



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung

Leitsymptom: Angina pectoris gravis

Der Notfall: Akuter Myokardinfarkt

bearbeitet von Professor Dr. H. Blömer und Professor Dr. W. Delius

Symptomatik:

Akut auftretender retrosternaler Schmerz mit bandförmiger Ausstrahlung über die vordere Thoraxwand, zum Hals, in die Arme oder den Rücken. Angst- und Vernichtungsgefühl, Blässe, Schweißausbruch, häufig Bradykardie und Blutdruckabfall, eventuell Herzrhythmusstörungen, Lungenstauung.

Anamnese:

Koronare Herzkrankheit bekannt?
Vorausgehende Angina pectoris-Anfälle (Präinfarktsyndrom)?
Risikofaktoren?

Solortdiagnostik:

Elektrokardiogramm.

Therapeutische Solortmaßnahmen:

Allgemeine Maßnahmen: Sedierung und Schmerzbekämpfung (z. B. Morphin 10 mg s. c. oder langsam i. v., Pethidin (Dolantin®) 50 bis 100 mg i. v., Pentazocin (Fortral®) 30 mg i. v. oder Diazepam (Valium®) 5 mg i. v.)

Intravenösen Zugang legen!

Spezifische Maßnahmen:

Ventrikuläre Rhythmusstörungen: Lidocain (Xylocain®) 2%: 50 bis 100 mg i. v. (Richtdosis: 1 mg/kg i. v.) – vielfach auch als Prophylaxe ventrikulärer Rhythmusstörungen empfohlen; Zurückhaltung mit prophylaktischer Verabreichung jedoch bei AV-Überleitungsstörungen.

Symptomatische Bradykardie mit Blutdruckabfall: 0,5 bis 1,0 mg Atropin i. v. (nicht prophylaktisch verabreichen).

Linksinsuffizienz bei akutem Infarkt: *Nitrate* (z. B. Nitroglycerin p. l. 1 bis 3 Kapseln à 0,8 mg oder Isosorbiddinitrat 5 bis 10 mg p. o.).

Diuretika: Furosemid (Lasix®) 40 mg i. v.

Glykoside: Vor allem bei supraventrikulären Tachyarrhythmien z. B. Digoxin 0,25 bis 0,5 mg i. v.

Indikation für die Krankenhauseinweisung:

Jeder Infarktverdacht, jedes Präinfarktsyndrom. Transport unter ärztlicher Überwachung erforderlich.

Differentialdiagnose:

Kardial: Angina pectoris, Perikarditis, funktionelle Beschwerden.

Thorakal: Lungenembolie, Pleuritis, Spontanpneumothorax, Aneurysma dissecans, Hiatushernie, Ösophagitis.

Extrathorakal: Akute Pankreatitis, akute Gallenkolik, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür.

Leitsymptom: Akute Dyspnoe

Der Notfall: Akute Lungenstauung - Lungenödem

bearbeitet von Professor Dr. H. Blömer und Professor Dr. W. Delius

Symptomatik:

Schwerste Orthopnoe, Distanzrasseln, Zyanose, Schweißausbruch, scheinbares Spatum, Angstgefühl.

Anamnese:

Was könnte die Ursache der akuten Lungenstauung sein? Ist eine koronare Herzkrankheit bekannt, gibt es Hinweise auf akuten Myokardinfarkt?

Hypertonieanamnese?

Ist ein Herzklappenfehler, z. B. Mitralklappenstenose, bekannt?

Sind Herzrhythmusstörungen bekannt?

Besteht eine supraventrikuläre oder ventrikuläre Tachykardie oder Tachyarrhythmie?

Hat der Patient unmittelbar zuvor Infusionen erhalten?

Könnte eine Dysfunktion künstlicher Herzklappen vorliegen?

Sofortdiagnostik:

Auskultation, Herzfrequenz; wenn möglich Elektrokardiogramm.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

1. *Allgemeine Maßnahmen:* Sauerstoffzufuhr, Sedierung (z. B. Morphin 10 mg s. c. oder langsam i. v.), Lagerung („Herzbettposition“).

2. *Medikamentöse Maßnahmen:*

Nitrate – z. B. Nitroglycerin p. l. 1 bis 3 Kapseln à 0,8 mg oder Isosorbiddinitrat 5 bis 10 mg p. o.

In der Klinik: Nitroglycerin – oder Isosorbiddinitrat-Infusion (1 bis 6 mg/h), bei erhöhtem Blutdruck: Natrium-Nitroprussid-Infusion (15 mcg/min bis 300 mcg/min)

Diuretika – z. B. Furosemid (Lasix®) 40 mg i. v.

Glykoside – z. B. Strophanthin 0,25 mg i. v. oder Digoxin 0,25 bis 0,50 mg i. v.

Antiarrhythmika z. B. Lidocain (Xylocain® 2 %): 50 bis 100 mg i. v. (Richtdosis 1 mg/kg)

Ajamalin (Gilurytmal®): 5 mg/min i. v., Gesamtdosis 25 bis 50 mg.

Indikation für die Krenkenhaus-einweisung:

Bei Lungenödem nach Therapieeinleitung sofortiger Transport ins Krankenhaus mit ärztlicher Überwachung.

Erläuterungen zur Therapie:

Nitrate bewirken eine Dilatation der peripheren venösen Gefäße und damit eine Zunahme der venösen Kapazität. Durch diesen „inneren Aderlaß“ wird der venöse Rückstrom zum Herzen vermindert, der linksventrikuläre Füllungsdruck gesenkt und damit auch die Lungenstauung beseitigt. Gleichzeitig wird der Austreibungswiderstand des linken Ventrikels durch Erweiterung der Arteriolen vermindert, d. h., das Herz wird entlastet und die Pumpleistung verbessