete hieraus die Empfehlung ab, daß Patienten mit instabiler Angina pectoris zunächst einmal zur optimalen Überwachung auf eine Intensivstation aufgenommen und medikamentös behandelt werden sollten. Nach Übergang in eine stabile Phase sollte dann eine weitere Abklärung mittels Koronarangiographie erfolgen; eine Operationsindikation sollte in solchen Fällen nach den Kriterien der stabilen Angina pectoris vorgenommen werden.

Aus dem Vortrag von Professor Dr. H. Reisner, Wien, über **Diagnose und konservative Therapie bei zerebralen Durchblutungsstörungen** war zu entnehmen, daß bei den chronischen zerebralen Hypoxidosen verschiedene Pharmaka eingesetzt werden können, für die wieck neuerdings die Bezeichnung „zerebrale Antihypoxidotika“ eingeführt hat. Diese Substanzen weisen unterschiedliche Wirkqualitäten auf und haben entsprechend auch verschiedene Indikationsgebiete. Prinzipiell muß man zwischen arteriosklerotisch- und senil-bedingten Abbauprozessen unterscheiden, bei denen ein unterschiedliches Ansprechen auf diese Pharmaka zu erwarten ist. Nach den Angaben von Professor Reisner kann man die zerebralen Antihypoxidotika grob in drei Gruppen einteilen:

Zur ersten Gruppe gehören Substanzen, welche die Fließeigenschaften des Blutes verbessern sowie Osmotherapeutika. Während Antikoagulantien und Fibrinolytika bei zerebralen Gefäßerkrankungen wegen der dabei bestehenden Blutungsgefahr nicht mehr eingesetzt werden, hat die Verwendung von Thrombozyten-Aggregationshemmern, und zwar vorwiegend als

vorbeugende Maßnahme, zunehmende Bedeutung erlangt. Die Fließeigenschaften des Blutes können durch Dextrane positiv beeinflusst werden, während Mannit und Sorbit enthaltende Pharmaka osmotherapeutisch wirken.

Unterschiedlich und vorwiegend kritisch beurteilt werden die zur zweiten Gruppe gehörenden vasoaktiven Medikamente, von denen etwa zwei Dutzend auf dem deutschen Markt sind. Sie können allenfalls bei den chronischen Hypoxidosen auf arteriosklerotischer Basis gewisse Effekte haben.

In der dritten Gruppe sind Pharmaka enthalten, welche den Stoffwechsel der Nervenzellen stimulieren und besonders deren Glucose-Aufnahme steigern sollen. Hierzu gehören u. a. Piracetam (Nootrop, Normabrain), Pyritinol (Encephabol) sowie Centrophenoxin (Helfergin); von letzterem wußte Professor Reiser zu berichten, daß er dieses Mittel seit 20 Jahren kenne und damit günstige Erfahrungen gemacht habe. Aufgrund ihrer Wirkungsmechanismen sei von den Substanzen dieser Gruppe am ehesten bei solchen zerebralen Krankheitsprozessen ein Effekt zu erwarten, die mit degenerativen, durch primäre Störung des Stoffwechsels der spezifischen nervösen Strukturen entstandenen Veränderungen einhergehen.

In seinem Vortrag über **Diagnose und Behandlung der Prostataerkrankungen** wies Professor Dr. H. Marberger, Innsbruck, darauf hin, daß die Vorsteherdrüse ein in einem komplizierten Entwicklungsgang entstandenes, relativ kompliziert gebautes Organ ist, welches sich als besonders störanfällig erweist. Alle Veränderungen der Prostata, seien sie entzündlicher, hyperplastischer oder neoplastischer Natur, können nach der Pubertät in allen Lebensaltern die Blasenentleerung stören und so typische Miktions Symptome hervorrufen.

Bei der Diagnose der durch Prostatavergrößerung entstandenen Blasenhalsostruktion sind Anamnese und klinischer Befund, Palpation der Blase und Rektaluntersuchung die wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel. Das Labor informiert zwar über Blut, Eiweiß und Retention harnpflichtiger Substanzen sowie über

grobe Verschiebungen im inneren Milieu, doch kann es zur Diagnostik dieser Erkrankung nicht allzuviel beitragen. Ein Anstieg stickstoffhaltiger Substanzen im Blut tritt oft erst terminal auf. Durst und Appetitlosigkeit bei obstruktiven Miktionsbeschwerden, auch wenn diese nur diskret sind, sollten bei einem Patienten im „prostatistischen Alter“ stets die Vermutungsdiagnose einer Blasenhalsostruktion aufkommen lassen und zu einer entsprechenden Abklärung durch den Facharzt führen.

Wie Professor Marberger weiter ausführte, besteht die Therapie der sogenannten Prostatahypertrophie zunächst in einer präoperativen Behandlung, d. h. in der Beseitigung oder Korrektur von obstruktionsbedingten Veränderungen, wozu gewöhnlich ein Dauerkatheter, Ersatz von bestehenden und laufenden Verlusten sowie Wasser- und Elektrolytbilanzierung erforderlich sind. Als nächstes muß dann das Abflußhindernis operativ beseitigt werden; hier hat die transurethrale Prostatektomie in den letzten Jahren die offene Prostatektomie in den Hintergrund gedrängt, weil durch diese Operationstechnik Mortalität und Morbidität wesentlich reduziert werden konnten.

Das Prostatakarzinom ist nach den Ausführungen des Innsbrucker Urologen eine Erkrankung, der ein Mann nicht entrinnen kann, wenn er nur alt genug wird: Bei 90jährigen fand man in 92 Prozent ein manifestes Karzinom, bei einem Fünftel der 40jährigen zumindest eine Karzinomanlage. Für den niedergelassenen Arzt sei es wichtig zu wissen, daß das Prostatakarzinom in etwa 80 Prozent der Fälle bei der Rektaluntersuchung entdeckt werden kann, und daß jeder harte Knoten in der Peripherie dieser Drüse in etwa der Hälfte der Fälle ein Karzinom ist. Im Gegensatz zu früher wird die Behandlung des Prostatakarzinoms heute mehr nach Grad und Stadium der Erkrankung ausgerichtet, eine Radikaloperation gilt nur im Frühstadium als indiziert, in fortgeschrittenen Fällen wird eine Hormontherapie durchgeführt, beispielsweise mit dem Östradiolderivat Estradurin. Die operative Entfernung der Hoden — im Sinne einer ablativen Hormonbehandlung — ist nach wie vor eine der wichtigsten Therapie-

maßnahmen beim Prostatakarzinom.

Professor Dr. K. Kryspin-Exner, Innsbruck, wies in seinem Vortrag über **endogene und exogene Depressionen** darauf hin, daß die endogene (man sollte hier besser von „endomorph“ sprechen) Depression nicht obligat mit einer traurigen Verstimmung einhergehen muß, wie dies oft angenommen wird. Die Gleichsetzung des Wortes „Depression“ mit „Traurigkeit“ sei einer der grundlegenden Irrtümer, die immer wieder dazu führen, daß depressive Zustandsbilder verkannt und nicht einer zweckmäßigen Behandlung zugeführt werden. Die Depression gilt nach moderner Auffassung als eine Minderung der Funktion, als Herabsetzung der Leistung, hingegen scheint die traurige Verstimmung bereits auf einer anderen Ebene eine Verarbeitung dieser Funktionsminderung zu sein, die durchaus nicht in allen Fällen vorkommen muß.

Wie der Innsbrucker Psychiater weiter ausführte, sind Störungen der Befindlichkeit und Leistungsdefizienz bzw. Mißempfindung in Form der „Losigkeitssymptome“ (Freudlosigkeit, Energielosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit) für eine endomorphe Depression auch dann kennzeichnend, wenn sie maskiert durch körperliche Symptome (negative Vitalgefühle) in Erscheinung tritt. Weitere Symptomengruppen, die für die Diagnose einer endogenen Depression wesentlich sind, sind die Störungen des Biorhythmus, die Durchschlafstörung, das frühe Erwachen sowie das morgendliche „Pessimum“. Von nicht geringerer Bedeutung sind die vegetativen Symptome wie Mundtrockenheit, Obstipation, Libidoverlust und Schweißausbrüche. Hingegen ist die reaktive Depression mehr durch die traurige Verstimmung und durch das Parallelgehen mit der Umweltsituation gekennzeichnet.

In der anschließenden Diskussion wurde Professor Kryspin-Exner nach den Behandlungsmöglichkeiten bei der neurotischen Depression gefragt. Er gab zur Antwort, daß diese Erkrankungsform die Domäne der Psychotherapie ist, wobei jedoch Tranquilizer unterstützend eingesetzt werden können. Nicht selten seien aber bei neurotischen Depres-

sionen endomorphe Züge (z. B. morgendliches Pessimismus und vegetative Symptome) mitbeteiligt. Solche Zustände sprechen erfahrungsgemäß gut auf die sogenannte Zweizügeltherapie an, nämlich auf eine Kombination eines Neuroleptikums vom Typ des Fluanxol in geringer Dosis mit einem Antidepressivum mittlerer Wirkungsstärke, wie etwa Noveril, ebenfalls in geringer Dosierung.

In seinem Vortrag über die **Behandlung von Herzrhythmusstörungen** mußte Professor Dr. F. Bender, Münster, einräumen, daß man von dem therapeutischen Ideal einer Zuordnung eines speziellen Präparates zu einer ganz spezifischen Rhythmusstörung noch weit entfernt ist. Immerhin sei es möglich, eine gewisse Differentialtherapie zu treiben, indem man den vom Sinus, vom Vorhof, von den AV-Knoten und von den Kammern ausgehenden Arrhythmien Präparate der „ersten Wahl“ zuordnet. Fast alle Pharmaka wirken auf Kammerarrhythmien günstig, am besten Aprindin (Amidonal) und Ajmalinbitartrat (Neo-Gilurytmal). Hingegen sind bei Sinustachykardien außer einigen unspezifischen Pharmaka Beta-Blocker primär indiziert, z. B. beim hyperkinetischen Herzsyndrom und in der hyperthyreoten Krise. Die Präexzitation beim WPW-Syndrom läßt sich im allgemeinen durch Aprindin und Ajmalinbitartrat gut beseitigen, auch die hierbei bestehende Tachykardie-neigung.

Wegen der nicht unbeträchtlichen inter- und intraindividuellen Schwankungen läßt sich die effektive Wirkdauer der verschiedenen Antiarrhythmika nur schwierig beurteilen. Man muß davon ausgehen, daß bei demselben Individuum die zur Rhythmusstörung führenden Faktoren vegetativ-hormonalen und oft auch zirkadianen Einflüssen unterliegen, wobei Stress, Mahlzeiten, Schlaf sowie tägliche Erlebnisse im Beruf und in häuslicher Umgebung verstärkend oder vermindern auf die Häufigkeit der Extrasystolen und auch auf die Auslösung oder Beseitigung beispielsweise des paroxysmalen Vorhofflimmerns wirken können.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkammer Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

Menschen in Lebensgefahr

Wie können wir Krisensituationen geistig behinderter oder seelisch kranker Mitbürger meistern helfen?

von Winfried Schmitz

Bei konkreter Gefahr für den Kranken oder seine Umgebung: Hilfe durch das Bayerische Verwahrungsgesetz. Bei krankheitsbedingter Unzulänglichkeit, die zur Gefahr werden kann: Hilfe durch Errichtung einer Gebrechlichkeitspflegschaft gemäß § 1910 BGB. Gebrechlichkeitspflegschaften müssen in Eilfällen innerhalb weniger Stunden errichtet werden können; mehr Bürger sollten sich daher zur Übernahme von Pflegschaften bereit erklären — notfalls muß eine Amtspflegschaft einspringen. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften auf Landkreisebene sollten das Schicksal geistig oder seelisch Gebrechlicher erleichtern.

Es vergeht kaum eine Woche, da uns im Lokalteil der Tageszeitungen nicht mitgeteilt wird, daß ein älterer Mensch in seiner Wohnung unerwartet tot aufgefunden wurde oder daß jemand den Freitod gewählt hat. Wir sind dann allzu bereit, ein solches Geschehen als schicksalsgegeben hinzunehmen. Häufig lassen sich derartige Todesfälle nicht verhindern, weil nicht jede geistig-seelische Notlage eines Menschen von seiner Umgebung schnell genug erkannt werden kann. Vielfach werden solche Notsituationen aber rechtzeitig bemerkt, und trotzdem müssen diese Menschen, deren Lebensuhr noch nicht abgelaufen wäre, sterben, da die notwendige Hilfe von außen zu lange auf sich warten läßt.

Welche Unterstützung können wir Menschen geben, die infolge Schwäche ihrer geistigen Kräfte oder seelischer Krankheit nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten in ihrem wohlverstandenen Interesse zu regeln, die unter Umständen sogar krankheitsbedingt zur Gefahr für sich oder ihre Umgebung werden? Eine solche Gefahr wird allerdings vom Laien zumeist erheblich überschätzt; die weitausgrößere Gefahr des Menschen für den Menschen geht vom geistig-seelisch Ge-

sunden aus! Verschwindend klein ist der Prozentsatz geistesgestörter Täter in den Kriminalstatistiken, die Rauschgiftbeschaffungskriminalität Drogenabhängiger vielleicht ausgenommen.

Falls sich eine Gefahr für den Kranken oder dessen Umgebung konkret abzeichnet, z. B. durch Androhung oder Versuch eines Selbstmordes, oder wenn durch das Verhalten eines Geisteskranken, Geistesschwachen, Rauschgift- oder Alkoholsüchtigen Leib oder Leben einer anderen Person bedroht ist oder fremde Sachwerte in Gefahr sind, treffen die Voraussetzungen des Bayerischen Verwahrungsgesetzes zu. In der akuten Gefahrensituation muß die Polizei gerufen werden, die den Kranken gemäß Art. 5 Abs. 1 des Bayerischen Verwahrungsgesetzes sofort in ein Nervenkrankenhaus bringen kann. Sollte eine derartige Gefahr nach Auffassung der Polizei nicht bestehen, trotzdem aber selbst- oder gemeingefährliches Verhalten des Patienten nicht auszuschließen sein, wird geprüft, ob die Voraussetzungen des Verwahrungsgesetzes dennoch gegeben sind. Durch amtsärztliche Untersuchung, die in der Regel durch das Amt für öffentliche Sicherheit und Ordnung (Landratsamt oder Verwaltung einer kreisfreien Stadt) veranlaßt wird, muß dann geklärt werden, ob infolge Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Rauschgift- oder Alkoholsucht ein selbst- oder gemeingefährliches Verhalten des Patienten zu befürchten ist. Sollte der Arzt des Gesundheitsamtes aufgrund der Untersuchung zu dem Ergebnis gelangen, daß die Voraussetzungen des Bayerischen Verwahrungsgesetzes zutreffen, wird die Verwahrung — falls Verwaltungsbehörde (Ordnungsamt) und Amtsgericht die Auffassung des ärztlichen Gutachters teilen — auf Antrag der Verwaltungsbehörde vom Amtsgericht angeordnet. Der Patient, der zumeist krankheitsbedingt die notwendige

Irritationen der Harnblase ein multikausales Geschehen

hormonal

bakteriell

funktionell

radiogen

Carito[®]

der problemlose Weg zur mictio normalis

Durch seine Komplexwirkung:

- spasmolytisch
- tonisierend
- antiphlogistisch
- antiödematös
- diuretisch
- antibakteriell

erweist sich Carito als wirksames Therapeutikum bei dysurischen Beschwerden jedweder Genese.

1/79

Zusammensetzung: Eine Kapsel enthält: Extr. Rad. Pereirae bravae spir. 3,286 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 9,862 mg, Extr. Fol. Damianae spir. 4,602 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 49,318 mg, Extr. Bulbus Allii cepae spir. 46,030 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 8,902 mg, Aescin 30,000 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle, hormonale und radiogene Miktionsstörungen, Zystitis, Infekte der Harnblase, Prophylaxe und Therapie der Harnwegsinfekte nach urologischen und gynäkologischen Eingriffen.

Unverträglichkeiten und Risiken: Im ersten Trimenon der Schwangerschaft und bei schwerer Pankreatitis soll Carito nicht angewandt werden.

Allergische Reaktionen durch Carito sind bisher nicht bekannt geworden. Carito kann gleichzeitig mit Herz- und Kreislaufmitteln eingenommen werden, ohne

daß eine Wirkungsänderung der einzelnen Präparate zu erwarten ist.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Während der Therapie mit Carito, besonders in höherer Dosierung, können gelegentlich Unverträglichkeitserscheinungen im Bereich des Magen-Darmtraktes auftreten. In diesen Fällen sollte die Dosis reduziert werden (z. B. 3mal täglich 1 Kapsel).

Darreichungsform, Packungsgröße und Preise:
OP mit 60 Kapseln DM 19,42
*Stand: Juli 1979



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21

nervenärztliche Behandlung ablehnt, kann dann gegen seinen Willen in einem Nervenkrankenhaus untergebracht werden. — Soweit das Bayerische Verwahrungsgesetz, das sich in seiner Fassung aus dem Jahre 1952 unserer Ansicht nach gut bewährt hat und jetzt im Rahmen einer Novellierung den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie angepaßt werden soll.

Wie indes können wir Menschen zur Seite stehen, deren Krankheit keine konkrete Gefahr für sie selbst oder ihre Umgebung aufzeigt und die somit nicht im Rahmen des Bayerischen Verwahrungsgesetzes einer notwendigen stationären nervenfachärztlichen Behandlung oder anderen Bewahrung zuzuführen sind, die aber infolge geistig-seelischer Störung (z. B. bei zerebralsklerotisch oder alkoholtoxisch bedingten Verwirrheitszuständen oder endogenen Psychosen) ihre Angelegenheiten nicht mehr in ihrem wohlverstandenen Interesse zu regeln imstande sind, ja, sich oder anderen möglicherweise sogar infolge krankheitsbedingter Unzulänglichkeit einen Schaden zufügen, der aber eben nicht vorhersehbar ist? Beispielsweise kann ein älterer alleinstehender Mensch, der an Zerebralsklerose leidet, infolge eines apoplektischen Insults in der Wohnung zusammenbrechen. Bis es den Nachbarn auffällt, daß etwas nicht stimmt, kommt für den Betroffenen möglicherweise jede Hilfe zu spät. — Derart gebrechliche Menschen sind häufig auch nicht mehr in der Lage, den Umgang mit dem Feuer zu kontrollieren: Manch ein Hilfloser ist schon infolge krankheitsbedingter Unbedachtsamkeit in seinem Bett verbrannt und hat zusätzlich andere Personen in Gefahr gebracht, außerdem erhebliche Sachwerte vernichtet!

Solchen Gebrechlichen fehlt oft die Einsicht, daß sie nicht mehr auf sich allein gestellt leben können; sie lehnen — was andererseits in gewissem Sinne verständlich sein mag — eine Heimunterbringung ab, obwohl sie in ihrer bisherigen Umgebung nicht zurechtkommen und von anderen Menschen (z. B. über ambulante Pflege durch einen Sozialdienst) nicht ausreichend zu betreuen sind. Diesen Kranken kann über die Errichtung einer Gebrechlichkeitspflegschaft gemäß § 1910 BGB (Beantragung beim zuständigen Amtsgericht) geholfen werden. Im zweiten Absatz des genannten Paragra-

phen heißt es: „Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.“ Die Pflegschaft darf dann gemäß Abs. 3 des § 1910 BGB nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Wir können also über die Gebrechlichkeitspflegschaft einem Menschen helfen, der krankheitsbedingt den für ihn lebensnotwendigen Weg zu erkennen nicht mehr in der Lage ist; eine Krankenhauseinweisung oder Heimunterbringung ist dann über die Errichtung einer Pflegschaft mit dem Wirkungskreis der Aufenthaltsbestimmung und der Gesundheitsfürsorge möglich, auch wenn der Kranke infolge seiner durch Geistesschwäche oder seelische Erkrankung bedingten Unfähigkeit zur richtigen Wahrnehmung seiner Interessen in der bisherigen Umgebung bleiben möchte, was schließlich den Untergang für ihn bedeuten würde. Diese Hilfe gegen den Willen des Gebrechlichen kann — wie bereits erwähnt — nur gewährt werden, wenn eine Verständigung über das Wesen der Pfleg-

schaft nicht möglich ist. In besonders dringlich gelagerten Fällen muß die Pflegschaft zur Vermeidung einer Gefahr für den Kranken (und als Nebeneffekt unter Umständen auch zur Vermeidung einer Gefährdung der Umgebung) schnellstens errichtet werden, unseres Erachtens sogar innerhalb weniger Stunden, was im Landkreis Bad Kissingen möglich ist. Wir haben aber anderenorts im Jahre 1978 die Erfahrung gemacht, daß auch in Eilfällen die Pflegschaftserrichtung Wochen, ja sogar Monate dauerte: Bei einigen Patienten kam es trotz frühzeitigen Bekanntwerdens ihrer geistig-seelischen Krisensituation (und der damit verbundenen Hilflosigkeit) und rechtzeitiger Beantragung der Pflegschaftserrichtung zum tödlichen Ausgang, in einem Fall zusätzlich zu schwerem Schaden für die Umgebung, weil sich niemand zur Übernahme der Pflegschaft bereit erklärte.

Es ist bedauerlich, wenn ein Kranker, dessen kritische Situation der Umgebung unbekannt ist, infolge geistiger Umnachtung umkommt. Unverantwortlich ist jedoch, wenn es bei bekannter Notsituation des Patienten nicht gelingt, die Katastrophe abzuwenden, nur weil sich in unserer Gesellschaft (z. B. in der Gemeinde des Patienten) niemand findet, der das Amt eines Gebrechlichkeitspflegers übernimmt, um dem Menschen in Not umgehend zur Seite zu stehen. Unser Appell gilt daher dem Mitbürger: In jeder Stadt und jeder Gemeinde sollten für den Notfall Listen bereitliegen, in die sich Bürger eingetragen haben, die einem Gebrechlichen ihre Hilfe als Pfleger geben wollen. Da dieser Aufruf an die christliche Nächstenliebe womöglich nicht ausreichend gehört wird, ist es dringend notwendig, daß zusätzlich bei Landratsämtern und Verwaltungen der kreisfreien Städte geeignete Personen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, die in Eilfällen umgehend eine Pflegschaft von Amts wegen zu übernehmen hätten. Unseres Erachtens kämen für diese Aufgabe besonders Sozialarbeiter in Betracht.

Die Jugendämter, die — wie der Name schon sagt — eigentlich ein ganz anderes Aufgabengebiet haben, übernehmen derzeit solche Amtspflegschaften für Erwachsene. Nach unserer Feststellung sind die Jugendämter häufig personell zu „sparsam“ besetzt, um noch nebenbei die oft nicht einfachen, zeitlich

Sonderpostwertzeichen mit
Zuschlägen

FÜR DIE JUGEND '79



vom 5. April bis 28. September
an den Postschaltern

Ihre Hilfe

für behinderte und
benachteiligte Kinder
und Jugendliche —

**verwenden Sie
Jugendmarken**

drängenden und langwierigen Arbeiten im Rahmen einer Amtspflegschaft verrichten zu können. Unser Aufruf ist daher auch an die Landräte und Oberbürgermeister gerichtet, im Interesse der hier angesprochenen Kranken Abhilfe zu schaffen.

Vielfach werden Angehörige der Patienten sofort zur Übernahme der Pfllegschaft bereit sein. In manchen Fällen, wenn keine geeigneten Verwandten vorhanden sind, wird es vielleicht mit der Zeit gelingen, einen Bürger aus der Gemeinde des Gebrechlichen zur Übernahme der Pfllegschaft zu gewinnen; sollte hier aber besondere Eile geboten sein, müßte zunächst umgehend der „Pfleger von Amts wegen“ die Gebrechlichkeitspfllegschaft übernehmen und sie dann nach Durchführung der dringlichsten Maßnahmen (z. B. Einweisung in ein Krankenhaus oder ein Heim) an einen ehrenamtlichen Pfleger übergeben. Es kann jedoch nicht Aufgabe des öffentlichen Dienstes sein, nahezu sämtliche anfallenden Pfllegschaften zu übernehmen. Die Amtspflegschaft kann nur als unterstützende Maßnahme in besonders dringlichen Fällen angesehen werden, wenn bei der gebotenen Eile keine andere Person als Pfleger gefunden wird; die Verpflichtung des Bürgers zur Übernahme dieses Amtes bleibt unangetastet.

Die Pfllegschaft wird bei schnellem Einsatz (Errichtung innerhalb weni-

ger Stunden) ein ideales Mittel sein, um geistig geschwächten oder seelisch kranken Mitbürgern in Krisensituationen, die nicht in die Zuständigkeit des Bayerischen Verwahrungsgesetzes fallen, wirksame Hilfe zu bringen.

Außerdem sollte die Arbeit der Institutionen, die zur Abwendung krankheitsbedingter Gefahr bei Geisteschwachen oder seelisch Kranken zusammenarbeiten, durch Gründung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften auf Landkreisebene effektiver gestaltet werden. In diese Gremien wären u. a. aufzunehmen: Vertreter der niedergelassenen Ärzte (insbesondere Nervenärzte), des nächstgelegenen Nervenkrankenhauses, eventuell der nächstgelegenen Universitätsnervenklinik, des Gesundheitsamtes, des Amtsgerichts, der Polizei, der Sozialhilfeverwaltung, des Jugendamtes, der Fachstellen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege (z. B. der Psychisch-Krankenhilfe und der Sozialdienste zur ambulanten Krankenpflege) und Heimleiter. Ziel der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft müßte sein, dringende Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke (Patienten mit endogener Psychose, mit Suchtkrankheiten und Patienten mit altersbedingten geistig-seelischen Störungen) zu koordinieren und die Durchführung der eingeleiteten Maßnahmen zu überwachen. Ausreichende nachgehende

Fürsorge wäre hier notwendig, eine Aufgabe, die auch von in psychiatrischen Kurzlehrgängen geschulten Schwestern der ambulanten Krankenpflege übernommen werden könnte; dieses Fachpersonal hätte die für seelisch Kranke so notwendige Medikamenteneinnahme zu überwachen und eventuell bereits den Beginn einer Krisensituation festzustellen, um so noch vor Ausbruch der Krise die benötigte ärztliche oder sonstige Hilfe anzufordern. Solche präventiven Maßnahmen könnten wohl auch die Häufigkeit stationärer Einweisungen bei chronischen Psychosen reduzieren.

Der Zusammenschluß aller mit der Betreuung geistig oder seelisch Kranker Befassten zu einer wirkungsvollen Einrichtung auf Landkreisebene erscheint uns für die Zukunft noch dringlicher, da die Zahl Suchtkranker nicht abnehmen wird und infolge der längeren Lebenserwartung unserer Bevölkerung die geriatrisch-psychiatrischen Probleme in steigendem Maße eine nachgehende Fürsorge und ambulante pflegerische Betreuung fordern.

Anschrift des Verfassers:

Medizinaloberrat Dr. med. Winfried Schmitz, Staatliches Gesundheitsamt, Salinenstraße 1, 8730 Bad Kissingen

preisgünstig

30 g Tube

13,40

Hefe-
spezifisches
Antibiotikum

Candida Lokalicid[®] Creme

Antimikrobielle Nystatin-Creme mit spezifischer Wirkung gegen Hefen, sowie mit fungistatischem und bakterizidem Effekt.

Indikationen:
hochwirksam bei allen Arten von Hefeinfektionen (Candidiasis, Moniliasis) der Haut und der Schleimhaut, der Nägel und der behaarten Körperstellen. Außerdem bei Interdigitalmykosen, Balanitis, anorektalem Syndrom und Vulvitis.
Durch den Zusatz von Chlorhexidin-hydrochlorid werden grampositive und gramnegative Keime abgetötet. Eine Einwirkung auf Bakteriensporen erfolgt nicht.

Kontraindikationen:
Allergie gegenüber einem der Wirkstoffe.
Zusammensetzung:
100 g Creme enthalten: 10 Mill. I.E. Nystatin, 1,0 g Chlorhexidin-hydrochlorid, 0,5 g Dexpantenol.
Handelsformen:
O.P. 30 g Tube DM 13,40



DORSCH & CO. KG.
8000 MÜNCHEN 70

Entwurf eines Transsexuellengesetzes

von W. Weibauer

Die Bundesregierung hat den Entwurf eines Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz) beschlossen, der auch aus medizinischer Sicht von Interesse ist.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Die Probleme des Transsexualismus werden in Medizin und Recht seit mehr als einem Jahrzehnt lebhaft diskutiert. Der Bundestag hat bereits 1976 einstimmig einen Antrag angenommen (B T Drucks. 7/4940 und 7/52474), in dem die Bundesregierung gebeten wird, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der bestimmt, daß im Falle von Geschlechtsumwandlungen durch genitalverändernde Operationen oder andere medizinische Eingriffe in einem gerichtlichen Beschluß festgestellt wird, ob und von welchem Zeitpunkt ab eine Person auch rechtlich als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist.

Den unmittelbaren Anlaß für die Einleitung des Gesetzgebungsverfahrens gab jedoch der Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Oktober 1978 – 1 Bv 16/72 –. Er hob eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 21. September 1971 (BGHZ 57,63) auf, die davon ausging, daß dem Antrag, eine Geschlechtsänderung bei einem männlichen Transsexuellen nach genitalverändernder Operation im Geburtenbuch einzutragen, mangels einer gesetzlichen Grundlage nicht stattgegeben werden könne. Das Bundesverfassungsgericht sah durch diese Entscheidung das Grundrecht des Beschwerdeführers aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes verletzt. Diese Grundrechte gebieten es nach der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, die Eintragung des männlichen Geschlechts eines Transsexuellen im Geburtenbuch jedenfalls dann zu berichtigen, wenn es sich nach den medizinischen Erkenntnissen um einen irreversiblen Fall von Transsexualismus handelt und eine geschlechtsanpassende Operation durchgeführt worden ist.

Solange eine gesetzliche Regelung fehle, seien die Gerichte von Verfassung wegen verpflichtet, die Änderung der Geschlechtsangabe im Geburtenbuch anzuordnen. Eine gesetzliche Regelung der Geschlechtsumwandlung und ihrer Auswirkungen sei jedoch im Interesse der Rechtssicherheit geboten.

Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltung sind an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und die ihr zugrunde liegende Auslegung der Grundrechte gebunden. Damit ist dem Gesetzgeber das „Mindestprogramm“ einer gesetzlichen Lösung vorgegeben.

Das Konzept des Regierungsentwurfes

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung unterscheidet zwischen einer „kleinen“ und einer „großen“ Lösung.

Die *kleine* sieht vor, daß die Vornamen eines Volljährigen, der sich aufgrund seiner transsexuellen Prägung nicht mehr dem in seinem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, nach seinen Vorstellungen zu leben, auf seinen Antrag durch gerichtliche Entscheidung zu ändern sind, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß sich sein Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändert. Die gerichtliche Entscheidung ist auf seinen Antrag aufzuheben, wenn der Antragsteller sich wieder dem in seinem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht als zugehörig empfindet; er führt dann wieder die ursprünglichen Vornamen.

Die *große* Lösung sieht ein gerichtliches Verfahren vor, in dem festgestellt werden kann, daß die antragstellende Person als dem anderen Geschlecht zugehörig angesehen wird. Die Antragsteller müssen die Voraussetzungen der „kleinen“ Lösung erfüllen. Darüber hinaus gelten folgende erschwerende Voraussetzungen: Sie müssen mindestens 25 Jahre alt sein, sie dürfen nicht mehr fortpflanzungsfähig sein und

müssen sich einem die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen haben, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

Anders als die Entscheidung über die Änderung der Vornamen hat die „große“ Lösung weittragende rechtliche Folgen: Von der Rechtskraft der Entscheidung an, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, sollen sich seine vom Geschlecht eabhängigen Rechte und Pflichten nach dem neuen Geschlecht richten, soweit nicht durch Gesetz etwas anderes bestimmt ist. Ist der Antragsteller verheiratet, so wird mit der Rechtskraft der Entscheidung seine Ehe aufgelöst. Das Rechtsverhältnis zwischen dem Antragsteller und seinen Eltern sowie zwischen ihm und den vor der Rechtskraft empfangenen oder angenommenen Kindern (und deren Abkömmlingen) bleibt dagegen unberührt. Unberührt bleiben sollen auch bestehende Ansprüche auf Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen.

Die Problematik der kleinen Lösung

Der Vorname muß nach geltendem Recht dem im Geburtseintrag angegebenen Geschlecht entsprechen; eine Ausnahme gilt insoweit, als Knaben den Beivornamen „Maria“ enthalten dürfen. Die Änderung der Vornamen und der Geschlechtsangabe des Transsexuellen im Geburtseintrag soll mit dazu beitragen, Schwierigkeiten hinsichtlich der Geschlechtsidentifizierung im sozialen Leben zu beseitigen und damit zugleich Störungen im personalen Selbstverständnis der betroffenen Personen abzubauen (II.2 der Begründung des Regierungsentwurfes).

Ob dieses Ziel im Rahmen der kleinen Lösung erreicht werden kann, erscheint freilich zweifelhaft. Da die Änderung der Vornamen keinen die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden Eingriff voraussetzt, wird sie wegen des abweichenden äußeren Erscheinungsbildes im sozialen Zusammenleben geradezu zwangsläufig zu äußeren Konfliktsituationen führen, die bei den Betroffenen erneut Identitätskrisen auslösen.

Da es echte Transsexuelle (ihre Zahl soll in der Bundesrepublik Deutschland bei etwa 5000 liegen) ohnehin

danach drängt, ihr äußeres Erscheinungsbild dem Geschlecht anzupassen, dem sie sich zugehörig fühlen, kann die genitalverändernde Operation wohl auch nicht als übermäßig belastende Voraussetzung verstanden werden. Die Gefahr einer Sogwirkung auf junge Menschen, die sich in ihrer inneren Geschlechtszuordnung noch unsicher sind, ist bei der kleinen Lösung unverkennbar. Insbesondere für die Gruppe der 18- bis 25jährigen soll sie nach der Konzeption des Gesetzentwurfs aber offenbar als eine Art „Teststadium“ eröffnet werden.

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat im ersten Durchgang (Beschluß vom 16. Februar 1979) die Streichung der „kleinen Lösung“ und zahlreiche Änderungen vorgeschlagen. Er hat darauf hingewiesen, daß die rechtlichen Wirkungen, die sich aus der Feststellung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht auf allen Lebensgebieten ergeben, noch einer weiteren gründlichen Prüfung bedürfen.

Die Bundesregierung wird ihren Entwurf mit einer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats dem Bundestag zuleiten.

Die operativen Eingriffe

Die „große“ Lösung kann schwerwiegende Eingriffe erfordern (Veränderung der äußeren Geschlechtsmerkmale, Beseitigung der Fortpflanzungsfähigkeit). Die wirksame Einwilligung des Betroffenen setzt eine besonders gründliche ärztliche Aufklärung über Art, Bedeutung, Folgen und Risiken des in Frage stehenden Eingriffs voraus.

Wie schon dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts zu entnehmen ist, können diese Eingriffe nicht etwa trotz der Einwilligung des Betroffenen als sittenwidrig beurteilt werden. Der Arzt wird aber sorgfältig prüfen müssen, ob derjenige, der einen solchen Eingriff wünscht, ein echter Transsexueller ist und ob der innere Zwang, in der Rolle des anderen Geschlechts zu leben, als irreversibel gelten muß.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h.c. W. Weisauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Transparenzliste nicht praktikabel

Die Transparenzliste, wie sie für die Indikationsgruppe Herzinsuffizienz erstellt wurde, ist nach Form und Inhalt für die Therapieentscheidung des Arztes nicht brauchbar.

Die Transparenzliste soll dem Arzt die Möglichkeit geben, Arzneispezialitäten auf ihren therapeutischen Wert hin zu vergleichen, um unter Berücksichtigung des Preises eine Wahl für die Therapie treffen zu können.

Der Wert einer Arzneispezialität wird jedoch durch die pharmakologische, pharmazeutische und die daraus resultierende therapeutische Qualität bestimmt.

In einer Transparenzliste sollten neben den Preisangaben *alle* genannten Qualitäten einer Arzneispezialität bewertet sein.

Dem Bemühen der Transparenzkommission, dem Arzt die Wahl eines Arzneimittels für die Therapie unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation leichter zu machen, sind leider Grenzen gesetzt, die sich aus der Natur der Arzneispezialitäten ergeben, da einige wertbestimmende Größen sich schwer objektivieren und vergleichen lassen.

Das zur Zeit vorliegende Konzept für die Transparenzliste hat daher auch große Schwächen, die den Wert einer solchen Liste in Frage stellen.

In der vorliegenden Liste besteht die Bewertung der Arzneispezialität in der Preisangabe (mit Preisvergleichsbalken), in der Vergabe von pharmazeutischen Qualitätskennzeichen und eines Kennzeichens für Bioverfügbarkeit, soweit diese belegt werden konnten.

Da die pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften der Präparate nicht verglichen werden, muß ein unvollständiges Bild über den Wert einer Arzneispezialität, insbesondere bei den Kombina-

tionspräparaten, entstehen. Sie ist daher für den Arzt als Hilfe für seine Therapieentscheidung unbrauchbar.

Die Therapiesicherheit wird von der Verwendung der Liste nicht berührt

Dem Ziel der Gesundheitspolitiker, Arzneimittelrisiken zu verringern bzw. die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen, wird mit dieser Liste nicht entsprochen, da die darin enthaltenen Qualitätskennzeichen über Arzneimittelrisiken oder -sicherheit wenig aussagen.

Es besteht sogar die Gefahr, daß bei ausschließlicher Zugrundelegung der Liste – wenn eigene Erfahrungen des Arztes zurückgestellt werden – bei der Wahl einer Arzneispezialität die Risiken einer Therapie erhöht werden. Der Arzt wird verführt, sich vorwiegend an pharmazeutischen (galenischen) Qualitäten und Preisen zu orientieren.

Wenn die pharmakologischen und therapeutischen Wertigkeiten nicht in einer Liste mit einem Zahlenwert oder Kennzeichen dargestellt werden können, ist der Vergleich für den Arzt wertlos.

Unabsehbare Folgen bei den noch folgenden Listen

Optisch überbewertet wird das Kriterium des Preises.

Sollte die Erstellung der Transparenzliste in dieser Form weiterverfolgt werden und gegen alle Bedenken beim Arzt die Wahl eines Arzneimittels für die Therapie künftig mitbestimmen, ist zu befürchten, daß die Aktivitäten zur Erforschung und Entwicklung neuer, therapiesicherer Arzneispezialitäten zurückgehen.

Es ist allen bekannt, daß die Pharmaforschung viel Geld kostet und die Präparate der forschenden Firmen mit einem hohen Forschungskostenanteil belastet sind.

Diese Kosten müssen erwirtschaftet werden.

Wenn eine Transparenzliste diesen kostenträchtigen Leistungsanteil nicht ausweist, der sich in den in dem Tabellenteil der Liste nicht genannten Qualitäten verbirgt, ist jeder forschende Pharmahersteller auf dem Pharmamarkt durch diese Liste benachteiligt.

Damit kann weder dem Patienten noch uns Ärzten, die wir um Fortschritte in der Pharmakotherapie bemüht sind, gedient sein.

Professor Dr. Dr. Dieter Adam, Kinderklinik der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Götz Brandt, Wissenschaftlicher Rat am Pathologisch-anatomischen Institut, wurde zum Chefarzt an den Kliniken der Freien Hansestadt Bremen ernannt. Die Lehrbefugnis an der Universität Erlangen-Nürnberg besteht weiterhin.

Die Medizinische Fakultät der Universität hat beschlossen, Professor Dr. Robert M. Frank, Zahnmedizinische Fakultät der Louis Pasteur-Universität Straßburg, Grad und Würde eines Dr. med. dent. h. c. zu verleihen.

Professor Dr. med. L. Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde von der British Society of Gastroenterology zum Ehrenmitglied gewählt.

Bayerisches Ärzteorchester

Konzert im Herkulesaal

Auch heuer trat das Bayerische Ärzteorchester wieder mit einem Konzert erfolgreich vor sein Publikum und erfreute Freunde und Gönner mit einem wohl gelungenen Abend am 29. Mai 1979 im Herkulesaal der Residenz in München.

Felix Mendelssohn-Bartholdy

Am Anfang stand „Die Hebriden oder die Fingalshöhle“, Konzertouvertüre in h-Moll op. 26 von Felix Mendelssohn-Bartholdy. Einen allzu leichten Einstieg in das Programm des Abends hatten sich die Musiker mit dieser Ouvertüre sicherlich nicht gewählt: Viel Romantik, aber auch viel Blässe, düstere „klassisch dumpfe“ Themen, aufgeheiterte Seitensätze, Pauken und zitternde Tremoli der Streicher. Das Bayerische Ärzteorchester ließ auch am Anfang eine gewisse Befangenheit spüren, die Reinhard Steinberg jedoch durch ruhige Führung und ein deutlich akzentuierendes Gespür für Romantik rasch ausgleichen konnte. Abgesehen von ein paar „Gicksern“ bei den Hörnern, die ein Kobold an diesem sehr heißen Sommerabend angerichtet haben mußte, spielte sich das Orchester rasch in gute Form und folgte seinem Dirigenten zu dem imponierend aufgebauten Schluß mit Hingabe und Akkuratense. Großes Lob für die Bläser!

Francis Poulenc

Fesselndes Kernstück des Abends war das Konzert für Orgel, Pauken und Streicher in g-Moll (1938) von Francis Poulenc, mit dem Edgar

Krapp (Orgel), Reinhard Steinberg und das Bayerische Ärzteorchester zugleich einen Leckerbissen und ein Lehrstück aus dem musikalischen Schaffen dieses Jahrhunderts boten, ein Verdienst, das so mächtige und interpretationskompetente „Musikvermittler“ wie der Bayerische Rundfunk zu allgemein genießbaren Sendezeiten sorglos verschenken.

Zur geistesgeschichtlichen Ortung: Francis Poulenc (1899 bis 1963), Nachfahre in musikalischen Denk- und Ausdrucksformen von Ravel, Debussy und Fauré, schloß sich nach seiner Rückkehr aus dem Weltkrieg der Gruppe der „Six“ (Coc-teau, Milhaud, Honegger, Auric, Satie, Taillefer) als jüngstes Mitglied an. Ein ausgeprägtes malerisches Sensorium führte zu dauerndem Umgang mit den aufsteigenden Größen der damaligen Malerei: Picasso, Chagall, Miró, Klee, Matisse, Braque. Im Einklang mit den programmatischen Zielen der Gruppe der „Six“ ist das Werk Poulenc's antiromantisch (Zirkus- und Film-musik!), expressionistisch gefärbt, im Grunde jedoch immer durchsichtig, gesänglich und melodios. Dieser im wahren Sinne weltlichen Musik, die Poulenc selbst die Musik von Paris und den Vorstädten nennt – parisienne ou banlieusarde –, setzte eine zweite Seele in der Brust des Künstlers seit 1938 ein reiches kirchenmusikalisches Schaffen gegenüber. Zahllose Messen, Kantaten und Oratorien zeugen in der um Züge eines klaren, echt französischen Neoklassizismus' bereicherten Formensprache von einer tiefen Frömmigkeit des Komponisten (Litanies à la Vierge noire 1936 – Qua-



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian. 1,7g, Tinct. Convall. 0,8g, -Castor 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g. O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

tre petites prières de St. Francois d'Assise 1948 – Gloria 1959).

Solist, Dirigent und Orchester errangen mit der Aufführung des Konzertes für Orgel, Pauken und Streichorchester einen glänzenden Erfolg. Edgar Krapp, weit berühmter Meister seines Faches, überzeugte zusammen mit Reinhard Steinberg in diesem höchst facettenreichen und vielschichtigen Werk, dessen Dimension von verhaltener Meditation bis zu rauschhafter Klangfülle reicht. Prachtvoll gelang das kongeniale Zusammenspiel zwischen dem Solisten und dem Orchester beim responsiven Wechsel zwischen Orgel und Streichern in den Klangkaskaden der Orgel-Tutti und den peitschenden Fortissimi des Orchesters am Anfang, später im Allegro *glocoso*, in dem die ersten Vorahnungen des vorandrängenden Themas aufklingen, das jazzhaft-pointiert den vorletzten Satz (*Tempo de l'Allegro initial*) prägt. Diese extremen Passagen waren von wunderbar gelungenen gesanglichen Episoden verbunden – so im *Andante moderato*, in dem Orgel und Orchester verschwistert einhergehen und im engen Stimmgewebe weite Empfindungswelten von federndem Frohsinn und heiterer Gelassenheit bis zu zarter Melancholie durchmessen – so in dem kurzen „*Très calme, lent*“ bezeichneten Satz, in dem die geheimnisvoll registrierte Orgel (Horn, Oboe, Bordun) und das ruhige Orchester in ernstem Sinn verweilen, von einigen sanft-weich gespielten Cello-Soli dunkel umspannen.

Oben war von den zwei polaren Gegensätzen im Schaffen Poulenc's die Rede. Auch in diesem Konzert steht neben den erörterten Sätzen, die unter dem Begriff „weltlich“ figurieren mögen, ein kurzes *Largo*, in dem das Irdische hinter mystischer Versunkenheit zurückbleibt wie das Tageslicht vor dem dunklen Fensterblau am Gewölbe eines hohen, dämmernden Domes. Auch in diesen diffizilen Partien des Werkes eine feinsinnige, souveräne Interpretation.

Das Werk wurde mit Begeisterung aufgenommen und erhielt den wohlverdienten Applaus, mit dem sich das dankbare Publikum eine Wiederholung der letzten Sätze vom populären Jazz-Rhythmus (*Tempo de l'Allegro initial*) bis zum *Largo* erklatschte.

Antonín Dvořák

Auch die Wiedergabe der Sinfonie Nr. 7 in d-Moll op. 70 (1885) von Antonín Dvořák erreichte große Züge. Steinberg nahm dieses der Schumann-Brahms'schen Ausdruckswelt in Harmonie und Instrumentation sehr nahe stehende Werk im ersten Satz (*Allegro maestoso*) sehr „unbrahmsisch“ und legte so die unter der konventionellen Oberfläche beredt klingende, eigenständige Tonsprache frei. Klangfroh verströmte die heitere Spätromantik des *Poco adagio*, das Dirigent und Orchester in ungestörter, gelöster Musizierfreude vereinte. Im letzten Satz, diesem von musikali-

schen Einfällen ganz entgegengesetzter Stimmungswaleurs überquellendem *Allegro* erreichte das Orchester unter der lockeren Führung Steinbergs die beeindruckende Höchstform des Abends. In prachtvollem Zusammenspiel von Streichern, Bläsern und Paukist kam eine saubere, bei aller Vielfalt der Stimmen immer durchsichtige Wiedergabe zustande, mit der das Bayerische Orchester wieder einmal seine hohe Qualität überzeugend bewies.

Langer, herzlicher und verdienter Applaus.

Walter Albrecht

Personalia

Verdienstkreuz Erster Klasse für Dr. Böhm

Mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde Dr. med. Alfred Böhm, Leitender Medizinaldirektor und langjähriger Erster Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Edisonweg 4, 8031 Olching-Neuesting, ausgezeichnet.

Bayerischer Verdienstorden

Am 20. Juni 1979 überreichte der Bayerische Ministerpräsident Dr. Franz Josef Strauß an nachstehend aufgeführte Ärzte den Bayerischen Verdienstorden:

Dr. Anton Adelman, praktischer Arzt, Bahnhofstraße 7, 8784 Burgsinn;

Regierungsmedizinaldirektor a. D. Dr. Peter Beckmann, Internist – Lungen- und Bronchialheilkunde, Heimgartenstraße 8, 8115 Ohlstadt;

Professor Dr. Klaus Betke, Direktor der Kinderklinik der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2;

Dr. Hermann Braun, Allgemeinarzt, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, 8411 Nittendorf;

Professor Dr. Wolfgang Mauer-mayer, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80;

Professor Dr. Hellmut Mehnert, Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40;

Professor Dr. Helmut Valentin, Präsident der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Rühlstraße 29, 8520 Erlangen;

Professor Dr. Nepomuk Zöllner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkofferstraße 8 a, 8000 München 2.

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Heinz Goerke, Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität München, Lessingstraße 2, 8000 München 2, wurde von der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Landespresse in der Union Internationale de la Presse Médicale die Walter-Trummert-Medaille verliehen.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberfranken

Berg, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des in Kürze aus Altersgründen des Stelleninhabers vakant werdenden Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der wegen Ablebens des Stelleninhabers vakanten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großheirath, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach-Neuses:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Röslau, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nalla, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7a-9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

Mittelfranken

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Wiederbesetzung der Chirurgenstelle in der Regierungshauptstadt Ansbach mit ca. 39 000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

Ehingen oder eine der umliegenden Gemeinden im Bereich der Verwaltungsgemeinschaft Hesselberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24.

Unterfranken

Haibach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlangheim, Lkr. Kitzingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gräfendorf, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zellingen, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schweinfurt,
Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-
Steinberg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt/Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Frauenarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Orthopäde

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Unterfranken der KVB, Hof-
straße 5, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 307-1.

Oberpfalz**Leonberg, Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwan-
dorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Sulzbach-Rosenberg,
Lkr. Amberg-Sulzbach:**

1 Augenarzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Oberpfalz der KVB, Lands-
huter Straße 49, 8400 Regensburg,
Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern**Haarbach, Lkr. Passau:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lindberg, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rohr, Lkr. Kelheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:

1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Niederbayern der KVB, Lilien-
straße 5-7, 8440 Straubing, Telefon
(0 94 21) 70 53.

Krise als Exempel

Die Situation der Münchner Kassenärzte ist ins Gespräch gekommen. Der symptomatische Charakter der eingetretenen Entwicklung wird eher zerredet als ernstgenommen.

Im 12-Jahreszeitraum von 1960 bis 1972 hat die Zahl der Kassenärzte in München absolut um 660 zugenommen, dies war eine Zunahme von 60 Prozent. Dieselbe Zunahme um 635 Kassenärzte war bereits innerhalb der nächsten sechs Jahre zu beobachten. 1960 war in München jeder 6. bayerische Kassenarzt zugelassen, 1978 war es unter dieser Entwicklung, in der jede 3. Zulassung in Bayern auf München entfiel, bereits jeder 5. Kassenarzt. Die jetzige Niederlassungsdichte in München ist somit das Resultat einer seit fast 20 Jahren anhaltenden überproportionalen Niederlassung in München.

Ursache für diese kumulierende Entwicklung ist die überproportionale Niederlassung von Fachärzten: 1972 entfiel in Bayern ein Anteil von 44 Prozent auf Fachärzte, 1978 waren es bereits 55 Prozent – in München betrug zur gleichen Zeit der Anteil bereits knapp 70 Prozent. Jeder 4. Facharzt in Bayern lebt in München, dagegen nur jeder 7. Allgemeinarzt, bzw. praktische Arzt. Diese Verzerrung folgert zwangsläufig aus der insbesondere in München im stationären Bereich zu beobachtenden Erweiterung der Spezialeinrichtungen und -abteilungen. Diese Spezialabteilungen haben den zunehmenden ärztlichen Nachwuchs absorbiert, er hat eine stark ausdifferenzierende Weiterbildung insbesondere hin zu den Teilgebieten erfahren, stand nach Facharztanerkennung vor der Niederlassungsfrage und glaubte insbesondere in München von der notwendigen Besiedlungsdichte her ausreichende existentielle Grundlagen zu finden.

Die Investitionskosten derartiger Facharztpraxen, die mit modernen und bekanntlich sehr teuren Einrichtungen ausgestattet werden mußten,

haben bereits bei Neugründung Voraussetzungen geschaffen, die den Kassenarzt zu größtmöglicher Intensivierung kassenärztlicher Tätigkeit, Umsatzzunahme und einer häufig rigorosen Werbung getrieben haben. So gibt es Fachbereiche, deren Umsatz notwendigerweise erheblich über dem Durchschnittsumsatz der Kassenärzte liegen muß, wenn Unkostensätze von 80 Prozent und Reinvestition auszugleichen sind. Dies hat bereits häufig dazu geführt, daß wirtschaftliche Abhängigkeit eingegangen werden mußte. Seriöse Bankenberichte weisen darauf hin, daß in München hohe Beleihung nicht mehr verantwortbar ist.

In manchen Fachgruppen erreichen nur noch 10 Prozent der tätigen Fachärzte einen Jahresumsatz, der es ihnen ermöglicht, die laufend notwendigen apparativen Neuerungen zu tätigen. Wenn diese Entwicklung anhält, droht die Gefahr einer Versorgung mit unterschiedlichem Qualitätsniveau.

Der Durchschnittsumsatz der Münchner Kassenärzte spiegelt ihre ökonomische Situation drastisch wieder: er lag 1977 um 17 Prozent und 1978 um 15 Prozent unter dem Landesdurchschnitt und um 24 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Im letzten Vier-Jahreszeitraum zeichnet sich deutlich eine rückläufige Tendenz der durchschnittlichen Zahl der Behandlungsfälle je Praxis ab und zwar zwischen 4 – 6 Prozent. Dieser Verlust konnte nur kompensiert werden durch eine anhaltende Steigerung der Kosten je Behandlungsfall um 4 – 6 Prozent jährlich. Das Spektrum dieser wirtschaftlichen Daten erhellt den Sonderfall München und signalisiert, daß Maßnahmen unausweichlich werden, wenn die damit verbundenen Probleme nicht ein Ausmaß annehmen sollen, bei dem jede Steuerung versagt und den brutalen Eingriff von außen provoziert.

Es ist den Stellungnahmen der Bundes- und Landesregierung zu ent-

nehmen, daß die Politik weiter anhaltenden ärztlichen Nachwuchses fortgesetzt werden soll. Für die angeblich noch immer gute Einkommenssituation der Ärzte wird Datenmaterial herangezogen, das teilweise überholt – wie etwa Umsatz- und Unkostenzahlen aus vergangenen Jahren – und zum anderen nicht geeignet ist, die rapid einsetzenden Umsatzverzerrungen mit der Folge unterschiedlichen Qualitätsniveaus und wirtschaftlicher Abhängigkeit zu verdeutlichen. Mit dem politischen Versprechen, die Freiheit der Bildungs- und Berufswahl, der Niederlassung und der vermeintlichen Leistungskonkurrenz wird dem ärztlichen Nachwuchs eine existentielle Erwartung vorgegaukelt. Den Kassenärzten wird gleichzeitig das ökonomische Opfer nicht nur für steigende Inanspruchnahme, Therapiefreiheit bei Arzneimitteln, wissenschaftlichem Fortschritt und Unterstützung der stationären Kosten aus dem ambulanten Sektor abverlangt, sondern auch die Folgen einer übertriebenen Berufsbildungspolitik abgewälzt.

In dieser Atmosphäre kann weder die Hoffnung bestehen, die Rettung von dirigistischen gesetzlichen Maßnahmen zu erwarten, noch überhaupt der Wunsch wachsen, sie möchten an zuständiger Stelle in Betracht gezogen werden. Rasches, differenziertes und wirksames Handeln muß aber von den Selbstverwaltungsorganen umgehend und unter Ausschöpfung aller verbliebenen Möglichkeiten und überall dort gefordert werden, wo Einzelinteressen überwuchern und die disziplinierten und den kassenärztlichen Pflichten verbundenen Kassenärzte zum ökonomischen Ausbeutungsobjekt machen.

Die krisenhafte Situation in München ist ein Appell an alle Ärzte, notwendige Entscheidungen mitzutragen, eine gleichartige Entwicklung andernorts zu verhindern, dem ärztlichen Nachwuchs die existentiellen Realitäten zu verdeutlichen und die Politiker zu rationaler Betrachtung des Faktums ständig steigender ärztlicher Nachwuchszahlen zu bewegen.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80



Interessierende Rechtsfragen für den Arzt

von Rechtsanwalt Dr. jur. Jürgen W. B ö s c h e , Köln

I. Teil: Strafgesetzbuch, die wichtigsten Bestimmungen

(Fortsetzung)

VII. Unrichtige Gesundheitszeugnisse — Bruch der ärztlichen Schweigepflicht.

§ 203 (Verletzung von Privatgeheimnissen)

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,

3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

4. Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

4 a. Mitglied oder Beauftragtem einer anerkannten Beratungsstelle nach § 218b Abs. 2 Nr. 1,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates oder

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(3) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 Genannten steht nach dem Tode des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tode des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bis zu zwei Jahren.

Anmerkung: 1. Durch das 5. Strafrechtsänderungsgesetz ist unter Änderung der Rechtssystematik der bisherige § 300, welcher den Bruch des Berufsgeheimnisses regelte, in den vorstehenden § 203 eingegangen. Die Strafnorm schützt jetzt nicht nur das Berufsgeheimnis bestimmter Berufe, sondern das anvertraute Privatgeheimnis unter Erweiterung der Per-

sonengruppe, welche strafrechtlich Täter sein kann, über den Kreis der bisher vom Wirkungsbereich des § 300 erfaßten Berufsgruppen hinaus. Dies geschah insbesondere im Hinblick auf Amtsträger und andere in öffentlich-rechtlicher Funktion Tätige (z. B. die Bediensteten der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts). Am materiell-rechtlichen Strafbereich hat sich im Verhältnis zum bisherigen § 300 nichts geändert. Die bisher schon von der Rechtsprechung zugrundegelegte Auffassung, daß der Geheimnisbereich über den Tod des Betroffenen hinaus wirkt, ist nun ausdrücklich als Norm statuiert worden.

2. Der Schweigepflicht des Arztes entspricht sein Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht und das Verbot der Beschlagnahme der unter die ärztliche Schweigepflicht fallenden Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde. Sagt ein Arzt trotz bestehender Schweigepflicht als Zeuge vor Gericht aus (wozu er nicht gezwungen werden kann), so stellt der Umstand allein, daß er in einem Gerichtsverfahren seine Schweigepflicht bricht, keinen Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgrund gegenüber einer ihm drohenden Bestrafung aus § 203 StGB dar. Im Einzelfall kann er aus besonderen Gründen (gesetzliche Regelung, Übergesetzlicher Notstand) zur Aussage berechtigt sein (BGH v. 12. 1. 56, 3 StR 195/55, NJW 56/599).

3. Urt. BGH v. 1. 10. 53 zur ärztlichen Schweigepflicht s. *Ärztl. Mitt.* 4/54 S. 128.

4. Die vom 59. Deutschen Ärztetag verabschiedete Berufsordnung für die deutschen Ärzte (*Ärztliche Mitteilungen* 1956 Seite 943ff.) enthält in § 2 ausführliche Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht. Die Bestimmung der Berufsordnung ist das Ergebnis der von der Rechtsprechung zu § 300 StGB entwickelten Gedanken.

5. Ein Arzt, der während einer Behandlung die Fahruntüchtigkeit eines Patienten feststellt und in Kenntnis der Tatsache, das der Patient Führerscheininhaber ist, die zuständige Behörde auf die Gefahr aufmerksam macht, die der betreffende Patient auf Grund seines Gesundheitszustandes für die Öffentlichkeit im Straßenverkehr begründet, verletzt nicht seine ärztliche Schweigepflicht. Beschluß des OLG München v. 26. 4. 56 (Ws 208/56) vgl. hierzu für die Frage einer zum Schadenersatz verpflichteten Handlung durch den Arzt BGH Urt. v. 8. 10. 1968 (DÄ 1969 S. 232ff. Meldung der Fahruntüchtigkeit beim Kraftverkehrsamt). Die Ansicht des OLG Braunschweig (BB 58/340 [gekürzt]), nach der sich die Belugnis der Werk- und Betriebsärzte zur Offenbarung von Geheimnissen der Betriebsangehörigen an die Betriebsleitung aus der Stellung der Werkärzte heraus ergebe, ist abzulehnen. Auch in diesen Fällen muß eine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegen (welche zwar nicht ausdrücklich, sondern auch durch schlüssiges Handeln erklärt und auch generell — z. B. im Dienstvertrag — vereinbart werden kann). Die Entbindung kann jedoch nicht schlechthin dann unterstellt werden, wenn der Betriebsangehörige überhaupt den Werkarzt tätig werden läßt und ihn nicht von vornherein ablehnt. Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes umfaßt grundsätzlich alle Tatsachen, deren Kenntnis er in seiner Eigenschaft als Arzt erlangt hat, gleichviel, ob ihm die Gelegenheit dazu freiwillig vom Patienten gewährt oder auch nur im Rahmen von Untersuchungen verschafft worden ist,

die der Patient zu dulden verpflichtet war. Wenn auch für den Arzt, der in einem Strafverfahren im Auftrage des Gerichts als Sachverständiger bei einem Zeugen eine Untersuchung vorgenommen hat, in diesem Strafverfahren weder eine Schweigepflicht noch ein Zeugnisverweigerungsrecht hinsichtlich der ihm im Rahmen dieses Auftrages bekanntgewordenen Tatsachen besteht, so gilt das doch nicht für einen späteren Zivilprozeß; in diesem späteren Verfahren hat der Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht nach allgemeinen Grundsätzen (BGH vom 14. 11. 63, Az.: III ZR 19/63).

6. Zur Frage der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten hat der Bundesdisziplinarhof in einem Ordnungsstrafverfahren entschieden, daß eine solche Entbindung in einem hinterlassenen Brief des Patienten an einen außenstehenden Dritten liegen könne (BDH Beschluß v. 25. 9. 58 — WDB 9/58).

7. Auch die Offenbarung eines der Schweigepflicht unterliegenden Geheimnisses von Arzt zu Arzt geschieht nicht schlechthin befugt. Wohl aber ist ein Arzt gegenüber demjenigen Kollegen, der zur Erfüllung seiner spezifisch ärztlichen Aufgaben darauf angewiesen ist, genaue Angaben zu erhalten, der ihn also im wohlverstandenen Interesse des Patienten befragt, zur Preisgabe eines Geheimnisses befugt, ja gegebenenfalls sogar verpflichtet, den Zustand des Patienten zu offenbaren (Landesberufsgericht für Heilberufe NRW v. 5. 12. 60, ZA 8/60).

Die Überlassung der Patientenkartei gegenüber einem anderen Arzt anläßlich der Veräußerung der Arztpraxis kann auch ohne Befragen der Patienten rechtswirksam erfolgen (BGH vom 7. 11. 73, NJW 1974 S. 602).

8. Ein Arzt, der im Interesse einer Versicherungsgesellschaft eine Unfallverletzte untersucht hat, ist nur dieser gegenüber Geheimnisträger. Soweit die Patientin den Arzt entbindet, entfällt für ihn die Schweigepflicht und im Prozeß das Zeugnisverweigerungsrecht. Gegenüber der Versicherungsgesellschaft war der Arzt nicht Geheimnisträger; auf eine Schweigepflicht wegen seiner Tätigkeit für die Versicherungsgesellschaft kann er sich nicht berufen (OLG Karlsruhe v. 23. 5. 60, 2 W 24/60).

9. Der — durch § 203 StGB unter Strafandrohung gestellten — Schweigepflicht des Arztes entspricht sein Recht, im Gerichtsverfahren das Zeugnis über Tatsachen zu verweigern, die der Schweigepflicht unterliegen. Auch wenn er durch den Patienten nicht von der Schweigepflicht entbunden wird, kann der Arzt aber im Prozeß als Zeuge aussagen, wenn er davon überzeugt ist, daß dies zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes angebracht ist. Die Entscheidung hierüber obliegt ihm in eigener Verantwortung. Dies bestätigt der Bundesgerichtshof in einem Urteil v. 28. 10. 60 (4 StR 375/60; vgl. auch Anm. 2).

In einer weiteren Entscheidung (Urt. v. 20. 11. 62, AM 1963 S. 1808) faßt der BGH seine bisherige Rechtsprechung über den Zusammenhang zwischen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozeß dahin zusammen, daß es Sache des Arztes ist, abzuwägen, ob er von seinem Schweigerecht Gebrauch machen will oder sich nach Abwägen der einander widerstreitenden Interessen zur Aussage entschließt. Das Strafgericht hat selbst dann nicht auf die Aussage einzuwirken, wenn sich

der Arzt möglicherweise wegen mangelnder Entbindung von der Schweigepflicht nach § 203 StGB strafbarm machen würde.

Über das Beschlagnahmeverbot in § 97 StPO hinaus kann sich ein Verbot zur Verwertung von ärztlichen Unterlagen im Strafprozeß auch unmittelbar aus den Grundsätzen der Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 GG) und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 GG), die auch in Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten zum Ausdruck kommen, ergeben (OLG Celle v. 30. 9. 64 in DÄ 1965 S. 405 ff.).

Die Beschlagnahmefreiheit von ärztlichen Unterlagen, welche nach § 97 Abs. 1 StPO der Schweigepflicht unterliegen, tritt nur ein, wenn der Patient Beschuldigter im Strafverfahren ist. Eine generelle Ausnahme von der Beschlagnahmemöglichkeit ärztlicher Unterlagen ist nicht gegeben (so LG München I, Beschluß vom 14. 7. 67, Bayer. Ärzteblatt 1967 S. 1003 mit ablehnender Anmerkung von Böschke ebenda).

10. Für das Verhältnis des Arztes zu einer Versicherungsgesellschaft, welcher gegenüber ein Geheimnis offenbart werden soll, hat das OLG Köln durch Beschluß v. 19. 10. 61 (ÄM 1962, S. 1730) entschieden, daß jedenfalls beim Auskunftsverlangen einer Haftpflichtversicherung der Arzt sich nicht auf die schriftliche oder fernmündliche Zusicherung der Versicherungsgesellschaft, daß der Patient die Entbindung von der Schweigepflicht ihr gegenüber erklärt habe, verlassen dürfe, sondern daß er sich an den Patienten selbst zu wenden habe.

11. Das geschützte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient kann sich auch dort bilden, wo das Behandlungsverhältnis nicht freiwillig, sondern durch amtliche Funktionen hergestellt wird. Das ärztliche Berufsgeheimnis ist auch als Bestandteil der menschlichen Würde (Art. 1 Abs. 1 GG) anerkannt und geschützt (Bundesdisziplinerhof, Beschluß v. 16. 8. 62, WB 12/60).

Anderer Auffassung Bayer. Oberstes Landesgericht – Beschluß vom 28. 6. 1973 (MDR 1973 S. 852) – mit dem Hinweis, daß bei einem ärztlichen Sachverständigen vor Gericht im Verhältnis zur begutachtenden Person grundsätzlich kein „Arzt–Patientenverhältnis“ entstehe, sondern es sich um ein öffentlich-rechtliches Verhältnis eines Beauftragten des Gerichtes zu einem Betroffenen des Verfahrens handelt.

12. Wird bei einem Arzt die Karteikarte des Beschuldigten ohne oder gegen dessen Willen beschlagnahmt, so liegt darin in aller Regel eine Verletzung des dem Patienten zustehenden Grundrechts auch Achtung seines privaten Bereichs (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG). Das gilt auch dann, wenn sich die Karteikarte nicht mehr im Besitz des behandelnden Arztes, sondern im Gewahrsam eines Berufskollegen befindet, der Praxis und Patientenkartei seines Vorgängers übernommen hat (Bundesverfassungsgericht, Ur. vom 8. 3. 72, BD. 32 S. 373).

13. Die ärztliche Schweigepflicht besteht für beamtete Krankenhausärzte auch gegenüber ihrem Dienstherrn und wird durch die Beamtenpflichten nicht eingeschränkt. Dem Dienstherrn (Krankenhausträger) ist es deshalb verwehrt, zur Überprüfung und Geltendmachung von Kostenansprüchen in die vom beamteten Krankenhausarzt angelegten ärztlichen Unter-

lagen (z. B. Anästhesieprotokoll) Einsicht zu nehmen (OVG Lüneburg vom 29. 7. 75 – II OVGA 78/73); für den im Angestelltenverhältnis tätigen Arzt gilt insoweit das gleiche (LAG für Nordrhein-Westfalen vom 29. 1. 69 – 6 Sa 605/68); für das generelle Verbot des Zugriffs durch Prüfer des Finanzamtes auf solche Unterlagen vgl. bereits BFH (NJW 1958 S. 646).

§ 204 (Verwertung fremder Geheimnisse)

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 205 (Strafantrag)

(1) In den Fällen des § 201 Abs. 1 und 2 und der §§ 202 bis 204 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt.

(2) Stirbt der Verletzte, so geht das Antragsrecht nach § 77 Abs. 2 auf die Angehörigen über. Gehört das Geheimnis nicht zum persönlichen Lebensbereich des Verletzten, so geht das Antragsrecht bei Straftaten nach den §§ 203 und 204 auf die Erben über. Offenbart oder verwertet der Täter in den Fällen der §§ 203 und 204 das Geheimnis nach dem Tode des Betroffenen, so gelten die Sätze 1 und 2 sinngemäß.

§ 278 (Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse)

Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Anmerkung: 1. Das Zeugnis muß über den Gesundheitszustand eines lebenden Menschen ausgestellt sein. Ein unrichtiger Totenschein fällt also nicht unter § 278, selbst wenn darin eine nicht bestehende Krankheit als Todesursache angegeben ist; dagegen ist ein falsches Zeugnis über den Erfolg einer Impfung als Verstoß gegen den § 278 anzusehen. Unrichtig ist auch ein Zeugnis, in dem ein Arzt einen von ihm erhobenen Befund bescheinigt, ohne eine Untersuchung vorgenommen zu haben (z. B. auf Krankenschein. Ur. BGH vom 23. 4. 54). Das Vertauschen der Blutprobe eines Krettfahrers durch den die Blutprobe entnehmenden Arzt stellt die unrichtige Abgabe eines Gesundheitszeugnisses dar. Zugleich kann tateinheitlich Begünstigung u. U. ein Vergehen nach §§ 133, 137 StGB gegeben sein (OLG Oldenburg vom 27. 11. 54). Ein Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen im Sinne des § 278 StGB sind sowohl die Bescheinigung über das Ergebnis einer Einzeluntersuchung, z. B. eines bestimmten Körperteils oder -organs, als auch die ärztliche Beurteilung des Untersuchungsbetundes, insbesondere nach seinen Wirkungen auf das Gesamtfinden des Untersuchten; demzufolge umfaßt es auch die Mitteilung der an Hand des festgestellten Befundes überprüften Krankengeschichte. Für die Strafbarkeit genügt es schon, daß der Arzt Einzelbefunde wahrheitswidrig bescheinigt, sei es, daß sie enders, sei es, daß sie überhaupt nicht erhoben worden sind, selbst wenn der Gesundheitszustand im Ergebnis zutreffend beurteilt worden ist (BGH, ÄM 58/85 ff.). Ein von einem Arzt ausgestellttes Zeugnis ist in der Regel unricht-

tig im Sinne des § 278 StGB, wenn darin ein Befund bescheinigt ist, ohne daß der Arzt eine Untersuchung des Patienten vorgenommen hat. Hierbei ist aber zu beachten, daß der Begriff der ärztlichen Untersuchung nicht in jedem Falle eine körperliche Untersuchung oder persönliche Befragung des Patienten voraussetzt. Es gibt Krankheitsfälle, in denen es sich entweder nach der Art der Erkrankung oder der seelischen Verfassung des Patienten für den gewissenhaften Arzt verbietet, eine körperliche Untersuchung oder eine persönliche Befragung des Patienten vorzunehmen. In solchen Fällen genügt der Arzt der ihm obliegenden Sorgfaltspflicht auch im Rahmen des § 278 StGB, wenn er vor der Ausstellung des Gesundheitszeugnisses sich auf andere Weise zuverlässig über den Gesundheitszustand des Patienten unterrichtet, etwa durch Befragung der Angehörigen oder durch Rückfrage bei Ärzten, die den Patienten bisher behandelt haben. Ein solcher Fall ist als gegeben anzusehen, wenn der Arzt den Eintritt der ersten Periode bei einem 14jährigen Mädchen auf Grund der Schilderungen der Mutter annimmt und eine entsprechende Krankheitsbescheinigung ausstellt (OLG Düsseldorf, ÄM 58/87 ff.).

2. Es ist nicht erforderlich, daß von dem Zeugnis der vorgesehene Gebrauch tatsächlich gemacht wird; geschieht es, so kann gleichzeitig Betrug oder Beihilfe zum Betrug in Frage kommen (Gefälligkeitszeugnis!); letzteres auch, wenn § 278 nicht in Frage kommt, da von dem Zeugnis einer anderen Stelle als einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft gegenüber Gebrauch gemacht wird. Beihilfe zum Betrug oder Betrugsversuch ist es auch, wenn ein Arzt seinem Patienten zur Vorlage bei einer Krankenversicherung eine unrichtige Liquidation ausstellt, damit der Patient einen höheren als den ihm zustehenden Erstattungsbetrag erhält; „kein Arzt ist berechtigt, auf Kosten der Krankenkasse mildtätig zu sein“: OLG Köln v. 9. 10. 51.

VIII. Trunkenheit im Verkehr

§ 316

(1) Wer im Verkehr (§§ 315 bis 315d) ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 315a oder § 315c mit Strafe bedroht ist.

(2) Nach Absatz 1 wird auch bestraft, wer die Tat fahrlässig begeht.

Anmerkung: 1. Bei Strafzumessung für die folgenlose Trunkenheitsfahrt eines Arztes darf **straferschwerend** berücksichtigt werden, daß Angehörige dieses Berufes über Folgeerscheinungen des Alkoholgenusses und deren Auswirkung auf die Fahrtüchtigkeit besser Bescheid wissen als medizinische Laien (OLG Frankfurt vom 12. 4. 72 — 2 Ss 491/71).

2. Die ärztliche Hilfspflicht des Arztes gegenüber seinen Patienten stellt für sich allein keinen besonderen Rechtfertigungsgrund für eine Trunkenheitsfahrt dar. Dies könnte allenfalls durch den gewohnheitsrechtlich entwickelten sogenannten übergesetzlichen Notstand gerechtfertigt sein, für den jedoch Voraussetzung ist, daß weniger einschneidende Maßnahmen zur Abwen-

dung der den Patienten drohenden Gefahr, wie z. B. die Benachrichtigung des einsatzbereiten ärztlichen Notdienstes, nicht zur Verfügung stehen (OLG Koblenz vom 27. 4. 72 — „MDR“ 1972 S. 885).

IX. Unterlassene Hilfeleistung

§ 330c

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Anmerkung: 1. § 330c begründet an sich keine Sonderpflicht für Ärzte, sondern wendet sich an die Allgemeinheit. Kommt es jedoch für die erste Hilfe bei einem Unglücksfall auf ärztliche Sachkunde an, so fällt diese nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes v. 22. 4. 52 nicht nur für Art und Umfang der Hilfeleistung, sondern u. U. schon für die Frage der Hilfspflicht ins Gewicht; denn hilfspflichtig nach § 330c ist jeder, der nach seinen Fähigkeiten und Hilfsmitteln ohne eigene Gefahr oder anderweitige Pflichtverletzung wirksamer und rascher helfen kann — wenn auch nur vorläufig — als ein anderer. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat deshalb die Bestrafung eines Arztes aus § 330c bestätigt, der — zufällig in der Nähe anwesend — bei einem Unfall an verkehrsabgelegener Stelle zu Hilfe gerufen, diese abgelehnt und sich um den Verunglückten überhaupt nicht gekümmert hat; der Arzt hätte die Verpflichtung gehabt, nach dem Verunglückten zu sehen, dessen Zustand — soweit dies an Ort und Stelle möglich war — festzustellen und die nötigen Anordnungen zu treffen, was zu geschehen habe.

2. Nicht jede schwere Erkrankung ist ohne weiteres ein Unglücksfall, so daß ein Unterlassen von Besuchen bei Schwerkranken durch einen Arzt ohne weiteres unter diese Strafbestimmung fielen. „Unglücksfall“ im Sinne des § 330c ist jedoch gegeben, wenn plötzlich eine lebensgefährliche Krankheitssituation oder z. B. eine Komplikation bei einer Entbindung eintritt. Wie jeder andere ist in einem solchen Falle auch — und wegen seiner Sachkunde besonders — der nächsterreichbare Arzt zur Nothilfe verpflichtet, wobei Art und Maß der zu erwartenden Hilfe sich nach seinen besonderen Fähigkeiten als Arzt richten. Die durch einen Selbstmordversuch herbeigeführte Gefahrenlage ist nach einer Grundsatzentscheidung des Großen Senats für Strafsachen des BGH v. 10. 3. 54 (Ärztl. Mitt. 29/54 S. 834) ein Unglücksfall i. S. des § 330c. Über die besonderen Pflichten eines Arztes im Bereitschaftsdienst (Nacht- und Sonntagsdienst) siehe BGH v. 1. 3. 55, ÄM 20/55, S. 597 ff.; zum Begriff des Unglücksfalls bei plötzlicher Krankheitsverschlechterung vgl. LG Bremen v. 24. 6. 68 (Deutsches Ärzteblatt 1969 S. 599 ff.). Sich steigende und nahezu unerträglich gewordene Schmerzen in der Bauchhöhle sind regelmäßig als Unglücksfall im Sinne des § 330c StGB anzusehen (OLG Hamm vom 6. 9. 74, NJW 1975 S. 604).

3. Unabhängig von der Hilfspflicht nach § 330c erhebt sich die Frage, ob im Einzelfall aus anderen Gründen eine Rechtspflicht zur ärztlichen Tätigkeit besteht.

Insbesondere kommt hier die Pflicht aus einem bestehenden Behandlungsvertrag oder der tatsächlichen Übernahme der Behandlung in Frage. Verletzt der Arzt innerhalb eines solchen Rechtsverhältnisses seine ärztliche Pflicht, so kommt je nach dem eingetretenen Erfolg die Bestrafung wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Tötung oder Körperverletzung in Betracht. Auch kann u.U. die Strafbarkeit wegen Verlassens in hilfloser Lage aus § 221 StGB hergeleitet werden. Für den Umfang der Hilfeleistungspflicht nach § 330 c insbesondere und für Inhalt und Umfang der Besuchs- und Behandlungspflicht des Arztes im allgemeinen vgl. *ÄM 1956/S. 263/343*; *Mitteilungsblatt der Ärzteschaft Rheinland-Pfalz 56/Heft 1 S. 18 ff.*

4. Befindet sich der Arzt im Irrtum über die „Erforderlichkeit“ seiner Hilfeleistung, so liegt ein Tatbestandsirrtum, kein Verbotsirrtum vor, so daß Straffreiheit eintritt (*Bay. OLG, NJW 57/354, JR 57/190; OLG Celle 16. 10. 1957, 1 Ss 78/57*).

5. Durch die neuere Rechtsprechung wird bei der Auslegung des Begriffs „bei Unglücksfällen“ in zunehmendem Maß eine ortsnahe Verknüpfung des Unglücksfalles zum Hilfeleistungsverpflichteten oder seine sonstige Beziehung zum Unglücksgeschehen als räumlicher Begriff abgelehnt und als Bestandteil der eigentlichen Hilfeleistungspflicht die in ihrem Vorfelde befindliche Informationspflicht statuiert. Danach ist der Arzt, den diese Verpflichtung in erster Linie trifft, nicht berechtigt, aus Schilderungen Dritter über ein Unfallgeschehen Entscheidungen über seine Hilfeleistungsverpflichtung zu treffen, sondern hat sich an Ort und Stelle zu begeben, um sich über Notwendigkeit und Umfang seiner Hilfeleistung persönlich zu informieren (so im Ergebnis *LG München v. 19. 10. 59 – V 547/59*). Das Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung setzt Vorsatz voraus. Zu diesem gehört das Bewußtsein von der Erforderlichkeit der Hilfeleistung. Der Arzt, welcher eine Maßnahme anordnet, welche sich später als falsch herausstellt, muß im Zeitpunkt seiner Handlung sich mindestens im Sinne des bedingten Vorsatzes bewußt gewesen sein, daß etwa eine gründlichere Untersuchung u. and. als die von ihm getroffenen Maßnahmen erforderlich waren, *BGH Ur. v. 29. 3. 68 (DÄ 1968 S. 3017)*.

6. Überweist der praktische Arzt einen Verunglückten auf Grund nur behelfsmäßig möglicher Untersuchung in ein Krankenhaus, so ist der – als Facharzt zuständige – Krankenhauschirurg hilfepflichtig. Die Hilfepflicht ist nicht auf denjenigen beschränkt, der Zeuge des Unglücksfalles ist oder anschließend hinzukommt (mag das auch der Regelfall sein). Die Hilfepflicht kann auch einen Abwesenden treffen, der um Hilfe angerufen wird (*BGH, Urteil v. 22. 3. 66, Bd. 21, Seite 50*).

7. Ob bei einem Unglücksfall Hilfe erforderlich ist, bestimmt sich nicht danach, ob sie – aus der Rückschau – Erfolg versprach, sondern ist nach der Lage zur Zeit des Unglücksfalles zu beurteilen. Hilfe muß auch dann geleistet werden, wenn sie schließlich vergeblich bleibt, und selbst dann, wenn sich nachträglich bei näherer Untersuchung, die befürchtete Folge als von Anfang an unabwendbar erweist. Nur von vornherein offensichtlich nutzlose Hilfe braucht nicht geleistet zu werden (*BGH, Urteil vom 22. 2. 1967 – 2 StR 464/66*).

8. Strafbare unterlassene Hilfeleistung liegt dann nicht vor, wenn in dem Zeitpunkt, in welchem der Arzt um

Hilfe ersucht worden ist, der Hilfsbedürftige bereits tot war und objektiv eine Hilfeleistung nicht mehr „erforderlich“ gewesen sein konnte (*AG Friedberg, Urteil vom 4. 2. 71 – Cs 366/70 [Bayer. Ärzteblatt 1971 S. 519]*).

9. Die Ausstrahlungswirkung des Grundrechts der Glaubensfreiheit auf die Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung kann dazu führen, daß Art. 4 Abs. 1 und 6 GG die Nichtstrafbarkeit unterlassener Hilfeleistung rechtfertigen. Wer sich in einer konkreten Situation durch seine Glaubensüberzeugung zu einem Tun oder Unterlassen bestimmen läßt, kann mit den in der Gesellschaft herrschenden sittlichen Anschauungen und den auf sie gegründeten Rechtspflichten in Konflikt geraten. Verwirklicht er durch dieses Verhalten einen Straftatbestand, so ist im Lichte des Art. 4 Abs. 1 GG zu fragen, ob unter den besonderen Umständen des Falles eine Bestrafung den Sinn staatlichen Straftens überhaupt noch erfüllen würde. Die Anwendung dieser Grundsätze auf Mitglieder der religiösen Vereinigung des ev. Brüdervereins führt dazu, daß die aus Glaubensüberzeugung erfolgte Verhinderung einer – evtl. lebensrettenden – Bluttransfusion nicht nach § 330 c strafbar ist (*BVerfG, Beschluß vom 19. 10. 71 [NJW 1972 S. 327]*).

10. Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ist nicht erfüllt, wenn in dem Zeitpunkt, in dem der Täter hätte handeln sollen, eine Hilfe deshalb nicht mehr erforderlich war, weil sie inzwischen von dritter Seite geleistet worden war – mag dies dem Täter auch unbekannt gewesen sein (*Bayer. ObLG Ur. v. 19. 9. 72 – MDR 1973 S. 68*).

X. Nichtanzeige geplanter Delikte

§ 138 (Nichtanzeige)

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

1. einer Vorbereitung eines Angriffskrieges (§ 80),
2. eines Hochverrats in den Fällen der §§ 81 bis 83 Abs. 1,
3. eines Landesverrats oder einer Gefährdung der äußeren Sicherheit in den Fällen der §§ 94 bis 96, 97 a oder 100,
4. einer Geld- oder Wertpapierfälschung in den Fällen der §§ 146, 151 oder 152,
5. eines Menschenhandels in den Fällen des § 181 Nr. 2,
6. eines Mordes, Totschlages oder Völkermordes (§§ 211, 212, 220 a),
7. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit in den Fällen der §§ 234, 234 a, 239 a oder 239 b,
8. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung (§§ 249 bis 251, 255) oder
9. einer gemeingefährlichen Straftat in den Fällen der §§ 306 bis 308, 310 b Abs. 1 bis 3, des § 311 Abs. 1 bis 3, des § 311 a Abs. 1 bis 3, der §§ 311 b, 312, 313, 315 Abs. 3, des § 315 b Abs. 3, der §§ 316 a, 316 c oder 324 zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterläßt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wer die Anzeige leichtfertig unterläßt, obwohl er von dem verbrecherischen Vorhaben glaubhaft erfahren hat, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 139 (Straflosigkeit der Nichtanzeige geplanter Straftaten)

(1) Ist in den Fällen des § 138 die Tat nicht versucht worden, so kann von Strafe abgesehen werden.

(2) Ein Geistlicher ist nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in seiner Eigenschaft als Seelsorger anvertraut worden ist.

(3) Wer eine Anzeige unterläßt, die er gegen einen Angehörigen erstatten müßte, ist straffrei, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, ihn von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, es sei denn, daß es sich um einen Mord oder Totschlag (§§ 211, 212) oder einen Völkermord in den Fällen des § 220 a Abs. 1 Nr. 1 handelt. Unter denselben Voraussetzungen ist ein Rechtsanwalt, Verteidiger oder Arzt nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in dieser Eigenschaft anvertraut worden ist.

(4) Straffrei ist, wer die Ausführung oder den Erfolg der Tat anders als durch Anzeige abwendet. Unterbleibt die Ausführung oder der Erfolg der Tat ohne Zutun des zur Anzeige Verpflichteten, so genügt zu seiner Straflosigkeit sein ernsthaftes Bemühen, den Erfolg abzuwenden.

Anmerkung: §§ 138 und 139 geändert bzw. neu eingefügt durch das 3. Strafrechtsänderungsgesetz vom 4. August 1953. Der Arzt, welchem in dieser Eigenschaft das Vorhaben oder die Ausführung eines der in § 138 genannten Verbrechen anvertraut wird, ist zur Anzeige nicht verpflichtet, wenn er sich ernstlich bemüht, den Täter von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden. Das ihm anvertraute Vorhaben eines Mordes oder Totschlages (nicht mehr jedoch einer Kindesstötung oder einer Abtreibung) muß aber auch der Arzt anzeigen, wenn er nicht Gefahr laufen will, bestraft zu werden, wenn der Mord oder Totschlag trotz seiner Bemühungen um die Verhinderung der Tat zur Ausführung kommt.

XI. Strahlendelikte

§ 311 a (Mißbrauch ionisierender Strahlen)

(1) Wer in der Absicht, die Gesundheit eines anderen zu schädigen, es unternimmt, ihn einer ionisierenden Strahlung auszusetzen, die dessen Gesundheit zu schädigen geeignet ist, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

(2) Unternimmt es der Täter, eine unübersehbare Zahl von Menschen einer solchen Strahlung auszusetzen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren.

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe bei Taten nach Abs. 1 Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren, bei Taten nach Abs. 2 lebenslange Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter durch die Tat leichtfertig den Tod eines Menschen verursacht.

(4) Wer in der Absicht, die Brauchbarkeit einer fremden Sache von bedeutendem Wert zu beeinträchtigen, sie einer ionisierenden Strahlung aussetzt, welche die Brauchbarkeit der Sache zu beeinträchtigen geeignet ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Der Versuch ist strafbar.

XII. Akademische Grade und Berufsbezeichnungen

§ 132 a (Mißbrauch von Titeln, Berufsbezeichnungen und Abzeichen)

(1) Wer unbefugt

1. inländische oder ausländische Amts- oder Dienstbezeichnungen, akademische Grade, Titel oder öffentliche Würden führt,

2. die Berufsbezeichnung Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Patentanwalt, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter führt,

3. die Bezeichnung öffentlich bestellter Sachverständiger führt oder

4. inländische oder ausländische Uniformen, Amtskleidungen oder Amtsabzeichen trägt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Den in Abs. 1 genannten Bezeichnungen, akademischen Graden, Titel, Würden, Uniformen, Amtskleidungen oder Amtsabzeichen stehen solche gleich, die ihnen zum Verwechseln ähnlich sind.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten auch für Amtsbezeichnungen, Titel, Würden, Amtskleidungen und Amtsabzeichen der Kirchen und anderen Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts.

(4) Gegenstände, auf die sich eine Straftat nach Abs. 1 Nr. 4, allein oder in Verbindung mit Abs. 2 oder 3, bezieht, können eingezogen werden.

Anmerkung: 1. Mit der vorstehenden Strafnorm ist die bisherige Schutzvorschrift zugunsten der Bezeichnung „Arzt“ in § 13 Nr. 1 BÄO aufgehoben worden. Während es jedoch nach bisherigem Recht darauf ankam, daß sich eine Person auch strafbar macht, wenn sie eine Bezeichnung führte, die den „Anschein“ erweckte, sie sei „Arzt“, muß nach Abs. 2 der obigen Vorschrift eine Bezeichnung geführt werden, welche der erlaubten Berufsbezeichnung „zum Verwechseln ähnlich ist“. Dabei kommt es allerdings nicht auf die sprechliche Ähnlichkeit, sondern wesentlich darauf an, ob die Zugehörigkeit zur geschützten Berufsgruppe verwechslungsfähig vorgetäuscht wird (BT-Drucksache 7/550 S. 222: „Spezialist für Frauenheilkunde“ ist mit der Bezeichnung Arzt verwechslungsfähig!).

XIII. Maßregeln der Besserung und Sicherung

§ 63 (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

(2) Das Gericht ordnet jedoch die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn die Voraussetzungen des § 65 Abs. 3 vorliegen.

§ 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)

(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu

nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

§ 65 (Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt)

(1) Das Gericht ordnet die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt neben der Strafe an, wenn

1. der Täter eine schwere Persönlichkeitsstörung aufweist und wegen einer vorsätzlichen Straftat zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verurteilt wird, nachdem er wegen vorsätzlicher Straftaten, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist und wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens einem Jahr Strafe verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat, und die Gefahr besteht, daß er weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird,

2. der Täter wegen einer vorsätzlichen Straftat, die auf seinen Geschlechtstrieb zurückzuführen ist, zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt wird und die Gefahr besteht, daß er im Zusammenhang mit seinem Geschlechtstrieb weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Die Unterbringung wird nur dann angeordnet, wenn nach dem Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen einer ärztlich geleiteten sozialtherapeutischen Anstalt zu seiner Resozialisierung angezeigt sind.

(2) Wird jemand wegen einer vor Vollendung des siebenundzwanzigsten Lebensjahres begangenen vorsätzlichen Straftat zu zeitiger Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt, so ordnet das Gericht neben der Strafe die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn

1. der Täter vor dieser Tat, aber nach Vollendung des sechzehnten Lebensjahres, zwei vorsätzliche, erhebliche Straftaten begangen hat, derentwegen Fürsorgeerziehung angeordnet oder Freiheitsstrafe verhängt worden ist,

2. vor der letzten Tat mindestens für die Zeit von einem Jahr Fürsorgeerziehung in einem Heim durchgeführt oder Freiheitsstrafe vollzogen worden ist und

3. die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten die Gefahr erkennen läßt, daß er sich zum Hangtäter entwickeln wird.

(3) Liegen bei einem Täter die Voraussetzungen des § 63 Abs. 1 vor, so ordnet das Gericht statt der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn nach dem Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen dieser Anstalt zu seiner Resozialisierung besser geeignet sind als die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

(4) In den Fällen des Abs. 1 Nr. 1 und des Abs. 2 gilt § 48 Abs. 3, 4 sinngemäß. In den Fällen des Abs. 2 bleibt die Durchführung der Fürsorgeerziehung außer Betracht, wenn zwischen ihrer Aufhebung und der folgenden Tat mehr als zwei Jahre verstrichen sind; in die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist.

(5) Eine Tat, die außerhalb des räumlichen Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeurteilt worden ist, steht einer innerhalb dieses Bereichs abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine vorsätzliche Tat wäre.

Anmerkung: Diese Vorschrift tritt erst am 1. 1. 78 in Kraft.

§ 67 (Reihenfolge der Vollstreckung)

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 bis 65 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, daß die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Abs. 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(4) Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes auch dann nach § 57 Abs. 1 zur Bewährung aussetzen, wenn noch nicht zwei Drittel der verhängten Strafe durch die Anrechnung erledigt sind. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

§ 67 d (Dauer der Unterbringung)

(1) Es dürfen nicht übersteigen die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zwei Jahre,

die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 1, 2 fünf Jahre und die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung zehn Jahre.

Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt.

(4) Wird der Untergebrachte wegen Ablaufs der Höchstfrist für die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung entlassen, so tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67 e (Überprüfung)

(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung zwei Jahre.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

§ 70 (Anordnung des Berufsverbots)

(1) Wird jemand wegen einer rechtswidrigen Tat, die er unter Mißbrauch seines Berufs oder Gewerbes oder unter grober Verletzung der mit ihnen verbundenen Pflichten begangen hat, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so kann ihm das Gericht die Ausübung des Berufs, Berufszweiges, Gewerbes oder Gewerbebezweiges für die Dauer von einem Jahr bis zu fünf Jahren verbieten, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und der Tat die Gefahr erkennen läßt, daß er bei weiterer Ausübung des Berufs, Berufszweiges, Gewerbes oder Gewerbebezweiges erhebliche rechtswidrige Taten der bezeichneten Art begehen wird. Das Berufsverbot kann für immer angeordnet werden, wenn zu erwarten ist, daß die gesetzliche Höchstfrist zur Abwehr der von dem Täter drohenden Gefahr nicht ausreicht.

(2) War dem Täter die Ausübung des Berufs, Berufszweiges, Gewerbes oder Gewerbebezweiges vorläufig verboten (§ 132 e der Strafprozeßordnung), so verkürzt sich das Mindestmaß der Verbotsfrist um die Zeit, in der das vorläufige Berufsverbot wirksam war. Es darf jedoch drei Monate nicht unterschreiten.

(3) Solange das Verbot wirksam ist, darf der Täter den Beruf, den Berufszweig das Gewerbe oder den Gewerbebezweig auch nicht für einen anderen ausüben oder durch eine von seinen Weisungen abhängige Person für sich ausüben lassen.

(4) Das Berufsverbot wird mit der Rechtskraft des Urteils wirksam. In die Verbotsfrist wird die Zeit eines wegen der Tat angeordneten vorläufigen Berufsverbots eingerechnet, soweit sie nach Verkündung des Urteils verstrichen ist, in dem die der Maßregel zugrunde liegenden tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden konnten. Die Zeit, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwehrt worden ist, wird nicht eingerechnet.

Anmerkung: Neben der vom Strafgericht ausgesprochenen Beschränkung kommt die Entziehung der Bestattung nach § 5 BÄO in Betracht. Allerdings hat das BVerwG durch Urteil vom 14. 2. 63 (Az.: I C 98.62) ausgesprochen, daß nach dem Grundsatz ne bis in idem die Verwaltungsbehörde durch eine rechtskräftig verhängte Nebenstrafe gemäß § 42 StGB gehindert sein kann, weitere darüber hinausgehende berufsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen. Diese Auffassung des

BVerwG gibt zu erheblichen Bedenken Anlaß und ist in der Literatur einhellig abgelehnt worden (vgl. Ule in DVerwBl. 1963 S. 674 ff. und Klerski in Bundesgesundheitsblatt 1963 S. 185 ff.). Der Umstand, daß ein Strafgericht bei der Verurteilung eines Arztes zu einer Freiheitsstrafe wegen Verstoßes gegen Betäubungsmittelgesetz und Verschreibungsverordnung von der Anordnung eines Berufsverbotes abgesehen hat, hindert die zuständige Verwaltungsbehörde nicht daran, das Ruhen der Approbation anzuordnen (OVG Berlin vom 25. 6. 75, I S 52.75); bei schwebenden Strafverfahren unterliegt die Anordnung des Ruhens einer Approbation grundsätzlich keiner zeitlichen Beschränkung (BVerwG) vom 19. 9. 70, I B 55.69).

§ 70 a (Aussetzung des Berufsverbots)

(1) Ergibt sich nach Anordnung des Berufsverbots Grund zu der Annahme, daß die Gefahr, der Täter werde erhebliche rechtswidrige Taten der in § 70 Abs. 1 bezeichneten Art begehen, nicht mehr besteht, so kann das Gericht das Verbot zur Bewährung aussetzen.

(2) Die Anordnung ist frühestens zulässig, wenn das Verbot ein Jahr gedauert hat. In die Frist wird im Rahmen des § 70 Abs. 4 Satz 2 die Zeit eines vorläufigen Berufsverbots eingerechnet. Die Zeit, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwehrt worden ist, wird nicht eingerechnet.

(3) Wird das Berufsverbot zur Bewährung ausgesetzt, so gelten die §§ 56 a und 56 c bis 56 e entsprechend. Die Bewährungszeit verlängert sich jedoch um die Zeit, in der eine Freiheitsstrafe oder eine freiheitsentziehende Maßregel vollzogen wird, die gegen den Verurteilten wegen der Tat verhängt oder angeordnet worden ist.

§ 70 b (Widerruf der Aussetzung und Erledigung des Berufsverbots)

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung eines Berufsverbots, wenn der Verurteilte

1. während der Bewährungszeit unter Mißbrauch seines Berufs oder Gewerbes oder unter grober Verletzung der mit ihnen verbundenen Pflichten eine rechtswidrige Tat begeht,
2. gegen eine Weisung gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung des Bewährungshelfers beharrlich entzieht

und sich daraus ergibt, daß der Zweck des Berufsverbots dessen weitere Anwendung erfordert.

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung des Berufsverbots auch dann, wenn Umstände, die ihm während der Bewährungszeit bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, daß der Zweck der Maßregel die weitere Anwendung des Berufsverbots erfordert.

(3) Die Zeit der Aussetzung des Berufsverbots wird in die Verbotsfrist nicht eingerechnet.

(4) Leistungen, die der Verurteilte zur Erfüllung von Weissagungen oder Zusagen erbracht hat, werden nicht erstattet.

(5) Nach Ablauf der Bewährungszeit erklärt das Gericht das Berufsverbot für erledigt.

(aus „Deutscher Ärztekalendar 1979“, Urban & Schwarzenberg)

(Schluß folgt)

Finanzen unter Dach und Fach

Bayerns Finanzen für die nächsten beiden Jahre sind unter Dach und Fach. Vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause hat der Landtag den Doppelhaushalt 78/79 gegen die Stimmen der Oppositionsparteien verabschiedet. Er hat in diesem Jahr ein Volumen von 30,3 Milliarden und im nächsten Jahr von 31,4 Milliarden Mark.

Der Verabschiedung des finanztechnischen Mammutwerks mit seinen dreizehn Einzelplänen ging eine über halbjährige politische Auseinandersetzung voraus, in der traditionell die unterschiedlichen Schwerpunkte der Parteien deutlich wurden. Bei der Vorstellung seines Haushaltsbuches nannte Finanzminister Streibl den Etat als einen Schritt zur Konsolidierung, der von „staatspolitischer Vernunft“ gekennzeichnet sei. Das Budget gehe von den Grundsätzen aus, sparsam wirtschaften und dennoch mehr Investitionen tätigen. Bei der Aufstellung des Haushalts ging der Finanzminister von Steuereinnahmen von 19,4 Milliarden Mark 1979 und 20,6 Milliarden Mark 1980 aus. Trotz steigenden Steueraufkommens seien jedoch die Staatsausgaben nur zu 65 Prozent durch Steuereinnahmen gedeckt. Von 1970 bis 1974 waren es noch 70 Prozent. Eine weitere Ausdehnung der Staatsverschuldung, mit der der ungedeckte Teil des Etats finanziert werden muß, wäre nach Ansicht von Streibl unverantwortlich. Derzeit würden 4 Prozent der Steuereinnahmen durch Zinsausgaben aufgezehrt. Auf die Zinsen dürften jedoch nicht mehr als 5 Prozent der Einnahmen entfallen. Deshalb stehe die bayerische Haushaltspolitik und die Finanzplanung von 1980 an unter dem Ziel der Konsolidierung und der Reduzierung von Schuldenaufnahmen. Zu hohe Kreditaufnahmen brächten keineswegs mehr politischen Handlungsspielraum, sondern führten zu Inflation, Handlungsunfähigkeit und Staatsbankrott.

Demgegenüber hatte die SPD den Etat als zu klein bezeichnet und auf-

grund von zu erwartender Steuermehreinnahmen von 300 Millionen Mark bereits des Haushalts von 1979 um 700 Millionen Mark gefordert. Mit diesem Geld sollten wichtige landespolitische Vorhaben verwirklicht werden. Die Forderung, die während der gesamten Haushaltsberatungen immer wieder aufgestellt wurde, ist jedoch von der Regierungspartei im Hinblick auf den staatlichen Schuldenberg stets abgelehnt worden.

Aufgrund von Steuermehreinnahmen von 335 Millionen Mark dehnte der Landtag jedoch kurz vor Schluß der Beratungen das Volumen des Staatsetats um fast 162 Millionen Mark auf 30,3 Milliarden Mark aus, das entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 6,9 Prozent.

Traditioneller Schwerpunkt des Budgets ist mit allein 8,9 Milliarden Mark der Kultusetat. Im Entwurf sah er annähernd 7000 neue Lehrerstellen vor, mit denen dann über 86 000 Lehrer im Dienst des Freistaates stehen. Über 1400 Stellen wurden für neue Hochschulen und Kliniken in Bamberg, Bayreuth und Augsburg geschaffen. Für den Polizeientwicklungsplan waren annähernd 1600 Neueinstellungen vorgesehen, für Justiz- und Strafvollzug über 500. Insgesamt wurden 12 000 Stellen neu geschaffen, dem Anträge auf 19 000 zusätzliche Planstellen gegenüberstanden. Nach Ansicht von Streibl sei dieser Kompromiß zwar nicht befriedigend, aber vertretbar. Neben den Ausgabeschwerpunkten im Bereich der inneren Sicherheit, der Verbesserung der Unterrichtssituation und der Bekämpfung der Lehrerarbeitslosigkeit betonte der Finanzminister die angestrebte Verbesserung der Finanzausstattung der Kommunen sowie die Strukturpolitik.

Deshalb hat auch der Etat des Wirtschaftsministeriums mit 22,5 Prozent die höchste Wachstumsrate aller Ressorts. Damit sollen die Mittel für die Grenzlandhilfe, die regionale

Wirtschaftsförderung für den Fremdenverkehr und die Mittelstandförderung heraufgesetzt werden, was der Sicherung und Schaffung neuer Arbeitsplätze zugute komme. Auch die bayerische Landwirtschaft kann mit einem weit überproportionalen Anstieg für spezielle Förderprogramme rechnen. Insgesamt steigt der Agraretat um 6,6 Prozent auf 1,4 Milliarden Mark.

Nach dem Haushaltsplan geben Landtag und Senat in diesem Jahr 61,8 Millionen (1980 53,7 Millionen) Mark, Staatskanzlei und Ministerpräsident 47,3 (49 Millionen), Innenministerium 4,8 Milliarden (5,0 Milliarden), Justizministerium 964 Millionen (1,0 Milliarden), Kultusministerium 8,9 Milliarden (9,4 Milliarden), Finanzministerium 1,4 Milliarden (1,5 Milliarden), Wirtschaftsministerium 883 Millionen (803 Millionen), Landwirtschaftsministerium 433 Millionen (452 Millionen), Sozialministerium 824 Millionen (868 Millionen), Oberster Rechnungshof 18,5 Millionen (18,8 Millionen), Ministerium für Bundesangelegenheiten 4,4 Millionen (5,9 Millionen), Allgemeine Finanzverwaltung 10 Millionen (10,5 Millionen) und Umweltministerium 187,5 Millionen (192,8 Millionen) Mark.

In der Schlußdebatte über den Doppeletat sprachen die Sozialdemokraten von einem „Haushalt der Widersprüche und Halbheiten“, in dem neue Akzente fehlten. Der Vorwurf ging sogar bis zu „steuerpolitischer Popularitätshascherei“, die auf Kosten der Gemeinden von der Staatsregierung und der CSU mit der Diskussion über Steuervereinfachungen betrieben werde. Die Steigerungsrate von unter 7 Prozent bezweifelte die FDP. Bei einem Vergleich der tatsächlichen Ausgaben des letzten Jahres mit den diesjährigen Ansätzen betrage die Steigerungsrate 8,5 Prozent. Deshalb könne man von einem sparsamen Haushalt nicht reden. Von der CSU wurde jedoch die Ausweitung des Haushalts nachdrücklich abgelehnt, damit der staatliche Schuldenberg nicht weiterwachse und noch ein kleiner Spielraum für neue Maßnahmen erhalten bleibe. Selbstverständlich wären mehr Ausgaben wünschenswert, aber „das sei beim besten Willen nicht drin“.

Michael Gscheidle

Satzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern

Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern hat am 21. Februar 1979 nachstehende Satzung beschlossen:

§ 1

Der Ärztliche Bezirksverband Niederbayern (im folgenden Bezirksverband genannt) ist gebildet aus den Ärztlichen Kreisverbänden des Regierungsbezirks Niederbayern. Er ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsegel.

§ 2

(1) Der Bezirksverband hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirks Niederbayern zu gewährleisten. Er hat ferner die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände mit der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer zu erleichtern.

Der Bezirksverband wirkt bei der Abgabe gutachterlicher Stellungnahmen der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber Behörden in Fällen des Ruhens, der Rücknahme, des Widerrufs und der Wiedererteilung der Approbation mit.

Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen.

(2) Der Bezirksverband ist berechtigt, Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten.

§ 3

Mitglieder des Bezirksverbandes sind die Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirks Niederbayern.

§ 4

Die Organe des Bezirksverbandes sind:

Die Mitgliederversammlung und der Vorstand. In der Mitgliederversammlung werden die Ärztlichen Kreisverbände durch ihre ersten und zweiten Vorsitzenden sowie durch die in ihrem Bereich gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vertreten.

§ 5

(1) Der Vorstand besteht aus je einem der in § 4 bezeichneten Vertreter der Ärztlichen Kreisverbände sowie mindestens drei weiteren Beisitzern.

(2) Der Vorstand und die notwendigen Ausschüsse sind von der Mitgliederversammlung des Bezirksverbandes auf die Dauer von vier Jahren zu wählen. Der erste und zweite Vorsitzende des Bezirksverbandes werden geheim und schriftlich gewählt.

(3) Die Amtsdauer der Mitglieder des Vorstandes und der Ausschüsse entspricht der Amtsdauer der Organe der Ärztlichen Kreisverbände. Die Zugehörigkeit zum Vorstand oder zu Ausschüssen ruht oder endet vor Ablauf der Amtsdauer bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 12 des Kammergesetzes. Das gleiche gilt, wenn die Mitgliedschaft bei einem Ärztlichen Kreisverband ruht oder bei keinem der dem Bezirksverband zugehörigen Ärztlichen Kreisverbände mehr besteht.

§ 6

(1) Der erste Vorsitzende, bei dessen Verhinderung der zweite Vorsitzende, vertritt den Bezirksverband nach außen. Er leitet die Geschäftsstelle des Bezirksverbandes.

(2) Die Genehmigung des Haushaltsplanes und die Entlastung des Vorstandes obliegt der Mitgliederversammlung.

§ 7

(1) Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen sind mit Tegeordnung vom ersten Vorsitzenden, bei dessen Verhinderung vom zweiten Vorsitzenden, einzuberufen. Vorstandssitzungen finden nach Bedarf statt; eine Mitgliederversammlung ist mindestens einmal im Jahr einzuberufen.

Auf Verlangen von mindestens einem Drittel der jeweiligen Organmitglieder ist eine Vorstandssitzung oder Mitgliederversammlung innerhalb einer Frist von 14 Tagen abzuhalten.

(2) Die Versammlungen des Vorstandes und der Mitglieder sind beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Organmitglieder. Die Beschlußfähigkeit bleibt bestehen, solange sie nicht angezweifelt wird.

§ 8

Der Bezirksverband untersteht der Aufsicht der Bayerischen Landesärztekammer und der Regierung von Niederbayern. Der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer ist auf Anfragen zeitgerecht Auskunft zu erteilen. Die Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer sind für den Bezirksverband bindend.

§ 9

Die Tätigkeit des Vorstandes und der Ausschüsse des Bezirksverbandes erfolgt ehrenamtlich. Aufwands- und Reisekostenentschädigungen sowie Ersatz für Zeitverlust werden nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gewährt.

§ 10

Die zur Erfüllung der Aufgaben des Bezirksverbandes erforderlichen Mittel sind von den Ärztlichen Kreisverbänden im Umlageverfahren aufzubringen.

§ 11

Öffentliche Bekanntmachungen des Bezirksverbandes erfolgen im „Bayerischen Ärzteblatt“.

§ 12

Diese Satzung tritt am 1. April 1979 in Kraft.

Straubing, den 21. Februar 1979

gez. Dr. Rixner
1. Vorsitzender

Satzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben

Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben hat am 7. April 1979 nachstehende Satzung beschlossen:

§ 1

Der Ärztliche Bezirksverband Schwaben (im folgenden Bezirksverband genannt) ist gebildet aus den Ärztlichen Kreisverbänden des Regierungsbezirks Schwaben. Er ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsiegel.

§ 2

(1) Der Bezirksverband hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirks Schwaben zu gewährleisten. Er hat ferner die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände mit der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer zu erleichtern.

Der Bezirksverband wirkt bei der Abgabe gutachterlicher Stellungnahmen der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber Behörden in Fällen des Ruhens, der Rücknahme, des Widerrufs und der Wiedererteilung der Approbation mit.

Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen.

(2) Der Bezirksverband ist berechtigt, Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten.

§ 3

Mitglieder des Bezirksverbandes sind die Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirks Schwaben.

§ 4

Die Organe des Bezirksverbandes sind:

Die Mitgliederversammlung und der Vorstand. In der Mitgliederversammlung werden die Ärztlichen Kreisverbände durch ihre ersten und zweiten Vorsitzenden sowie durch die in ihrem Bereich gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vertreten.

§ 5

(1) Der Vorstand besteht aus je einem der in § 4 bezeichneten Vertreter der Ärztlichen Kreisverbände sowie mindestens einem weiteren Beisitzer.

(2) Der Vorstand und die notwendigen Ausschüsse sind von der Mitgliederversammlung des Bezirksverbandes auf die Dauer von vier Jahren zu wählen. Der erste und zweite Vorsitzende des Bezirksverbandes werden geheim und schriftlich gewählt.

(3) Die Amtsdauer der Mitglieder des Vorstandes und der Ausschüsse entspricht der Amtsdauer der Organe der Ärztlichen Kreisverbände. Die Zugehörigkeit zum Vorstand oder zu Ausschüssen ruht oder endet vor Ablauf der Amtsdauer bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 12 des Kemmergesetzes. Das gleiche gilt, wenn die Mitgliedschaft bei einem Ärztlichen Kreisverband ruht oder bei keinem der dem Bezirksverband zugehörigen Ärztlichen Kreisverbände mehr besteht.

§ 6

(1) Der erste Vorsitzende, bei dessen Verhinderung der zweite Vorsitzende, vertritt den Bezirksverband nach außen. Er leitet die Geschäftsstelle des Bezirksverbandes.

(2) Die Genehmigung des Haushaltsplanes und die Entlastung des Vorstandes obliegt der Mitgliederversammlung.

§ 7

(1) Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen sind mit Tagesordnung vom ersten Vorsitzenden, bei dessen Verhinderung vom zweiten Vorsitzenden, einzuberufen. Vorstandssitzungen finden nach Bedarf statt; eine Mitgliederversammlung ist mindestens einmal im Jahre einzuberufen.

Auf Verlangen von mindestens einem Drittel der jeweiligen Organmitglieder ist eine Vorstandssitzung oder Mitgliederversammlung innerhalb einer Frist von 14 Tagen abzuhalten.

(2) Die Versammlungen des Vorstandes und der Mitglieder sind beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Organmitglieder. Die Beschlußfähigkeit bleibt bestehen, solange sie nicht angezweifelt wird.

§ 8

Der Bezirksverband untersteht der Aufsicht der Bayerischen Landesärztekammer und der Regierung von Schwaben. Der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer ist auf Anfragen zeitgerecht Auskunft zu erteilen. Die Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer sind für den Bezirksverband bindend.

§ 9

Die Tätigkeit des Vorstandes und der Ausschüsse des Bezirksverbandes erfolgt ehrenamtlich. Aufwands- und Reisekostenentschädigung sowie Ersatz für Zeitverlust werden nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gewährt.

§ 10

Die zur Erfüllung der Aufgaben des Bezirksverbandes erforderlichen Mittel sind von den Ärztlichen Kreisverbänden im Umlegeverfahren aufzubringen.

§ 11

Öffentliche Bekanntmachungen des Bezirksverbandes erfolgen im „Bayerischen Ärzteblatt“.

§ 12

Die Satzung tritt am 7. April 1979 in Kraft.

Augsburg, den 7. April 1979

gez. Dr. K. Hellmann
1. Vorsitzender

FDP-Parteitag

Parteitage stecken für die Parteiführungen im allgemeinen voller Risiken. Das gilt für die FDP in besonderem Maße. In den letzten Jahren hat die Zusammensetzung und die Stimmung der Delegierten häufig gewechselt. Die Parteiführung hatte die „Basis“ nicht sicher im Griff, was dann zu überraschenden und manchmal auch absonderlichen Beschlüssen führte. Die Parteiführungen sind in den letzten Jahren bescheiden geworden. Man betrachtet es schon als einen Erfolg, wenn die Parteitage so funktionieren, daß kein politisches Porzellan zerschlagen wird und die Parteivorsitzenden oder deren Erfüllungsgehilfen in Regierungsämtern einen Handlungsspielraum behalten. So gesehen, war der Bremer Parteitag der FDP für Genscher ein Erfolg, auch wenn seine Mehrheit in der Kernenergie-Politik an wenigen Stimmen hing. Genscher und Lambsdorff können weitermachen, jedenfalls mit einem Kanzler Schmidt. Die innenpolitische Landschaft hat sich mit dem Bremer Parteitag jedenfalls nicht verändert. Das ist schon eher von der Nominierung von Strauß zum Kanzlerkandidaten der Union zu erwarten.

Im Mittelpunkt des Bremer Parteitages stand die Diskussion über die Kernenergie. Themen von Gewicht waren daneben Steuerentlastung und Steuervereinfachung sowie vor allem die künftige Gestaltung des Alterssicherungssystems. Zum Thema Steuervereinfachung und Steuerentlastung hat die FDP wenig Originelles beigetragen, wenn man einmal davon absieht, daß dem Koalitionspartner SPD ziemlich brüsk die Forderung nach neuerlicher Steuersenkung zum 1. Januar 1981 präsentiert wurde. Was daraus in der politischen Praxis wird, bleibt abzuwarten. Immerhin muß 1980 erst einmal gewählt werden. Das Steuerpapier hat daher wohl in erster Linie den Sinn, die Partei vor Abwanderungen zur Bürgerpartei des Herrn Fredersdorf zu schützen. Festzuhalten bleibt freilich, daß der linke Flügel der Partei hertnäckig versucht, Steuerpolitik im Sinne der Nivellierung und damit der SPD zu betreiben; eine Mehrheit in der Partei gibt es dafür freilich nicht.

Politische Langzeitwirkung könnten dagegen die vom Bremer Parteitag verabschiedeten 32 Thesen zur Alterssicherung entfalten. Schmidt (Kempten) und Cro-

nenberg haben jedenfalls mit deutlicher Mehrheit für ihre liberale Position in der Sozialpolitik Rückendeckung erhalten. Das wird auch die SPD zur Kenntnis nehmen müssen. Schon jetzt läßt sich sagen, daß es den beiden heutigen Koalitionsparteien auf dem Feld der Sozialpolitik nach der Bundestagswahl von 1980 besonders schwerfallen wird, sich auf ein gemeinsames Regierungsprogramm zu einigen. Da ist das klare Bekenntnis der FDP zum gegliederten System der Sozialversicherung, da ist die Forderung nach einer Neuorientierung der Rentenanpassung, und da ist die vor allem für die Männer wichtige Besitzstandsgarantie bei der Reform der Hinterbliebenenversicherung, die auf dem Parteitag nicht ernsthaft bestritten wurde. Dies könnte freilich auch daran gelegen haben, daß die dem linken Parteiflügel zuzurechnenden FDP-Demen es vorzogen, auf dem Feld der Kernenergie und der Steuerpolitik zu kämpfen. So konnten sich Schmidt (Kempten), Cronenberg und Co. in stundenlangen, ermüdenden Diskussionen auf der ganzen Linie durchsetzen.

Die Thesen zur Alterssicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Rente soll beitragsbezogen bleiben. Am gegliederten System der Sozialversicherung wird festgehalten, die Einheitsversicherung abgelehnt. Raum soll allerdings für organisatorische Veränderungen bleiben, die auf mehr Wirtschaftlichkeit zielen. Ein Antrag, alle Alterssicherungssysteme aneinander anzugleichen, fand keine Mehrheit. Das System der Alterssicherung soll die Rentner vor dem sozialen Abstieg bewahren. Die ursprüngliche Absicht, für die Rentenversicherung ein festes Versorgungsziel zu nennen, nämlich von 60 Prozent des früheren Netto-Arbeitsentgelts, wurde fallengelassen. Damit wäre — aus der Sicht der Parteistreuten — wohl doch zu deutlich dokumentiert worden, daß die FDP einen gewissen Spielraum zum Absenken des Rentenniveaus sieht, denn heute beträgt das Rentenniveau nach 40 Versicherungsjahren gut 65 Prozent des Nettoverdienstes. Vereinzelt gab es Stimmen, die für eine Verbesserung des Rentenniveaus plädierten. Doch das hatte keine Chance, weil die Konsequenz massive Beitragserhöhungen wären, die die FDP in ihrer Mehrheit gerade nicht will.

Die alte FDP-Idee, jedem Bürger eine Grundversorgung aus öffentlicher Kasse zu gewähren, ist nun wohl endgültig tot. Jedenfalls wurde ein Antrag, jedem Bürger einen Rechtsanspruch auf Grundversorgung in Höhe der Sozialhilfe zu gewähren, mit großer Mehrheit abgelehnt. Die FDP hat also das heutige Rentensystem voll akzeptiert; sie möchte jedoch das jährliche Anpassungsverfahren ändern. Bezugspunkt für die Rentenerhöhung soll nicht mehr das Brutto-Einkommen der Versicherten sein, sondern das Netto-Einkommen. Für die FDP gilt als Grundsatz: die verfügbaren Einkommen der Rentner sollen nicht mehr wie in der Vergangenheit schneller steigen als die verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmer.

Für die Reform der Hinterbliebenenversorgung hat die FDP erwartungsgemäß die von der „Renten-Kommission 84“ vorgeschlagene Variante 3 übernommen. Mann und Frau sollen danach künftig dadurch gleichbehandelt werden, das der jeweils überlebende Ehepartner eine Rente in Höhe von 70 Prozent der Gesamtversorgung beider Ehepartner erhält. Diese Rente soll aber mindestens 100 Prozent der von dem überlebenden Ehepartner selbst erworbenen Anwartschaften betragen. Dadurch sollen Eingriffe in Rentenansparungen, die auf eigener Beitragsleistung beruhen, vermieden werden. Der Landesverband Nordrhein-Westfalen und Lambsdorff hatten sich dafür ausgesprochen, den Satz von 70 Prozent auf 65 Prozent zu senken, um Mehrbelastungen für die Rentenversicherung auszuschließen. Die Mehrheit entschied dagegen, was Lambsdorff veranlaßte, sich am Ende der Stimme zu enthalten.

Der Minister hat wohl richtig erkannt, daß die Beschlüsse der FDP trotz Netto-Anpassung nicht zu bezahlen sein werden, zumal die vorgesehene Anrechnung von Erziehungszeiten über den Bundeshaushalt finanziert werden soll. Auch sollte die sogenannten versicherungsfremden Leistungen, wie Ausfall- und Ersatzzeiten, dem Staat angelastet werden. Nach 40 Jahren soll die Versicherungspflicht künftig enden — sicherlich ein unrealistischer Vorschlag der FDP, da er die Risiken der Rentenfinanzierung noch vermehrt. Die Altersgrenze soll wirklich flexibel gestaltet werden: für den früheren Bezug der Altersrente soll es Abschläge, bei späterem Bezug soll es Zuschläge geben.

Das Rentenpapier der FDP hat starke Seiten, aber auch schwache Stellen. Dennoch muß man der FDP attestieren, daß sie sich in der Rentenpolitik im Vergleich zu den beiden großen Parteien um realistischere Positionen bemüht.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Arthur Boskamp ist Ehrenmitglied des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ). Von seinen großen Verdiensten um diesen will ich hier nur einige herausragende erwähnen. Schon im Jahre 1965, also noch vor der Gründung des BDSÄ, gab Boskamp eine Ärzte-Lyrik-Anthologie heraus und seit September 1969 in zwangloser Folge die Zeitschrift „aeskulap dichtet, aeskulap malt“, deren elfte Nummer eben jetzt im Februar 1979 erschienen ist. Bei seiner alljährlichen Ausstellung „Äskulap malt“ auf dem Karlsruher Therapiekongreß, den viele Kollegen besuchen, richtete er eine besondere Abteilung mit den Werken der Schriftstellerärzte ein.

Anlässlich seines 60. Geburtstages (geboren am 6. August 1919 in Danzig) hat Confrère Ernst Rossmüller in feinsinniger Weise des Dichters und Malers Boskamp gedacht. Die Veröffentlichung dieses Essays sei ein bescheidener Dank der bayerischen Schriftstellerärzte für sein Wirken in unserem ärztlichen Kreise, dem sich auch der „Äskulap und Pegasus“ mit den besten Wünschen für weitere erfolgreiche Arbeit anschließt.

Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen

Arthur Boskamp — Sechzig Jahre von Ernst Rossmüller

Ohne den Traum des Unerreichbaren gibt es kein erreichbares Ziel. Wie kann diese unmenschliche Welt menschlicher werden? Diese Frage klingt immer wieder durch seine Verse und Bilder. Sie ist für ihn ein dringliches Postulat auf dem langen Weg des Menschen zur Menschlichkeit, aus dem sein schriftstellerisches, künstlerisches, verlegerisches und kunstbetreuerisches Werk zu verstehen ist.

Wer Boskamps Gedichte liest, spürt, daß er sich aufgerufen fühlt, dämonische Kräfte abzuwehren, die einen bestimmen wollen. Dies auf sehr verschiedene Weise, ernst, humorvoll, kritisch, aber immer hoffnungsvoll und Hoffnung machend. Hinter ihm steht eine elementare Kraft, die es ihm erlaubt, die vielfältigen Facetten seiner Persönlichkeit zur vollen Wir-

kung zu bringen, sogar gelegentlich als Außenseiter zu gelten, der mit Macht und Management wenig im Sinn hat. Aber weit gefehlt, und davon sprechen seine Erfolge als Unternehmer und politisch Ambitionierter, der es sich leisten kann, das, was er für richtig hält, auch zu tun und zu sagen — immer wieder.

Sein Engagement für alles Künstlerische ist nur zu verstehen, weil er besessen ist von den Geheimnissen der menschlichen Beziehungen. Er schreibt genau und wahrhaftig, selbst wenn vermeintlich Unwichtiges geschieht, aus einem unerblicklichen Gedankenstrom, der jede sinnliche Wahrnehmung, jedes Ereignis, jeden Einfall auslöst und andererseits Gefühle, wie Freude, Mitleid, Angst und Hoffnung, aufzeigt. Dabei hilft er, Einseitigkeiten zu überwinden, d. h. die Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit, einander zu verstehen.

Lyrik gewinnt heute in ungeehrter Weise an Bedeutung, weil sie die Vereinsamung in der Massengesellschaft zu mildern vermag und dieses einst esoterische Anliegen mehr und mehr Notwendigkeit wird, sei es produktiv oder rezeptiv.

Boskamps Lyrik und Sprechweise ist voll Realitätsbezogenheit, seine Psychologie ist nachvollziehbar, sie signalisiert im besonderen das Allgemeine. Sie demonstriert nicht Gefühle, sie hat sie einfach, sie beansprucht nicht Interesse ausschließlich für Sonderfälle, für nicht selbst erlebte Neurosen und Gefühlsdysosynkrasien, sondern auch für alltägliche Sorgen. Damit hat sie die breite Anteilnahme des Lesers.

Dem Kapitel „Im Netz der Liebe“ aus dem Buch „Wo endet dieser Weg“ wendet Boskamp unverstellt seine lyrische und positive Seite zu. Daß der Mund küßt, ißt und redet, bedeutet für ihn und um wieviel mehr für alle, die am Greifbaren haften, daß wir durchaus dem Unbegreiflichen gegenüberstehen. Frauen sind für ihn geborene Französinen, durch ihren Sinn für das Maß und durch ihren Hang zum Maßlosen. Trotzdem glaubt man ihm, keine Geliebte aufgeben zu können, ohne sich erlahmende Phantasie vorzuwerfen. Und wiederum ist für ihn der innerste Sinn der Ehe die wechselseitige Auflösung und Palingenese: wahre Ehe ist darum nur durch den Tod auflösbar, ja eigentlich auch durch diesen nicht. Soweit in seinen Versen.

Der Abschnitt „Zwar birgt Gefahr dort jener Glitzerberg“ ist nicht nur Fortset-

Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt — aber nicht bei jedem Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

Contraneural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Acid. acetylosalicylic. 250 mg, Phenacetin. 250 mg, Codein. phosphoric. 9,6 mg; 1 Supp. für Erwachs. enthält Acid. acetylosalicylic. 400 mg, Phenacetin. 400 mg, Codein. phosphoric. 19,2 mg; 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylosalicylic. 100 mg, Phenacetin. 100 mg, Codein. phosphoric. 4,8 mg; 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylosalicylic. 50 mg, Phenacetin. 50 mg, Codein. phosphoric. 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden; zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und febrilen Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastro-intestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genalisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Warnhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder. Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWSL; Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWSL; Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWSL; Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWSL; Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWSL. Anstaltspackungen.



Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH, Gamburg

zung, sondern Steigerung des sozialkritischen und satirischen Buches „Die auf dem Esel reiten“ sowie „Tanzende Schatten“. Wie nichts, quält ihn die Vergeweltigung der Natur, ein starkes Ingrediens unserer Kultur seit hundert Jahren, deren Antwort und Zurückschlagen er mit größter Sorge erwartet.

Zuletzt kommen eber Bilder, wie das „Schiff der Hoffnung“ oder der „Blühende Baum“, trotz aller Bedenken und Sorgen um unser aller Zukunft. Er sucht das vom Quirl der „Ismen“ aufgerührte trübe Miasma zu durchleuchten, bis hin zum unverstellt Menschlichen, das doch einmal wieder zum Vorschein kommen muß, um mögliche Konfliktlösungen aufzuzeigen. Schließlich führt er uns in seinem aktuellen, ermutigenden Gedicht „Vertraute Bäume schwinden“ vor Augen:

„Aber euch dies ist Gottes Wille,
Und die gewendelte Erde trägt
Unglück und Glück - Trauer und Freude,
Tod und neue Geburt wie vorher.“

Sehen wir dahinter die alte Weisheit durchschimmern: Gofit schreibt gerade – auch auf krummen Zeilen? Dies uns begreiflich zu machen, ist wohl sein größtes Verdienst, auf vielfältige Weise, aber auch er selbst findet Frieden nur in seinem „Bin ich ganz dem Werk ergeben“, und er weiß auch, daß noch wer dahintersteht.

Parallel dazu vollzieht sich die Entwicklung seines darstellend künstlerischen Werkes. Vom Bemühen, unmittelbare Erlebnisse wiederzugeben, Reiseberichte zu vermitteln in den Jahren 1962 bis 1973 Alltägliches, Allzutägliches, genüßlich und auch kritisch vorzutragen, verdichtet sich seine spätere Produktion bis hin zu Chiffren aus schwarz-weißen, hart-bunten und fluoreszierenden Farben. Unverkennbar der sehr persönliche Duktus. In den letzten drei Jahren gelingt der Sprung in immer stärkere poetische Imagination. Es tritt der sozialkritische depressive Pathos zurück, der uns in seinen Bann zog, statt vieler Fragezeichen ergeben sich gute Antworten, die sich oft finden, noch bevor eine Frage ausgesprochen ist. So kulminieren die beiden Kalendertitelbilder 1978 und 1979 weit über jedem unmittelbaren Erlebnis, jeder Belehrung, jedem Stilisierungsversuch politischen Lebensklimas als Ausdruck reinen Kunstwillens. Dunkel schwebt seine reine Lyrik, sei es auch nur durch einen offenen Schluß, sei es durch eine Frege.

„Nicht fragen:
Blühen wie der Baum
Und nicht fragen: warum?
Wandern wie der Wind
Und nicht fragen: wohin?
Fellen wie das Blatt
Und nicht fragen: wenn?“

Durch den Gedichtzyklus „Herren der Erde“, voll Zweifel und Bedenken, lesen wir zwischen den Zeilen, und nehmen wir mit, daß Wissen wenig, im rechten Bezug zu wissen viel, im rechten Punkt zu wissen alles ist. Und darum sind seine Werke so unerhört plastisch, weil man sie nicht nur liest, sondern sich mit ihnen identifiziert.

Ich weiß nicht mehr, wer einmal gesagt hat, daß ein ebenso großer Künstler der Sammler und noch mehr der Förderer sei. Hier soll besonders ein Boskamps Heuszeitung „eeskulep dichtet, eeskulep malt“ gedacht werden, die nach einigem Suchen ihren spezifischen Stil und Gehalt gefunden hat.

Jede neue bedeutende Bekanntschaft bewirkt ein Auseinanderfallen und eine neue Integration, zerlegt uns, setzt uns aufs neue zusammen und ist dadurch von größter Wirksamkeit. Starke Eindrücke formen, weil sie uns Freiheit und Bindung bringen. Er stellte sich seit je dieser Auseinandersetzung, förderte sie mit seiner ganzen dynamischen Persönlichkeit und gewann damit. Man glaubt, ihn inmitten der Ereignisse finden zu können. Ereignisse, die wie Wellen sind, die den Geist bedrohen, ihn aber auch tragen. Seite für Seite, Bild für Bild macht er Front gegen die Vorurteile, deren gefährlichste in uns selber sind. Sie aufzulösen, ist letztlich das eigentlich Schöpferische, das hier ein kritisches, nachdenkliches, aber auch lyrisches Werk entstehen läßt.

Auch daraus wird ein Werk, weil die Gegenwart die absolute Leidensseite der Existenz ist – aber nur ein Provisorium. Welche Möglichkeiten ergeben sich dem Künstler, der den Schlüssel gefunden hat, das Fremde zu scheuen, was die Fremdheit hindert, das Vertraute zu erkennen, das die Vertrautheit verwehrt? Gibt es

doch – cum granu selis – so viele geistige Personen, als es Begegnungen gibt. Muß nicht der Künstler die Fähigkeit haben, jede Situation symbolisch zu erkennen? Während es ringsum die Schwäche des jetzigen Menschen ist, daß er die Situation analytisch behandelt und dadurch das Zaubrische auflöst. Dazu kommt, daß der Älterwerdende erkennt, durch alle Lebensverhältnisse und Verkettungen schuldig zu bleiben; doch zugleich wird ihm immer deutlicher, daß in jedem Menschen seine Art Unschuld wohnt, die ihn aufrecht hält, er selbst weiß nicht wie. Es wächst dem Reifenden das Vermögen zu, schärfer zu trennen, aber auch inniger zu verbinden. Ein Rest aber wird bleiben, wenn er glaubt, alles zu verstehen – das völlig Einfache aber nicht. Schopenhauer bletet, wie so oft, Hilfe, wenn er sagt, nicht in der Weltgeschichte, wie die Professoren-Philosophie es wähnt, sei Plan und Ganzheit, sondern im Leben des einzelnen. Und nicht minder führt hier jeder Stoff von jedem Punkt ins Unendliche.

Durch diese Prägung fand Boskamp seinen Weg, seinen Stil und sein Thema. Den Stil dieser Zeit und ihr Thema, die beide immanent in der Luft liegen. Er beherrscht die klassische Form, das Sonett, die Stanze, seine Übersetzungen französischer Dichter sind beispielhaft, ein Weg, der gegangen sein mußte, Wort für Wort und mit viel Freude. Er nutzt seine Mittel, Wort und Stift, und er ist altruistisch genug, seine Freunde selbstlos vorzustellen, wenn er glaubt, daß ihre Stimmen neben seiner notwendig sind. Um ihn ist das verlässliche Klima der Zusammengehörigkeit und wer, nehmend oder gebend an seinem Haus mitbeute, gehört von Anfang an dazu.

Kürzlich schrieb Andreas Schuhmann über die 10. Heusschrift „eeskulep dichtet, eeskulep malt“, die mit „Erfahrung, profunder Kenntnis, literarischem Gespür, sichtlicher Liebe, mit Freimut, aufgelockert von der zeichnerischen Meisterei eines wahrlich Kunstverliebten so viel an dichterisch Schönem und Ausgereiftem, gehoben durch eine prächtige Vielfalt an Ausdruckskraft, an Phantasie und gekonnter und disziplinierter Sprache“ an die Freunde des Hauses Boskamp gereicht wurde. Und er sprach vom Verdienst und Bekenntnis. Nicht viele werden wissen, daß die Wurzeln dieses Gefestigten viel tiefer reichen, als in unsere Zeit; in der 7. Heusschrift „eeskulep“ hat er davon Zeugnis gegeben. Nur wenige kennen den Preis dafür: unendlich viel Resignation, Verzicht und Entsagung und das Wissen, daß ihm eigentlich nicht mehr viel geschehen kann. Erinnert sei an den Verlust der geliebten Heimat, der



Vaterstadt Danzig, des Elternhauses, kriegerische Wirren und Flucht, an den Kampf um die Neugründung des Werkes und dessen Ausbau. „Es ragten so stolz die Kirchen“, eines seiner Gedichte für viele, die seine Jugend und Kindheit beschwören.

Man muß eines Tages darüberstehen, um diese tolle Welt nur bildhaft erblicken zu können. Doch denn bricht es wieder aus ihm, und er stellt sich den drängenden vitalen Problemen, in die sich die Menschen geradezu zwanghaft verstricken – und verlieren. Er weiß, daß man einen Krieg nicht nur nach außen, sondern auch nach innen verlieren kann. Vielleicht kennt er das Wort Frenz Joseph I.: „Der Kaiser ist dazu da, das Volk vor seinen Politikern zu schützen!“

Jedenfalls hält Boskamp viel davon, sich zu einer rechten Sache zu bekennen, auch wenn es viel Kraft kostet, zumal es hohe Zeit ist. Nicht selten prallt sein sozialkritisches Anliegen von allen Seiten gegen das mauerfeste Gefängnis der Philisterwelt, das ihn umgibt.

Und immer wieder fließen aus seiner virentiven Reflexionen in seine vielbewunderten Kalenderbilder, in seine Illustrationen und seine Gedichte. Erinnert sei an seinen zweisprachigen deutsch-englischen Band „Lang schien die Reise – The journey seemed long“, ein höchst interessanter Versuch, seine Gedichte in englischer Sprache neuzuschöpfen. Ein geglücktes Unternehmen, das ihm sichtlich am Herzen lag, ist die Verbindung und Einschmelzung seiner Gedichte mit seinen Bildern, Grafiken und Aquarellen zu einem beachtlichen Gesamtkunstwerk. Engagiert findet sich neben zeitloser Lyrik profunde Zeitkritik, doch vom Grunde aus positiv und optimistisch. In den letzten Jahren erschienen die Gedichtbände: „Zuviel Schwung“, „Auf dem Esel reiten“, „Schiff der Hoffnung“, „Wo endet dieser Weg“.

Meist im gleichen Sinne die von ihm besorgten aufwendigen Anthologien und zahlreichen Ausstellungen von Büchern und Bildern schriftstellerisch tätiger und malender Ärzte.

Das künstlerische Erlebnis, das Boskamps Malvorgang lenkt, ist die Begegnung mit dem Thema. Er ist am schöpferischsten, wo er sich die größten Freiheiten nehmen kann: visionär und reuschhaft sind seine Abstraktionen. Bewegliche Medien und feste Körper vertauschen ihre Konsistenz und wachsen somit in neue Lebensbereiche. Nichts lenkt von der „hörbaren Stille“ ab, die die Lendenschaft erfüllt. Immer öfter gelingt es seiner meisterlichen

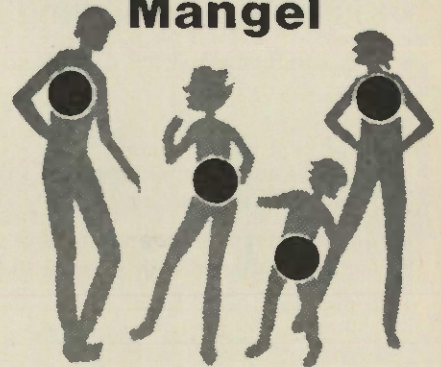
Behandlung der Farbe und der Komposition, seine Vorstellung und Eingebung zu verwirklichen. Manchmal steht seine Art zu komponieren gegen jede Konvention, drängt die Farbe zum Eigenwert und will suggestiv wirksam werden. Mit Kraft, ja mit Gewalt erfüllte Farbe wird in großen Pinselschlägen zur Impression, wie „Finale Ligore“, „Borgo“, „Ischie Porto“, „Beuernhof in der Marsch“. Das Ergebnis gesteigerter Sinneswahrnehmungen sind „Temino und Pemina“, „Boote in Marbella“, „Studie in Grün“, „Segelregatta“. Manche Bilder sind von einer pantheistischen Netursicht, schwindendem Umriß; die feuchte Materie gibt den Dingen ihre Bewegungsfähigkeit, man spürt das Kommen und Gehen im Wandel der Zeiten in den „Phantastischen Lendkarten“, „Wecht an der Küste“. Das Menschliche, so soll es verstanden werden, ist der vom Licht gesteigerten Dingwelt gleichbedeutend, und wir erkennen, wie sich die Freude am Gesteltheften, bis hin zum vielfältigen Linienspiel findet. In erregter, schneller Pinselschrift erhalten lyrisch fixierte Themen, wie „Don Quichotte“ und „Sencho Pansa“, „Erde und Forscher“, „Harmonie im Tenz“, „Regatta“, „Geschwindigkeit“, prägnanten Ausdruck. Später nimmt die farbige Intensität zu und macht das Lineare entbehrlich. Unwirklicher und heftiger erleben wir insgesamt in seinen Bildern die Umwelt, als es vielleicht unsere Zeit sehen will, bisweilen aber sind sie nicht mehr, als eine leise Ahnung um eine kaum wahrnehmbare Bewegung. Auch wenn er nur erzählt, verlangt er seinen Einfällen poetische Wirkung ab, bisweilen nur mit dem Kunstgriff, den Standpunkt weitab vom Objekt zu wählen, so daß dieses nur als optisch farbige Erscheinung zur Geltung kommt. Aber „was man nicht aus dem Kopf malen kann, kann man überhaupt nicht malen. Wir malen nicht die Natur, wie sie ist, sondern wie sie uns erscheint“, bemerkte einst Max Liebermann. Diese Maxime ist bei Boskamp erfüllt. Eine weitere Formel ist zutreffend, die einige Wahrheit enthält, daß das Leben dessen schön ist, der einen Gedanken seiner Jugend im reifen Alter verwirklichen kann.

Außerdem, um auf den Anlaß dieses Berichtes zurückzukommen, glaube ich, daß es nach dem herrlichen Wort von Pousin „je n'ai rien négligé“ ein Fest ist, jeden Geburtstag zu feiern, der mit dem Sechzigsten beginnt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. E. Rossmüller, Internist, Söttlstraße 3, 8000 München 90

Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände
bei Diätkuren,
chronischem Alkoholabusus,
bei Einnahme von Kontrazeptiva
zur Therapie bei
nächtlichen Wadenkrämpfen,
latenter Tetanie,
stenokardischen Beschwerden
zur Prophylaxe bei
Calciumoxalatstein-Diathese
als Zusatztherapie bei
Pankreatitis, Leberzirrhose,
Arteriosklerose

Zusammensetzung: Oragées: 1 Dragée enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 100 mg, Magnesiumcitrat tert. 3 H₂O 230 mg, Magnesiumnikotinat 5 mg.

Magnesium-Gehalt: 3,3 mval (40 mg).

Konzentrat: 1 Beutel (5 g) enthält: mono-Magnesium-L-diaspartat 1603 mg, Aneurinnitrat (Vit. B₁) 2 mg, Riboflavin (Vit. B₂) 3 mg, Pyridoxin-HCl (Vit. B₆) 3 mg, verdauuliche Kohlehydrate 2800 mg.

Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg).

Ampullen: 1 Ampulle (10 ml) enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 1 g, Magnesium-Gehalt: 6,3 mval (77 mg).

Indikationen: Magnesiummangel bei Ernährungsstörungen, Diät, chron. Alkoholabusus, während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Einnahme von Kontrazeptiva, Eklampsie, Präeklampsie, Spasmophilie, latente und normocalcämische Tetanie, Myalgie, nächtl. Wadenkrämpfe, Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne. Adjuvans bei Cephalalgie, stenokardischen Beschwerden, essent. Hypertonie. Zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefahrung, Myokardnekrosen, bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

Kontraindikationen: Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose.

Mg-Ampullen: Myasthenia gravis, AV-Block, Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose. Die Injektion von Magnesium Verla bei gleichzeitiger Herzglykosidtherapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen: Bei zu rascher intravenöser Injektion kann es im Einzelfall zu Bradykardie, Überleitungsstörungen, peripheren Gefäßerweiterungen, Verschwinden des Patellarreflexes und – im Extremfall – zur Atemlähmung kommen. Diese Erscheinungen lassen sich durch intravenöse Calciuminjektion sofort beheben.

Handelsformen und Preise: 50 Oragées OM 6,50, 150 Dragées OM 16,15, Konzentrat 2D Beutel OM 9,30, 50 Beutel DM 20,95, 3 Ampullen DM 4,60, 10 Ampullen DM 14,10.

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm (soweit nicht anders angegeben):

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

I. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

12. September 1979

Chirurgie I

Dar Polytraumatisierte – Bauchverletzungen – Schuß-, Stich- und Schlagverletzungen

3. Oktober 1979

Chirurgie II

u. a. dar akute Verschluss – Gefäßverletzungen usw.

24. Oktober 1979

Dar neurologische Notfall

u. a. Querschnittssyndroma – Krampfanfälle usw.

21. November 1979

Rundtischgespräch

Notfall- und Katastrophenmedizin

Letzter Anmelde Termin: jeweils 10 Tage vorher

Begrenzte Teilnehmerzahl

II. Augenheilkunde

Kopf- und Augenklinik Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Laydhacker

Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte am 17. November 1979

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Themen: Ihr Patient fragt Sie wegen Brillanproblemen – Eltern fragen Sie wegen Augenproblemen dar Kinder – Erste Hilfe bei Verletzungen, Glaukomanfall oder Verätzung – Untersuchungsmethoden des Auges ohne besondere Hilfsmittel für den Allgemeinarzt – Medikamentenschäden des Auges – Fragen von Glaukom-Kranken an den Hausarzt – Allgemeine Gesundheitsüberwachung durch den Hausarzt bei Glaukom-Kranken

Letzter Anmeldetermin: 1. November 1979

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Laydhacker, Universitäts-Augenklinik, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, Telefon (09 31) 2 01 - 24 02

III. Chirurgie

Akademisches Lehrkrankenhaus Starnberg, Chirurgische Klinik

Leitung: Chefarzt Dr. W. Grill

Klinisches Wochenende

vom 19. bis 21. Oktober 1979

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Themen: Operative Probleme in der täglichen Praxis – Abdominal-Chirurgie – Traumatologie – Das stumpfe Bauchtrauma – Die Behandlung des infizierten Knochenbruchs

Letzter Anmeldetermin: 10. Oktober 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. F. P. Gall

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 22. bis 26. Oktober 1979

Beginn: 8.00 – Ende: 16.45 Uhr

Notfallmedizin – München

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

September bis Dezember 1979

14./15. September
Sonographie, München

28./29. September
Sonographie, Regensburg

6. Oktober
Innere Medizin, Würzburg

8. – 12. Oktober
Innere Medizin, II. Med. Klinik der TU München, Klinikum r. d. Isar

15. – 19. Oktober

Innere Medizin, I. Med. Klinik der TU München, Klinikum r. d. Isar

15. – 19. Oktober

Innere Medizin, Med. Klinik II der Universität, Klinikum Großhadern, München

19. – 21. Oktober
Chirurgie, Starnberg

22. – 25. Oktober

Pädiatrie, München

22. – 26. Oktober
Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

22. – 26. Oktober

Chirurgie, Würzburg

22. – 26. Oktober

Innere Medizin, Med. Klinik Innenstadt der Universität München

26./27. Oktober

Phonokardiographie, Teil I, München

27. Oktober

Ergometrie, Höhenried

29. Oktober – 2. November

Chirurgie, München

9./10. November

Pädiatrie, Erlangen-Nürnberg

9. – 11. November

Prakt. EKG, Teil I, München

17. November

Augenhilfskunde, Würzburg

23. – 25. November

Prakt. EKG, Teil II, München

7./8. Dezember

Kardiologie, München

Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm, klinische Visiten, Referate aus den Spezialgebieten der Klinik und Beteiligung an den Arbeitsbesprechungen

Themen der Referate: Eingriffe in der Allgemein-, Abdominal-, Thorax-, Gefäß-, Unfall-, Kinder- und Handchirurgie sowie in der Urologie

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

V. Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 22. bis 26. Oktober 1979

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr

Themen: Ulkuskomplikationen (Divertikulose und Divertikulitis) — Abdominalverletzungen — Kontinente Sphinkterplastik — Venöse Thrombektomie — Pleuraempyem — Hüftpfannenbrüche — Der Schmerz am Handgelenk

Kolloquien, Demonstrationen im Operationsaal und in der Ambulanz werden durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Besprechungen möglich.

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

VI. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 29. Oktober bis 2. November 1979

Täglich 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr: Beteiligung am Operationsprogramm (Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie), Teilnahme an Visiten aller Stationen

Nachmittags Vorträge und Diskussionen
Themen: Spezielle Indikationen und Operationsverfahren in der Bauch-, Thorax-, Gefäß-, Hand-, Unfall- und Plastischen Chirurgie

Letzter Anmeldetermin: 19. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

VII. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Chefarzt: Dr. H. Hofmann

**Ergometrie-wochenende
am 27./28. Oktober 1979**

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 60,—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

VIII. Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

3. Kardiologisches Seminar am 6. Oktober 1979

Beginn: 9.00 Uhr — Ende 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, Würzburg

Theme: Koronare Herzkrankheit — Grenzen und Möglichkeiten der konservativen Therapie

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. P. Polzien, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 33

IX. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Ley

Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 8. bis 12. Oktober 1979

Zeit und Themen werden noch bekanntgegeben

Letzter Anmeldetermin: 28. September 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

X. Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

19. Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 15. bis 19. Oktober 1979

Beginn jeweils 8.15 Uhr — Ende 17.00 Uhr

15. Oktober 1979

Aktuelle therapeutische Gesichtspunkte (Therapie der Herzinsuffizienz — Langzeittherapie nach Herzinfarkt — Antibiotikatherapie — EKG-Kurs: Rhythmusstörungen — Fibrinolytische Therapie — Praktische Gesichtspunkte in Diagnose und Therapie von Mikrozyklationsstörungen)

16. Oktober 1979

Röntgendemonstration: CT in der Inneren Medizin — Nichtinvasive Untersuchungsverfahren in der Kardiologie — Die Bedeutung der klinischen Untersuchung

in der Diagnostik von Herzkrankheiten — Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden in der Diagnostik von Herzkrankheiten — Ergometerbelastung — Pathologisch-anatomische Demonstration — Arterielle Embole, Venenthrombose und Lungenembolie — Demonstration: Echokardiographie, Thalliumsintigraphie, EKG-getriggerte Herzbinnenraumdarstellung mit Technetium

17. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Lungen- und Bronchialerkrankungen einschließlich Biopsie — Lungen- und Bronchialerkrankungen — Pulmonale Hypertonie — Cor pulmonale chronicum — Diagnostische Möglichkeiten bei den nichttumörösen Lungenerkrankungen — EKG-Kurs: Schrittmacher-EKG — Diagnostische Möglichkeiten bei den malignen Neubildungen im Brustkorb — Falldemonstration

18. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Therapeutische Vasookklusion — Prognose von Patienten mit Herzklappenprothesen, Bioprothesen — Bradykarde Rhythmusstörungen — EKG-Kurs: Infarkt-EKG, Myokarditis, Perikarditis — Pharmakinetische Gesichtspunkte bei der Therapie von Herzkrankheiten — Hämatologischer Kurs — Demonstration: Schrittmacherfunktionsprüfung

19. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Röntgenuntersuchung in der Gastroenterologie — Hämatologie — Morbus Hodgkin-Diagnose und -Therapie — Non Hodgkin-Lymphome-Diagnose und -Therapie — Krebs-therapie — eine interdisziplinäre Aufgabe — Hämatologischer Kurs — EKG-Kurs: Tachykarde Rhythmusstörungen — Praktische Übungen — Allgemeine Diskussion und Schlußbesprechung

Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1979

XI. Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München, Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. Paumgartner

Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 15. bis 19. Oktober 1979

Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr (am 19. Oktober 1979 um 13.00 Uhr)

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F 8, Zimmer Nr. 202

Röntgendemonstrationen — Klinikkonferenzen — Klinische Visiten

Themen: Gastroenterologie und Hepatologie — Endokrinologie und Stoffwechsel — Intensivmedizin

Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

XII. Innere Medizin

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1
Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 22. bis 26. Oktober 1979

Beginn: 8.15 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr
Aktuelle diagnostische und therapeutische Themen aus Teilgebieten der Inneren Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie einschließlich Intensivmedizin, Nephrologie, Endokrinologie, neurologische und rheumatologische Erkrankungen aus den Grenzgebieten der Inneren Medizin)
Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

XIII. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen

Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebenig und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein
Lothstraße 2 und 11, München 2

7. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 7./8. Dezember 1979

Programm A (nur für niedergelesene Ärzte):

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. Rudolph) — Beginn täglich 8.30 Uhr — Ende 17.00 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags *Praktik*: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik-spez. kardiologische Diagnostik — Kardiologische Therapie — Kardiologische Visite — Klinisch kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags *Referate*: Diagnostische Verfahren in der Kardiologie

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeier) — Beginn täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags *Referate*: Themen werden noch bekanntgegeben

Nachmittags *Praktika*

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Letzter Anmeldetermin: 28. November 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

XIV. Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsveranstaltung für Kinderhellkunde am 9./10. November 1979

Zeit und Themen werden noch bekanntgegeben

Letzter Anmeldetermin: 31. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

XV. Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Kinderkrankenhaus München-Schwabing

Komm. Direktor: Professor Dr. H. M. Weinmann

2. Kinderabteilung:

Chefarzt Dr. P. Schweler

Kinderchirurgische Abteilung:

Chefarzt Professor Dr. H. Singer

12. Pädiatrische Fortbildung vom 22. bis 25. Oktober 1979

Täglich jeweils 8.30 bis 17.00 Uhr bzw. 9.00 bis 18.00 Uhr

Klinische Demonstration und Fragestunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

Themen: Probleme der Osteomyelitis-Diagnostik — Wertigkeit moderner Virusdiagnostik für die Klinik — Probleme der Kontinenz — Wendel in der Knochenbruchbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Nachsorge — Die kindliche Hüfte — Chronische Gedächtnisstörungen — Interdisziplinäre Podiumsdiskussionen: Chirurg / Pädiater / Psychologe / Psychiater sowie Röntgenologe / Orthopäde / Pädiater / Chirurg — Fragestunde über diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei verhaltensgestörten Kindern, psychomotorischen Erkrankungen und Entwicklungsretardierungen

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979
Begrenzte Teilnehmerzahl

XVI. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I am 26./27. Oktober 1979

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr — Ende: Samstag, 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor Kursbeginn

XVII. Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Chefarzt am Kreiskrankenhaus Plettling

Fortbildungsseminar I vom 9. bis 11. November 1979

(Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 23. bis 25. November 1979

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 16.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismeninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 31. Oktober 1979 — Teil II: 12. November 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

XVIII. praktische Kardiologie (Elektro- und Echokardiographie)

Medizinische Poliklinik und Herzzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg

(Professor Dr. K. Bachmann, Professor Dr. J. von der Emde, Professor Dr. H. Gutheil)

Fortbildungsveranstaltung vom 8. bis 13. Oktober 1979

Teil I am 8./9. Oktober

Echokardiographie (Methoden, Untersuchungstechniken und Indikationen)

Teil II am 10./11. Oktober

Elektrokardiographie einschließlich Röntgendiagnostik

Teil III am 12. Oktober

Klinische Visiten auf den kardiologischen Stationen

Anmeldung und Auskunft:

Kongresssekretariat Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stedtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 39 18

XIX. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 14./15. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

— Keine Anmeldung mehr möglich —

XX. Regensburger Ultraschallkurse

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Direktor: Professor Dr. Doering

Einführungskurs für Sonographie am 28./29. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. U. Reisp und Dr. S. Weldenhiller

Programm: Theoretische Grundlagen der Sonographie des Abdomens und der Schilddrüse sowie praktische Übungen in kleinen Gruppen

Kursgebühr DM 80,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Ultraschall-Labor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Frau True, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 208-277

XIII. Internationaler Semlnarkongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 19. August bis 1. September 1979 In Grado

Kongreßleitung: Professor Dr. H. Losse, Münster

Gesamthema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

A. Kongreßeröffnung und Festvortrag

„Anamnese und körperlicher Befund – Grundlagen einer rationalen Diagnostik und Therapie“

Professor Dr. H. Losse, Münster

B. Seminare

Nottalldseminar – Seminar „Manuelle Medizin“ – Notfall-Kursus – Seminar über Berufsordnungs- und Weiterbildungsfragen – Sportärztliches Seminar – Laborseminar – Seminar „Psychiatrie-Psychotherapie“ – Gynäkologisch-Geburtshilfliches Seminar – Seminar „Präventivmedizin“ – Chirurgisches Seminar „Diagnostik und Therapie in der Praxis“ – Gastroenterologisches Seminar – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Berufspolitik in Österreich – Seminar für Katastrophenmedizin und medizinische Versorgung im Zivilschutz – Neurolo-

gisch-neurochirurgisches Seminar für den niedergelassenen Arzt – Geriatrisches Seminar – Ophthalmologisches Seminar – HNO-Seminar – Seminar für Elektrokardiographie – Seminar „Allergologie“ – Dermatologisch-Kosmetischer Kursus – Pädiatrisches Seminar – Nephrologisches Seminar

C. Sonstige Veranstaltungen

Exkursion zur Psychiatrischen Krankenanstalt der Provinz Triest – Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm – Diskussionen über Einzelfragen aus der Praxis – Besichtigung der Kuranlagen

Auskunft:

Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-234 und 40 04-235

18. Fortbildungstagung in Timmen-dorfer Strand

vom 5. bis 9. September 1979

Veranstalter: Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin

Themen:

Benigne Erkrankungen des Dünn- und Dickdarms – Neoplasien des Verdauungstrakts – Moderne Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen – Der Wadenschmerz – Praktische Demonstrationen für Ärzte in Klinik und Praxis sowie ihre Mithelfenden

Auskunft und Anmeldung:

Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05-640 und 45 05-561

Seminartagung „Allergie und Dermatologie“

vom 12. bis 16. September 1979 In Davos

Themen:

Immunologische Grundlagen – Schleimhaut-Allergien, Bronchitis und Asthma bronchiale – Hautallergien und Berufsdermatosen – Therapie – IgE und Mastzelle

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Dr. S. Borelli, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (0 89) 3 81 06 31 70

7. Fortbildungskurs für Endoskopie-schwester und -pfleger

am 21. September 1979 In Garmisch-Partenkirchen

Leitung: Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. Henning, Leitender Arzt der Klinik Föhrenkamp der BtA, Postfach 1380, 2410 Mölln/Lauenburg

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

1979

C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 28. Oktober 1979

1980

A-Kurs für Arbeitsmedizin

25. Februar bis 21. März 1980

B-Kurs für Arbeitsmedizin

9. Juni bis 4. Juli 1980

C-Kurs für Arbeitsmedizin

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

Von der Akademie werden keine Zimmerreservierungen vorgenommen. Zimmerbestellungen bitte rechtzeitig beim Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Programmversand:

Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 - 1, Durchwahl 21 84 - 259 oder 260

Glomeruläre Nephropathien, chronisch renale Hypertonie, Entzündungen und Spasmen der Harnwege.

SOLIDAGO® > Dr. Klein <

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. tl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. aut 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handeisformen und Preise incl. MWSt.: Flasche: 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,99; 100 ml DM 22,—



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung, 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer-(Innen)

vom 24. September bis 5. Oktober 1979
in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 272

Fortbildungskurs für Laborhelfer-(Innen)

vom 5. bis 16. November 1979 in Nürnberg

Leitung: Dr. Gerhard Weidemann, Nürnberg

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-272

Fortbildungskongreß der Ärztekammer Nordrhein

vom 9. bis 15. September 1979
auf Norderney

Themen:

Prävention koronarer Herzkrankheiten – Koronarangiographie – Koronarchirurgie – Früherkennung von Behinderungen im Kindesalter – Sinn und Konsequenzen der urologischen Vorsorgeuntersuchung beim Mann – Die chronische Niereninsuffizienz und ihre Behandlung – Möglichkeiten und Grenzen der Tumorthherapie

Auskunft und Anmeldung:

Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 02-217/8

XXXI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie

vom 17. bis 20. Oktober 1979 in München

Themen: Die entzündlichen Erkrankungen der männlichen Adnexe – Neue endoskopische Techniken – Kinderurologie: Hauptthema Reflux – Aktuelle Information: Stand der Immunologie in der Urologie – Freie Themen – Wissenschaftliche Ausstellung – Wissenschaftliche Filme – Fortbildungsseminar: Urologische Zusatzdiagnostik: Ultraschall und Computertomogramm

Auskunft:

Professor Dr. W. Mauermeyer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Urologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

19. August bis 1. September 1979 in Greda:

Theme: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Theme: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentralkongreß für Medizinische Aselektenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-234 und 40 04-235

Fortbildungsveranstaltung des Internationalen Arbeitskreises für Präventivmedizin e. V.

vom 7. bis 14. Oktober 1979 in Istanbul

Veranstalter: Internationaler Arbeitskreis für Präventivmedizin e. V. (Professor Dr. Dr. D. Schlegel, München) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie und in Verbindung mit der Zahnmedizinischen Fakultät und der Dermatologischen Fakultät der Universität Istanbul (Professor Dr. Murat)

Themen:

Übertrebbare Erkrankungen aus dem Raum Nahost – Der Verlauf von Dermatosen bei Ortswechsel vom türkischen zum mitteleuropäischen Raum – Umwelt- und Allergenexposition – Das endogene Ekzem (Beobachtungen an Gastarbeitern) – Tumorbehandlung als Präventivmaßnahme – Mundschleimhauterkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Internationaler Arbeitskreis für Präventivmedizin e. V., An der Christuskirche 18, 3000 Hannover

Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, Bezirksgruppe Oberbayern

am 20. Oktober 1979 in Burghausen

Leitung: Dr. H. Galli, München

Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (0 89) 6 91 52 57

19. Bayerische Internistentagung

vom 16. bis 18. November 1979
in München

Themen: Aktuelle Geriatrie – Problematik alter und neuer Therapieformen – Stoffwechselerkrankungen: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

22. September 1979

24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstreße 18, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurstreße 18, 8000 München 80, zu richten bis 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärztblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 702 f.).

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Mai 1979 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie schon im April, stieg auch im Mai die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen an; im April waren es 32, im Mai 45 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig nahm im Mai auch die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertrag-

bere Leberentzündung) zu, nämlich von 22 auf 24 je 100 000 Einwohner.

Trotz Beginns der wärmeren Jahreszeit wurden Scharlach-Erkrankungen noch etwas häufiger als im Vormonat gemeldet; die Erkrankungsziffer erhöhte sich

von 51 im April auf 57 im Mai, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung. An übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten im Mai etwa ebenso viele Menschen wie im April; an Meningokokken-Meningitis 3, an sonstigen Formen der infektiösen Meningitis 6 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle (in der Zeit vom 30. April bis 3. Juni 1979 (vorläufiges Ergebnis))

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Salmonellose			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	--	--	291	--	--	--	4	--	13	--	1	--	1	--	--	--	17	--	207	--	--	--	--	--
Niederbayern	1	--	24	--	--	--	8	1	14	--	--	--	1	--	--	--	--	--	18	--	1	--	--	--
Oberpfalz	--	--	38	--	--	--	1	--	9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	30	--	--	--	--	--
Oberfranken	--	--	49	--	--	--	1	--	9	1	--	--	--	--	--	--	1	--	30	--	7	--	1	--
Mittelfranken	--	--	112	--	--	--	4	--	4	--	--	--	1	--	--	--	2	--	48	--	--	--	--	--
Unterfranken	--	--	17	--	--	--	5	--	7	--	1	--	1	--	--	--	--	--	72	--	--	--	--	--
Schwaben	--	--	65	--	--	--	5	1	5	2	--	--	--	--	1	--	7	--	67	--	2	--	--	--
Bayern	1	--	596	--	--	--	28	2	61	3	2	--	4	--	1	--	27	--	472	--	10	--	1	--
München	--	--	139	--	--	--	1	--	6	--	--	--	--	--	--	--	10	--	90	--	--	--	--	--
Nürnberg	--	--	35	--	--	--	--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	--	--	--	--
Augsburg	--	--	3	--	--	--	2	--	1	1	--	--	--	--	1	--	2	--	8	--	--	--	--	--
Regensburg	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	5	--	--	--	--	--
Würzburg	--	--	3	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	10	--	--	--	--	--
Fürth	--	--	15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--	--	--
Erlangen	--	--	10	--	--	--	2	--	--	--	--	--	1	--	--	--	2	--	3	--	--	--	--	--

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24			
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien				Malaria-				Brucellose (übrige Formen)		Trachom		Toxoplasmosis		Q-Fieber		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacose		übrige Formen						Erst-erkrankung		Rückfall													
	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	84	2	--	--	--	--	7	--	4	--	1	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	3		
Niederbayern	19	1	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--		
Oberpfalz	23	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	--	29		
Oberfranken	20	--	--	--	--	--	4	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--		
Mittelfranken	49	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1	--	6		
Unterfranken	20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	1		
Schwaben	37	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	9		
Bayern	252	3	--	--	--	--	12	--	5	--	1	--	1	--	1	--	4	--	1	--	2	2	--	48		
München	44	--	--	--	--	--	5	--	2	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		
Nürnberg	22	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		
Augsburg	6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2		
Regensburg	6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2		
Würzburg	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		
Fürth	5	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1		
Erlangen	3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--		

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich 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.

Unerlaubte Adoptionsvermittlung durch Ärzte

In zurückliegender Zeit sind in Einzelfällen von Ärzten Kinder an Pflegeeltern mit dem Ziel der Adoption vermittelt worden, ohne daß die örtlichen Adoptionsvermittlungsstellen und Jugendämter von der Inpflegenahme benachrichtigt wurden, so daß von den hierfür zuständigen Stellen nicht geprüft werden konnte, ob die Pflegeeltern für die Adoption des Kindes geeignet wären.

Die Zentrale Adoptionsstelle des Bayerischen Landesjugendamtes begrüßt es, wenn möglichst viele Ärzte der Adoptionsvermittlung von hilfsbedürftigen Kindern aufgeschlossen und positiv gegenüberstehen, sieht sich jedoch veranlaßt, darauf hinzuweisen, daß die Adoptionsvermittlung durch Ärzte, auch wenn sie diese unentgeltlich und nicht gewerbsmäßig vornehmen, nach dem am 1. Januar 1977 in Kraft getretenen neuen Recht nicht mehr zulässig ist. Nach § 5 des Adoptionsvermittlungsgesetzes vom 2. Juli 1976, ist die Adoptionsvermittlung nur noch den Jugendämtern, den Landesjugendämtern und den anerkannten Adoptionsvermittlungsstellen der Freien Wohlfahrtsverbände gestattet; anderen Stellen oder Personen ist sie untersagt.

Ein Verstoß gegen dieses Verbot kann nach § 14 des Adoptionsgesetzes als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu DM 10 000 geahndet werden.

BLÄK

Bekanntmachung der Akademie für des öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 25. Mai 1979 (Nr. I E 11 - 5126/1 - 26/79)

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 1. Oktober 1979 bis 28. März 1980 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelesen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 10. August 1979 bei der Akademie für des öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlicher beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im emtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Forschungsabteilung an der Nervenlinik der Universität Erlangen offiziell eingerichtet

Vom Bayerischen Kultusministerium wurde in der Universitäts-Nervenlinik Erlangen (Kopfklänikum) die schon seit 1971 bestehende Einheit für experimentelle Neuropsychiatrie als eigenständige Abteilung eingerichtet. Zum Leiter der Abteilung wurde Professor Dr. med. Jürgen Vieth, der bisherige Leiter der Einheit, bestellt.

Die Aufgabe der Abteilung besteht darin, im Rahmen der Organisation und der Aufgabenstellung der Nervenlinik experimentelle Grundlagenforschung im Zusammenhang mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen zu betreiben, wie sie auch in der Sprechstunde der Abteilung behandelt werden.

Rote Liste® 1979

Einen aktuellen Überblick über das Arzneimittelangebot seiner Mitglieder bietet die vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie herausgegebene Rote Liste® 1979. Sie wird ellen praktizierenden Ärzten und den Apotheken kostenlos zugesandt.

Die neue Ausgabe ist kein bewertendes Arzneimittelverzeichnis. Nur der behandelnde Arzt kann und muß beurteilen, welches Medikament aus therapeutischer Sicht unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall angemessen ist. Dies entspricht dem Grundsatz der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung.

Der Versand der Roten Liste® wurde Mitte Juni abgeschlossen. Die Bezieher von Frelexemplaren werden gebeten, sich direkt an den Verlag Editio Cantor, 7960 Aulendorf, zu wenden, falls sie bisher noch kein Exemplar erhalten haben. Zusätzliche Exemplare können zum Preis von DM 42,- vom Verlag oder über den Buchhandel bezogen werden.

1. Führungsseminar

„Bessere Verständigung und Zusammenarbeit durch Kommunikation“ vom 17. bis 20. September 1979

Des Deutsche Krankenhausinstitut - Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf - veranstaltet vom 17. bis 20. September 1979 für ärztliche, pflegerische und administrative Mitarbeiter des Krankenhaus- und Gesundheitswesens, die Führungsverantwortung tragen, ein Seminar. - Die Teilnehmergebühr beträgt je Teilnehmer DM 480,-. - Der Teilnehmerkreis ist auf etwa 30 Personen begrenzt.

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Krankenhausinstitut - Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf -, USKG-Sekretariat, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 44 22

Mitteilung der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege

Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Feuerbachstraße 14, 6000 Frankfurt, gab im Rahmen ihrer Schriftenreihe die Broschüre „Planung und Organisation geriatrischer Dienste“ heraus. Es handelt sich dabei um eine Übersetzung aus der Schriftenreihe der Weltgesundheitsorganisation.

Schriften des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (= DZK) wurden herausgegeben:

– „Alles über die Tuberkulose. Was muß der praktische Arzt darüber wissen und was kann er zu ihrer Bekämpfung beitragen?“

– „Die blaue Broschüre: Tuberkulose aktuell“. Eine Informationsschrift für Patienten. Selbstkostenpreis DM 1,- zugänglich Portokosten.

Die Schriften sind erhältlich in der Geschäftsstelle des DZK, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, Telefon (0 40) 299-30 37.

Kuren für krebserkrankte Mütter und Senioren

Das Müttergenesungsheim „Haus am Kurpark“ des DPWV – Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern – in 8742 Bad Königshofen/Unterfranken führt im Herbst/Spätherbst 1979 Kuren für Mütter und Senioren durch. Es besteht die Möglichkeit, daß Frauen bzw. Senioren nach Krebsoperationen an diesen Kuren teilnehmen können, um im Kreis von nicht an der gleichen Krankheit Leidenden Erholung zu suchen und zu finden.

Es handelt sich um eine

– Mütterkur vom 24. September bis 22. Oktober 1979,

– Reduktionskur für Mütter vom 23. Oktober bis 20. November 1979 und

– Seniorenerholung vom 29. November bis 20. Dezember 1979.

Die Kosten belaufen sich auf einen Tagessatz von DM 35,-, eine zusätzliche Aufwendung bei der Reduktionskur von DM 4,- täglich, ferner einmalige Arztspauschale von DM 15,- und eine Kurtaxe von DM 0,75 täglich.

Diese angegebenen Kuren kommen vor allem für Frauen und Mütter in Frage, die keinen Anspruch mehr auf Krebsnachfürsorge-Behandlungskuren und Festigungs-Senatoriumskuren haben. Im „Haus am Kurpark“ erfolgt ärztliche Betreuung, jedoch keine Behandlung.

Für 1980 ist eine weitere Reihe von Mütter- und Sonderkuren im „Haus am Kurpark“ in Bad Königshofen vorgesehen, desgleichen auch im „Berghof“ in Furth i. W.

Anmeldung erfolgt bei der Heimleitung des „Hauses am Kurpark“, Jahnpromenade 3, 8742 Bad Königshofen, Telefon (0 97 61) 8 61; bei allen Dienststellen des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes oder beim Landesverband Bayern e. V. des DPWV, Pixisstraße 2, Postfach 86 03 08, 8000 München 86, Telefon (0 89) 98 73 13.

Preise

Verleihung

Hanns Langendorff-Preis – Der von der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte e. V. gestiftete und mit DM 10 000 dotierte Hanns Langendorff-Preis wurde zu gleichen Teilen verliehen, und zwar Dr. Wilhelm Nothdurft, Ulm, und Dr. Dirk van Beuningen zusammen mit Dr. Michael Molis, Essen.

Pharmaindustrie

75 Jahre Penaten-Kinderpflege

Das Penatenwerk Dr. Riese & Co., Rhöndorf/Rhein, beging vor kurzem sein 75jähriges Jubiläum. Anlässlich einer Feierstunde konnte Frau Dr. Mildred Scheel einen Kleinbus für den Transport krebserkrankter Kinder als Spende in Empfang nehmen.

Ferner hat das Werk darum gebeten, zugunsten der Aktion Sorgenkind etwas zu stiften. Auf diese Weise ist die Summe von DM 20 000 zusammengekommen, die dieser Tage mit einem Scheck übergeben werden konnte.

Dr. Lange Kompakt-Photometer LP 3

Zur Vervollständigung ihres Photometer-Programmes brachte die Dr. Bruno Lange GmbH, Berlin, ein Kompakt-Photometer auf den Markt.

Mit diesem LP 3 können alle klinisch-chemischen photometrischen Analysen gemessen werden – Substrate und Enzyme, Konzentrationen und Aktivitäten, Endpunktmethoden und kinetische Verfahren. – Für die schnelle und sichere Ergebnisermittlung wurden Mikroprozessoren eingesetzt. Die Anzeige erfolgt digital – kommarichtig und in direkten Werten.

Schautafel „Das weibliche Geschlechtsorgan“

Die Basotherm hat die farbige Wandtafel „Das weibliche Geschlechtsorgan“ neu aufgelegt. Auf zwei großen Abbildungen ist je ein Mittelschnitt durch das weibliche Becken im graviden und nichtgraviden Zustand wiedergegeben; auf kleineren Abbildungen wird die richtige Anwendung des antimykotischen Antibiotikums Pimafucin® gezeigt.

Diese Schautafel kann kostenlos von der Basotherm GmbH, Postfach 130, 7950 Biberach an der Riß 1, angefordert werden.

Theracard PM-Defibrillator mit Herzüberwachung

Der neue Theracard PM von Siemens ist für die externe und interne Defibrillation und zur EKG-Kontrolle und Herzfrequenzmessung geeignet. Dieser leichte und tragbare Gleichstromdefibrillator für Netz- und Batteriebetrieb ist mit einem Speicheroszilloskop zur EKG-Darstellung und Erfolgskontrolle ausgerüstet. Ein externer Notfall-Herzschrittmacher ist zusätzlich in das Gerät integriert.

Medizinisches Elektrothermometer

Dieses batteriebetriebene Handgerät der Fa. Micronics MT 80, München 45, entspricht den gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen und wird geeicht geliefert. Das Thermometer zeigt auch das Verlassen des geeichten Meßbereiches durch Blinken des „C“-Symbols an, und zwar ca. eine halbe Stunde vor dem automatischen Abschalten. Der große, geeichte Meßbereich (0°C bis 44,6°C) erlaubt auch die allgemeine Verwendung im Labor (Kühitemperaturen von Proben, Lebensmittelchemie usw.).

Buchbesprechungen

Die verbogenen Nachrichten

Herausgeber: F. Denk, 174 S., broch., DM 15,—. Selbstverlag F. Denk, 8121 Eberfing.

Ausgangspunkt dieses aufschlußreichen und hochinteressanten Buches waren vergleichende Textinterpretationen von Zeitungsartikeln, die der Herausgeber mit seiner Gymnasialklasse durchgeführt hatte. Die Ergebnisse waren so aufschlußreich, daß er dem Problem der Nachrichtenmanipulation durch die Presse anhand weiterer Beobachtungen und Analysen nachging. — In einer Demokratie kann das Wort zur Macht werden, wenn es nicht nur informiert, sondern vor allem bestimmte Meinungen suggeriert. Die Mittel, wie dies fast unmerklich geschieht, werden hier aufgezeigt und mit zahlreichen Beispielen aus bekannten „seriösen“ Zeitungen belegt.

Sterbehilfe oder wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht?

Herausgeber: V. Eid/R. Frey, 168 S., Kst., DM 22,—. Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz.

Angesichts der Aktualität des Themas und der Fülle an Literatur darüber begrüßt es der vielbeschäftigte Arzt, daß ihm jetzt eine handliche Broschüre zur Verfügung steht, die klare Antworten enthält. Sie stammen aus der Feder hierfür besonders prädisponierter Autoren aus den verschiedensten Fachgebieten wie Allgemeinmedizin, Gerichtsmedizin, Anästhesiologie, Jurisprudenz, Theologie. Die traditionelle Euthanasie-Problematik wurde dabei bewußt ausgeklammert. Hervorzuheben ist, daß zu einer gesteigerter menschlichen Zuwendung zum schwerkranken und sterbenden Menschen aufgerufen wird, was heute im Zeitalter der bedrohlich enthumanisierten Apparate-Medizin so eminent wichtig ist. Die Zeit zur Lektüre dieses Bändchens sollte jeder Arzt erübrigen.

Dr. med. M. Wolf, Weidkreiburg

Der sensible Mensch

Verf.: Prof. Dr. W. Kleges, 184 S., flex., DM 16,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im vorliegenden Taschenbuch wird die Persönlichkeit des sensiblen Menschen so präzise gezeichnet, daß man beinahe von der Kreierung eines neuen Konstitutionstypes sprechen könnte. Die einzelnen Kapitel beschäftigen sich dabei u. a. mit: Methodologischen Problemen, konstitutionsbiologischen Grundlagen, Psychologie und Psychopathologie, Ätiologie, Diagnose und Differentialdiagnose, schließlich noch mit der Therapie und der Sozialmedizin. Das Literaturverzeichnis ist ausreichend und ermöglicht weitere Studien. Da Sensible in zunehmendem Maße die Hilfe des Arztes suchen, kann man das Buch ohne schlechtes Gewissen zur Anschaffung empfehlen. Es ist außerdem zeitentsprechend ausgestattet und in gutem Stil geschrieben. Damit könnte es sogar der ebendlichen Entspannung dienen!

Medizinedirektor Dr. med. G. Last, Straubing

Des Herz sieht anders aus

Leben und Aufzeichnungen des Anatomen Eduard Siebenrock erzählt und herausgegeben von Dr. G. VESCOVI, 318 S., geb., DM 29,80. Deutsche Verlags-Anstalt GmbH, Stuttgart.

Gallischer Witz und kenntnisreiche Milieuschilderung kennzeichnen die Aufzeichnungen der merkwürdigen Erlebnisse und Ereignisse um den Anatomieprofessor Eduard Siebenrock. Fast mehr als die Anatomie selbst, kümmert ihn das Schicksal der Menschen, die auf seinem Seziertisch enden. Es gelingt dem Autor, mit seiner Freude am Erzählen zum Schmunzeln ebenso wie zum Nachdenken anzuregen und sich damit einen festen Platz in der nicht eben dicht besetzten Reihe jener Autoren zu sichern, die es sich zur Ehre anrechnen, die Schmerzen ihrer Leser mit Lachen zu kurieren.

Die Bindegewebsmassage

Verf.: Dr. H. E. Helmrich, 3. Aufl., Textband: 313 S., Bildband: 143 S., 285 Abb., 51 z. T. mehrfarb. schematische Tafeln, Belcraon, DM 132,—. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co., Heidelberg.

Die Bindegewebsmassage stellt eine von Elisabeth Dicke angegebene Methode dar, die durch Strichmassage erlaubt, in die Tiefe des Gewebes, hauptsächlich in das subkutane Bindegewebe, zu wirken. Frau Dicke hat ihre Methode rein empirisch gefunden.

Helmrich hat in der 3. überarbeiteten Auflage des Lehrbuch über Technik, Methode und Praxis der „Massage reflektorischer Zonen im Bindegewebe“ nach E. Dicke kaum geändert. Zunächst wird auf die Technik der Bindegewebsmassage eingegangen. Methodik und Praxis folgen. Die Möglichkeiten der Anwendungen bei gestörten Bewegungsabläufen, wie z. B. bei Rheuma, Neuralgien, Lähmungen durch Pollomyelitis oder epoplektischen Insult, Erkrankungen des Knochens und schweren Gelenksveränderungen sowie Fehlsteuerungen verschiedener Organe, sind das große Gebiet der Bindegewebsmassage. Arzt, Masseur, vor allem aber Krankengymnastinnen, erhalten durch dieses Werk ein Verfahren in die Hand, das ohne Hilfsmittel, nur durch die fein ausgebildete Hand, jederzeit anwendbar ist. So gesehen, kann man das Buch wärmstens empfehlen.

Dr. med. P. Thomaschweski, Geutling

Ärztlicher Rat für Querschnittgelähmte

Verf.: Dr. I. Pempus, 123 S., 35 Abb., kerf., DM 12,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit etwa 10 000 Querschnittgelähmte, jährlich erkranken ca. 1000 Patienten neu. Wer des Schicksal dieser Kranken früher durch schwerste Behinderung gekennzeichnet, bis sie an Komplikationen verstarben, so können heute selbst Halsmarkverletzte rehabilitiert werden. — Der vorliegende Ratgeber teilt für Patienten, Angehörige und Therapeuten gleichermaßen viele wichtige Informationen mit, die sich in der großen Erfahrung der Autorin gründen. Auf für den Laien verständliche Darstellungen der Anatomie, der Pathophysiologie und des Krankheitsverlaufes mit seiner Prognose folgen detaillierte und praxisnahe Verhaltensanweisungen für den Alltag, Körperpflege, Hilfsmittel inklusive Pkw, Urlaubsreisen, soziale Versorgung. Bei allen Geräten sind Bezugsquellen angegeben, im Anhang zahlreiche wichtige Adressen. Ein vorzügliches Buch in einer ordentlichen Ausstattung zu einem sehr günstigen Preis.

Dr. med. B. Kügelgen, Erlangen

(Fortsetzung Seite 744)

Anlagen — unterm Strich bewertet

Die reine Angabe von Erträgen in Prozentsätzen kann irreführen. Erst die Bewertung der Zusammenhänge und Berücksichtigung aller relevanten Faktoren führt zu einem objektiven Ergebnis.

So hat die älteste deutsche Investmentgesellschaft jetzt eine Kürzung ihrer Ausschüttungen angekündigt. Andere dürften folgen. Dennoch entsteht für den Inhaber der entsprechenden Investmentanteile kein Nach-, sondern auf die Länge der Zeit gesehen eher ein Vorteil.

Die Ausschüttungen der Aktien- wie der mit Rentenzertifikaten gemischten Fonds bestehen in aller Regel aus zwei unterschiedlichen Bestandteilen. Das eine sind die ordentlichen Erträge, also Dividenden oder Zinsen. Das zweite sind die außerordentlichen Erträge. Darunter sind in erster Linie Kursgewinne, aber auch Erlöse aus nicht wahrgenommenen Bezugsrechten für junge Aktien zu verstehen.

Die außerordentlichen Erträge gehören im Grunde genommen zur Substanz. Sie entstammen ja nicht dem laufenden Gewinn der Aktiengesellschaften der zum Teil eben als Dividende unter die Aktionäre verteilt wird.

Der Anteil der außerordentlichen Erträge an den Ausschüttungen hat seit Beginn der siebziger Jahre stark zugenommen. Das äußert sich für hochbesteuerte Anleger vorteilhaft. Jene Erträge bleiben nämlich unbesteuert. Bei den Fonds der ältesten deutschen Investmentgesellschaft erreichte jener Anteil im Jahr 1976 im Durchschnitt 63 Prozent.

Dadurch wächst also der Anteil in sich selbst beziehungsweise werden auch Kursminderungen voll oder zum Teil kompensiert. So würde eine Ausschüttung der außerordent-

lichen Erträge die Substanz des einzelnen Anteils schmälern. Dieser Teil erwirtschaftet, ausgeschüttet, in Zukunft keine Dividende mehr und vermag auch an künftigen Wertsteigerungen nicht teilzunehmen.

Dem Anteil-Inhaber geht indes nichts verloren. Die im Fonds verbleibenden außerordentlichen Erträge stabilisieren oder erhöhen den Anteilwert. In dieser Form bleiben sie dem Anleger demnach erhalten. Darüber hinaus hat die Erfahrung bewiesen, daß die automatische Wiederanlage der ausgeschütteten Erträge mit Wiederanlage-Rabatt eine kumulative Wirkung ausübt.

Bei anderen Anlagen ist nicht allein die hingegebene Netto-Summe der Ertragsberechnung zugrunde zu legen, sondern müssen auch die Spesen und Gebühren beziehungsweise das Agio, der Ausgabeaufschlag, zum Einstandspreis zugerechnet werden. Weiterhin ist bei der Beurteilung eines Anlageergebnisses zu berücksichtigen, welche Kosten durch die Rückgabe des Vermögenswertes entstehen, und welche durch die Verwaltung wie Depotgebühren oder Aufbewahrungsspesen angefallen sind.

Schließlich ist es für den Anleger in höherer Einkommensteuerklasse interessant zu wissen, welches Anlage-Resultat er nach Abzug der möglichen Steuerforderung für die Erträge erreicht hat. Andererseits ist hinzuzuzählen, welcher Betrag bei Fälligkeit einer Anlage gegenüber dem Einstandspreis zusätzlich ausgezahlt wird. Das geschieht bei festverzinslichen Wertpapieren, die unter dem Nennwert erworben wurden, wenn beim zeitlichen Ablauf der Nennwert fällig wird. Erst unter diesen Voraussetzungen ist eine Beurteilung von Erträgen möglich.

Horst Beloch

Klassenkampf

Diskussionen aufgrund von Statistiken über die finanzielle Situation des Arztes sind müßig. In Form von Zahlentabellen wie Graphiken ohne sachkundige Erläuterungen können sie nur als simplification terrible abqualifiziert werden.

Was heißt es denn beispielsweise, wenn die Personenkraftwagen höherer Klassen zwar von Arbeitnehmern zunehmend mehr, aber noch immer nicht in dem Ausmaß wie von Freiberuflern und Selbständigen gefahren werden? Die einen brauchen das Auto zur Fahrt zur Arbeitsstelle und in den Urlaub. Den anderen bedeutet es überwiegend Arbeitsmittel.

Was heißt es, wenn Ärzte und Angehörige vergleichbarer Berufe sowie Selbständige über ein höheres Einkommen und Vermögen wie weiterverbreitet über Wohnungseigentum verfügen? Dann müßte zugleich der Wert der Lohn- oder Gehaltsmark von 1,70 DMark für den Arbeitgeber, teils fast zwei DMark, erörtert und aufgeschlüsselt werden. Dazu wären die Ansprüche der Arbeitnehmer an die gesetzliche Rentenversicherung zu kapitalisieren, zur Hälfte finanziert durch steuerfreie Arbeitgeber-Anteile. Dazu ist die Selbstfinanzierung des Arbeitsplatzes durch den Freiberufler und Selbständigen sowie die ungleich nachteilige steuerliche Behandlung dieses Kreises zu berücksichtigen.

Irreführungen, bewußt oder unbewußt, Arbeitsergebnisse reiner Zahlenakrobaten ohne das Netz der profunden Kenntnis der wahren Konditionen der einzelnen Gruppen. Das sollte vordergründige Kritiker nachdenklich stimmen.

Prosper

Kurz über Geld

KREDITINSTITUTE HAFEN für falsche Geldanlage-Auskünfte, entschied ein Gericht kürzlich.

GRABPFLEGE-FINANZIERUNG über den eigenen Tod hinaus ist jetzt durch eine Versicherung möglich.

ROHSTOFFPREIS-ENTWICKLUNG für Warentermingeschäfte war im ersten Halbjahr ausgezeichnet. Dennoch: Als Argument für künftige Entwicklung nicht geeignet.

Therapie in der Augenhellkunde

Herausgeber: Prof. Dr. H. Pau, 279 S., 3 Abb., 9 Tab., geb., DM 58,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Herausgeber und Teilautor Professor Hans Pau und zehn weitere Kliniker in verantwortlicher Position beschreiben auf 265 Seiten, was Ihnen an konservativer Therapie gesichert erscheint. Es wird aber auch auf Operationsindikationen und -verfahren sowie Strehltherapie mindestens hingewiesen, zum Teil auf die technische Ausführung der Eingriffe eingegangen. Bei der raschen Fortentwicklung der — insbesondere medikamentösen — Behandlung ist jedes neue oder in überarbeiteter Auflage erscheinende Therapiebuch eine Anschaffung wert. Dieses Buch zeichnet sich darüber hinaus durch seine hervorragenden Autoren aus: Aulhorn, Böke, Friedburg, Leydhecker, Lund, Neubauer, Nover, Pau, H.-J. Thiel, Witmer, Wollensek. — Das Buch ist ein wertvolles Nachschlagewerk, ist aber auch angenehm mit mäßigem Zeitaufwand fortlaufend lesbar.

Dr. med. M. Eisfeld, München

Consilium Cedip 1978/79

Diagnostisch-Therapeutisches Nachschlagewerk

„Consilium Cedip“ umreißt auf rund 900 Seiten Diagnose und Therapie von ca. 400 Krankheitsbildern. Verkaufspreis DM 75,—; im Abonnement: DM 44,—. CEDIP-Medizinisch-Technische Verlags- und Handelsgesellschaft mbH, München.

Wieder liegt eine neue Auflage des bewährten Consilium Cedip vor mit dem herausnehmbaren „Memento“, in dem über 1200 Präparate stehen, die in dem alphabetisch geordneten Consilium Erwähnung fanden. Vielleicht könnte man für spätere Auflagen die Dicke des Buches durch dünneres Papier, zumindest der zwischengestreuten Anzeigen, ohne dies ausgezeichnet übersichtliche Werk nicht zu dem Preis lebensfähig sein dürfte, vermindern helfen. Insgesamt ist wieder eine sehr gut gelungene aktualisierte Neuauflage für praktisch alle Disziplinen der Medizin gelungen, die fachübergreifend und soweit möglich erschöpfend dargestellt sind.

Dr. med. W. Fehrlinger, München

Geschichte der religiösen Ideen

Band 1: Von der Steinzeit bis zu den Mysterien von Eleusis

Verf.: M. Eliade, aus dem Französischen von E. Derlap, 434 S., geb., Subskriptionspreis DM 69,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Nach 50 Jahren religionsvergleichender Forschung legt der international bekannte Wissenschaftler nun das Ergebnis seiner Arbeit in drei Bänden vor. Ausgehend von der These, daß „das religiöse Grundphänomen des Heiligen nicht das Ergebnis einer Entwicklung, sondern bleibendes Grund-Element im menschlichen Bewußtsein ist“, führt der Verfasser in der geschichtlichen Abfolge religiöser Zeugnisse die Anwesenheit des Heiligen überzeugend und anschaulich dem Leser vor Augen. Dabei werden zunächst in einem berichtenden Text die Erscheinungstypen des Religiösen in den einzelnen Kultur- und Zeiträumen sechskundig dargelegt, um dann in einem „Anhang“ über den Stand der Forschung und der wissenschaftlichen Diskussion sowie in einer entsprechenden Bibliographie zu referieren.

Die sechliche Methode des Autors erleubt es, ohne Apologetik in den religiösen Mythen die Ähnlichkeiten wie aber auch das wesentlich Unterscheidende ihrer Interpretation herauszulesen.

Therapeutika

Fibro-Falk®-Keutabletten

Zusammensetzung: 1 Fibro-Falk®-Keutablette enthält: 5000 mg Weizenkleie, 2000 mg Rohrzucker; dies entspricht: verwertbare Kohlenhydrate 2,9 g, verwertbares Fett 0,23 g, verwertbares Eiweiß 0,74 g, unverwertbare Kohlenhydrate 2,0 g, (Ballaststoffe) (= 28,5%), davon Rohfasern 0,45 g (= 6,4%). Physiologischer Brennwert für 1 Fibro-Falk®-Keutablette: 71 K Joule = 17 Kcal, 4 Keutabletten entsprechen 1 BE.

Indikationen: Obstipation, Hiatushernie, Kolondivertikulose, Gallensteine, Hypercholesterinämie, Adipositas, Diabetes mellitus. Hämorrhoidalleiden, Colon irritabile, Varikosis. Prophylaxe von Kolonkarzinomen.

Kontraindikation: Drohender oder kompletter Darmverschluss. Nebenwirkung: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Gebrauchsweisung: 3x täglich 1 Fibro-Falk®-Keutablette möglichst zu den Mahlzeiten einnehmen. Die Dosis kann ohne Bedenken erhöht oder erniedrigt werden. Die Tabletten sollten gut zerkeut und mit reichlich Flüssigkeit hinuntergespült werden.

Packungsgrößen: 30 Fibro-Falk®-Keutabletten DM 7,90, 300 Fibro-Falk®-Keutabletten DM 71,05.

Hersteller: Dr. Felk GmbH & Co., 7800 Freiburg

Neobiphyllin®

Zusammensetzung: Ein Neobiphyllin Retard-Dragee enthält: Proxiphyllin (7- β -Hydroxypropyl-theophyllin) 112,5 mg; Diprophyllin (7-Dihydroxypropyl-theophyllin) 112,5 mg; Theophyllin 75,0 mg.

Ein Neobiphyllin Suppositorium enthält: Proxiphyllin (7- β -Hydroxypropyl-theophyllin) 188,0 mg; Diprophyllin (7-Dihydroxypropyl-theophyllin) 187,0 mg; Theophyllin 125,0 mg.

Eine Neobiphyllin 0,32 Ampulle mit 3,8 ml enthält: Proxiphyllin (7- β -Hydroxypropyl-theophyllin) 120,0 mg; Diprophyllin (7-Dihydroxypropyl-theophyllin) 120,0 mg; Theophyllin 80,0 mg.

Eine Neobiphyllin 0,80 Ampulle mit 10 ml enthält: Proxiphyllin (7- β -Hydroxypropyl-theophyllin) 300,0 mg; Diprophyllin (7-Dihydroxypropyl-theophyllin) 300,0 mg; Theophyllin 200,0 mg.

Indikationen: Asthma bronchiale, asthmoide Bronchitis, chronische Bronchitis, Emphysebronchitis, Asthma cardiale, chronisches Cor pulmonale, Cheyne-Stokes Atmung sowie bronchopulmonale Erkrankungen mit bronchospastischer Komponente. Zur unterstützenden Therapie von Herzinsuffizienz und renalen, kardiellen und zerebralen Ödemen.

Kontraindikationen: Die intravenöse Injektion von Neobiphyllin ist bei Epilepsie und akutem Herzinfarkt nicht angezeigt.

Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Erwachsene nehmen während der Langzeittherapie 2 bis 3x täglich 1 Retard-Dragee zu den Mahlzeiten unzerkeut mit etwas Flüssigkeit ein. Abhängig von der individuellen Ansprechbarkeit des Patienten sowie insbesondere zu Therapiebeginn kann unbedenklich die Einzeldosis auf 2 bis 4 Dragees erhöht werden. Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren erhalten 1 Retard-Dragee Neobiphyllin 2 bis 3x täglich. Erwachsene erhalten je nach Bedarf 2 bis 3x täglich

1 Suppositorium Neobiphyllin, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren erhalten 1 Suppositorium 2 x täglich.

Die Neobiphyllin 0,32 Ampulle mit 3,8 ml Injektionslösung wird je nach Bedarf täglich 1 bis 3 x in Abständen von 4 bis 6 Stunden intravenös, intramuskulär oder subkutan verabreicht. Im Bedarfsfall können als Einzeldosis bis zu 3 Injektionen verabreicht werden. In akuten Fällen wird die i.v.-Gabe der Neobiphyllin 0,80 Ampulle 1 bis 2 x täglich empfohlen.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise: Originalpackung mit 20 Retard-Dragees DM 12,30; Originalpackung mit 50 Retard-Dragees DM 26,63; Originalpackung mit 10 Suppositorien DM 11,27; Originalpackung mit 5 Ampullen 0,32 zu 3,8 ml DM 10,53; Originalpackung mit 5 Ampullen 0,80 zu 10,0 ml DM 12,85; Preise einschließlich MWSt.

Hersteller: H. Trommsdorf, Arzneimittelfabrik, 5110 Alsdorf 1

Nortase

Zusammensetzung: 1 Kapsel Nortase enthält: Lipasekonzentrat aus *Rhizopus arrhizus* 125 mg, entsprechend 7500 Einheiten nach Desnuelle, Enzymkonzentrat aus *Aspergillus oryzae* 100 mg, entsprechend Proteasen 10 000 Einheiten nach Anson, Amylase 700 Einheiten nach FIP.

Anwendungsgebiete: Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (wiederholt auftretende akute und chronische Formen; nach operativen Eingriffen an diesem Organ) mit Zeichen des Enzymmangels, z. B. Fettstühle.

Unverträglichkeiten und Risiken: Unverträglichkeiten sind bisher nicht beschrieben.

Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung von Nortase wird je nach Schwere der Erkrankung vom Arzt festgelegt. Im allgemeinen reicht es aus, wenn insgesamt 4 Kapseln pro Tag auf die Mahlzeiten verteilt zum Essen unzerkaut eingenommen werden (z. B. morgens 1 Kapsel, mittags 2 Kapseln, abends 1 Kapsel). Sollte bei dieser Dosierung ein normales Aussehen des Stuhles nicht erreicht werden (weiterhin vermehrte Fettscheidung), so kann die Dosis auf täglich 6 Kapseln gesteigert werden (z. B. morgens 2 Kapseln, mittags 2 Kapseln, abends 2 Kapseln). Wenn auch diese Menge nicht ausreichend ist (z. B. nach Operation an der Bauchspeicheldrüse), so kann die Einnahme von 12 Kapseln täglich (wieder auf die Mahlzeiten verteilt) notwendig sein.

Darreichungsform und Packungsgrößen: Packung mit 50 und 100 Kapseln.

Hersteller: Asche AG, 2000 Hamburg 50

Temetex® forte Roche

Zusammensetzung: 1 g Temetex forte enthält 3 mg (0,3 %) Diflucortolon-21-valerianat. Temetex forte ist eine wasserfreie Fettsalbe.

Indikationen: Temetex forte ist ein stark wirkendes Dermatikum zur Initialtherapie und zur zwischenzeitlichen Behandlung besonders schwer zu beeinflussender Hautkrankheiten, wie Psoriasis vulgaris, Neurodermitis und schwerer chronischer Ekzeme.

Temetex forte empfiehlt sich vorzugsweise bei chronischen und trockenen Prozessen, wobei der Okklusiveneffekt der Fettsalbe den Heilungsverlauf fördert.

Kontraindikationen, Vorsichtsmaßnahmen: Temetex forte darf – wie andere Corticoide zur Lokaltherapie – bei spezifischen Hautprozessen (Syphilis, Tuberkulose), Windpocken

und Impfpockenreaktionen nicht angewendet werden. Säuglinge und Kleinkinder bis zu vier Jahren sind wegen der hohen Corticoidkonzentration von der Behandlung mit Temetex forte auszuschließen. Aus dem gleichen Grund verbietet sich auch die Anwendung im Gesicht, in den Achselhöhlen und im Genitalbereich.

Bei bakteriell infizierten Hauterkrankungen und/oder bei Pilzbefall ist zusätzlich eine spezifische Therapie erforderlich.

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft sollten grundsätzlich keine corticoidhaltigen Zubereitungen zum äußeren Gebrauch angewendet werden, die in großen Mengen oder über längere Zeit gegeben zu Störungen im Hormonhaushalt führen können.

Von einer Ganzkörperokklusivbehandlung sollte abgesehen werden.

Nebenwirkungen: Wenn Temetex forte großflächig (etwa zehn Prozent der Körperoberfläche und mehr) und/oder langdauernd (über zehn Tage hinaus) angewendet wird, sind wie bei fast allen Cortikoiden Hautatrophien, Teleangiectasien, Striae und ekneförmige Erscheinungen sowie Störungen im Hormonhaushalt durch Resorption nicht völlig auszuschließen.

Dosierung und Handhabung: Temetex forte wird 2 x täglich auf die erkrankten Hautstellen dünn aufgetragen.

Temetex forte ist nur für eine kurzfristige Anwendung (1 bis 2 Wochen) bestimmt; vorwiegend zum Therapiebeginn und im akuten Schub. Dies gilt besonders für Patienten mit Neurodermitis.

Zur Weiterbehandlung sollten die geringer konzentrierten (0,1 %igen) Standardzubereitungen (Temetex Fettsalbe, Temetex Salbe) verwendet werden.

Packungen und Preise: Temetex forte Roche 20 g DM 15,15, 50 g DM 33,35, außerdem Anstaltspackungen.

Hersteller: Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen

Spasmo-Solugastril® Tabletten

Spasmolytisches Antezidum mit Schleimhautschutz

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Butinolinphosphat 2 mg, Aluminiumhydroxid-Trockengel 200 mg (entsprechend 100 mg Aluminiumoxid), Calciumcarbonat 300 mg.

Indikationen: Krampf- und Säureschmerzen bei Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi et duodeni, Völlegefühl, Sodbrennen und Magenbeschwerden durch Diätfehler und Medikamente.

Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen: Spasmo-Solugastril® Tabletten sollen nicht angewendet werden bei grünem Star, Vergrößerung der Vorsteherdrüse im fortgeschrittenen Stadium, Verschluss im Magen-Darm-Bereich und schweren Herzerkrankungen, es sei denn, daß der behandelnde Arzt dies ausdrücklich gestattet hat.

Eigenschaften und Wirkungsweise und besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit vom Arzt nicht anders verordnet, 3x täglich 1 bis 2 Tabletten zu oder 1 bis 2 Stunden nach den Mahlzeiten oder bei zwischenzeitlich auftretenden Magenschmerzen zerkauen und mit oder ohne Flüssigkeit schlucken.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Packung mit 40 Tabletten DM 8,55, Packung mit 100 Tabletten DM 18,70, Anstaltspackungen.

Hersteller: Heumann Arzneimittel, 8500 Nürnberg

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.

September 1979

- 1.—7. **Karlsruhe:** 31. Therapiekongreß und 31. Heilmittel-ausstellung. — Auskunft: Kongreßbüro, Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1.
- 2.—15. **Velden/Wörther See:** Internationaler Herbstkongreß für Genzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 2.—8. **San Francisco:** 14. Kongreß der Internationalen Kardiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **San Francisco:** 28. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgia. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **Wiesbaden:** IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie. — Auskunft: IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie, Professor Dr. K. Mielke, Postfach 23 72, 6200 Wiesbaden.
- 3.—6. **München:** Herbsttagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. Saibel, Bladersteiner Straße 29, 8000 München 40.
- 4.—7. **München:** Europäischer Gerontologie-Kongreß. — Auskunft: German Convention Service, Kongreßverbindungsstelle Hamburg, Dammtorstraße 12, 2000 Hamburg 36.
- 5.—8. **Brüssel:** Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Erforschung von Zivilisationskrankheiten und Umwelt. — Auskunft: S.I.R.M.C.E., 5, rue du Sceptre, B-1040 Bruxelles.
- 6.—8. **Prag:** IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgia. — Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, CSSR.
- 6.—8. **Straßburg:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Neuroradiologie. — Auskunft: Pr. A. Wakenheim, Service de Neuroradiologie, CHU Strasbourg 1, Place de l'Hôpital, BP 426/R5, F-67005 Strasbourg.
- 8.—9. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 9.—12. **Prag:** V. Europäischer Anatomischer Kongreß. — Auskunft: Professor Dr. E. Klika, Albartov 4, 120 26 Praha, CSSR.
- 9.—14. **Wien:** 10. Weltkongreß der Internationalen Diabetes-Federation. — Auskunft: Kongreßsekretariat 10. IDF, Bösendorferstraße 4, A-1010 Wien.
- 9.—15. **Nordrhein:** Fortbildungskongreß der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tarstaagenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 9.—23. **St. Moritz:** 3. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 11.—14. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssakretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 12.—13. **Düsseldorf:** Fortbildungsveranstaltung „Siedlungsplanung und Gesundheit“ — Seminar für Ärzte, Gesundheitsingenieure und leitende Gesundheitsaufseher. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennakamp 70, 4000 Düsseldorf.
- 12.—14. **Heidelberg:** Heidelberger Symposium: Grundlagenforschung in der Sportmedizin — Belastungstoleranz des Bewegungsapparates. — Auskunft: Professor Dr. H. Krahl, Postfach 14 03 29, 6900 Heidelberg 1.
- 12.—16. **Davos:** Seminar-Tagung: Dermatologie und Allergie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. S. Borell, Bladersteiner Straße 29, 8000 München 40.
- 13.—15. **Heidelberg:** 15. Fortbildungskurs für Endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastroskopische Diagnostik. — Auskunft: Privatdozent Dr. M. Poll, Krankenhaus Speyererhof, 6900 Heidelberg 1.
- 14.—15. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 15.—16. **Limburg:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzterverbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 15.—29. **Sant' Angelo:** Fortbildungsveranstaltung: Die Gesamtbetreuung des Rheumakranken (medikamentöse und funktionelle Behandlung, psychische und soziale Betreuung). — Auskunft: Professor Dr. H. Mathias, I. Medizinische Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bad Abbach.
- 16.—19. **Essen:** XXX. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgia. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. W. Grote, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 16.—22. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. J. Heck, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.
- 17.—19. **Karlsruhe:** 76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. O. Vivell, Karl-Wilhelm-Straße 1, 7500 Karlsruhe.
- 17.—20. **Berlin:** Internationaler Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin. — Auskunft: AMK Berlin, Messedamm 22, 1000 Berlin 19.

- 17.–20. **Nauharberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssakrariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Nauharberg.
- 17.–22. **Klagenfurt:** 26. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Generalsekretariat der SIMG, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 17.–28. **Sonthofen:** Weiterbildungslehrgang für Sportmedizin für Sanitätsoffiziere. (Der Kurs ist für alle Ärzte offen.) — Auskunft: Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens, Bundesministerium der Verteidigung, Postfach 13 28, 5300 Bonn.
- 18.–22. **Münster:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. — Auskunft: Privatdozent Dr. D. Gerlach, Von-Esmarch-Straße 86, 4400 Münster.
- 19.–21. **Hannover:** Symposium der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie, Dr. H. Schmitt, Postfach 12 27, 3257 Springa 1.
- 19.–22. **Gargellen/Montafon:** XXI. Symposium der Gesellschaft für Histochemie. — Auskunft: Professor Dr. Ch. Pilgrim, Postfach 40 66, 7900 Ulm.
- 19.–22. **Wien:** Arbeitstagung über Karotischirurgia. — Auskunft: Verein zur Förderung der angiologischen Wissenschaft, Dozent Dr. H. Karobath, Nisselgasse 1, A-1140 Wien.
- 20.–22. **Erlangen:** Jahrestagung der Sektion Klinische Geriatrie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, verbunden mit dem 4. Fortbildungskongreß in der Gerontologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Lang, Rathberger Straße 57, 8520 Erlangen.
- 20.–22. **Garmisch-Partenkirchen:** 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. G. Wolfgram, Weihestephan Block 3, 8050 Freising.
21. **Garmisch-Partenkirchen:** 7. Fortbildungskurs für Endoskopieschwester und -pfleger. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. Henning, Postfach 1380, 2410 Mölln/Lauenburg.
- 21.–23. **Augsburg:** 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin, in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 21.–23. **Augsburg:** VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (ZMA), in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
24. 9.–5. 10. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Röntgenhelfer (innen). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Kentsch, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 26.–28. **Brighton:** 9. Europäischer Kongreß für Zytologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 26.–29. **Basel:** 66. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Morscher, Orthopädische Universitäts-Klinik, Felix-Plattarspital, CH-4055 Basel.
- 26.–29. **Düsseldorf:** 2. Gemeinsame Jahrestagung der Angiologischen Gesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz. — Auskunft: Kongreßsekretariat Gefäßchirurgische Klinik des St. Johannes-Hospitals, 4100 Duisburg 11.
- 27.–28. **Haldenberg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin a. V. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin e. V., Geschäftsstelle, Im Nauenheimer Feld 368, 6900 Heidelberg 1.
- 28.–30. **Göttingen:** 3. Jahresskongreß der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Gregl, Goßlerstraße 10, 3400 Göttingen.
- 28.–30. **Hannover:** Psychotherapie-Kongreß der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie. — Auskunft: Dr. W. Stucke, Walsroder Straße 121, 3012 Langenhagen.
29. **Landshut-Achdorf:** Fortbildungsveranstaltung: Aktuelle Fragen und Probleme der Sportmedizin. — Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
29. 9.–2. 10. **Würzburg:** Symposium über „RES and the Pathogenesis in Liver Disease“. — Auskunft: Professor Dr. H. Liahr, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rille Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Abzugspreis monatlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnensstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse etlespress. Für den Anzeigentext verantwortlich: Alexander Wisetzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Decheu.

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

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

ISSN 0005-7126

Der Landkreis Dingoifing-Landau sucht ab sofort oder später (eine(n) deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Anästhesie

(ggf. Assistenz-Ärzte im letzten Weiterbildungsjahr)

Der (die) Bewerber(in) soll als Oberarzt in der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Landau tätig sein.

Schwerpunkt der Tätigkeit wird das zum 10. 2. 1979 inbetriebgenommene nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sein.

Die Planstelle für einen Chefarzt der Anästhesie wurde bereits besetzt.

Das Kreis Krankenhaus Landau umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie (69 Betten), Geb. Gynäkologie (20 Betten), HNO (10 Betten) und Augen (6 Betten); sowie eine interdisziplinäre Intensivstation mit 6 Betten.

Bezüglich der Vergütung ist ein zeitgemäßes dynamisiertes Garantieinkommen gedacht.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an: **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar, Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar.**

Stadt Kaufbeuren

Für des Städtische Krankenhaus suchen wir einen

Arzt für Anästhesiologie oder Assistenzarzt

Unser Krankenhaus verfügt über 280 Betten mit den Fachabteilungen Chirurgie, innere Medizin, Anästhesie, Strahleneinschließlich Nuklearmedizin und Pädiatrie, sowie den Belegabteilungen für Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO, Urologie, Orthopädie und Ophthalmologie.

Neben der Vergütung nach dem BAT werden Beteiligung an den Liquidationseinnahmen des Chefarztes, sowie die sonstigen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes wie Wohnrechts- und Urlaubsgeld, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen und dgl. geboten.

Die kreisfreie Stadt Kaufbeuren (42 000 Einwohner) besitzt einen hohen Freizeitwert. Eine Fahrstunde nach München oder 45 Minuten zur alpinen Skiplatte kennzeichnen die ideale Lage der traditionsreichen Stadt im Aigäuer Vorelpengebiet. Weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen bitten wir an das

Personalamt der Stadt Kaufbeuren, Postfach 1752, 8950 Kaufbeuren, zu richten.

Die Kurklinik Bayerwald-Sanatorium AHB-Klinik der BfA

sucht ab sofort

2 Assistenzärzte

Das Krankengut besteht in der Hauptsache aus Patienten mit Leber-, Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen.

Seit etwa 3 Jahren werden zusätzlich Patienten mit verschiedenen anderen internistischen Leiden behandelt.

Der leitende Arzt ist für 2 Jahre zur Weiterbildung in der inneren Medizin ermächtigt.

Die Kurklinik besitzt moderne medizinisch-diagnostische Einrichtungen, umfaßt 280 Betten und ist mit Patienten des genannten Krankengutes belegt.

Es bestehen gute Fortbildungsmöglichkeiten, die regelmäßige Teilnahme an fachbezogenen Tagungen und Kongressen ist gewährleistet. Vergütung nach Vereinbarung.

Ein vor wenigen Jahren errichtetes Personalgebäude steht zur Verfügung. Teilnahme an Personalverpflegung zu günstigen Sätzen ist möglich. Wohnungsbeschaffung – falls erwünscht – mit Unterstützung des Klinikträgers.

Cham ist mit einer Einwohnerzahl von 15 000 Mittelzentrum, im übrigen die Schulstadt und kultureller Mittelpunkt in Ostbayern. Ansonsten: Hallenschwimmbad, Tenniscub, Segelfliegen, vor allem nicht weit von hier Skisport (Arber, Osse usw.).

Bewerbungen werden erbeten an:

**Bayerwald-Sanatorium z. Hd. Herrn Chefarzt
Dr. Hilt, 8491 Cham-Windischbergendorf.**

Landkreis Dingoifing-Landau sucht ab 1. 9. eine (einen) Assistenzarzt (Ärztin) oder Medizinalassistent(in) für die

Chirurgische Abteilung

Das neuerbaute Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie (69 Betten), Geburtshilfe-Gynäkologie (20 Betten), HNO (10 Betten) und Augen (6 Betten); sowie eine interdisziplinäre Intensivstation mit 6 Betten.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach BAT, sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20, bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an:

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar, Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar

Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera mit

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Ärztmuster durch: 50 ml DM 5,53, 100 ml DM 9,63 200 ml DM 16,57
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück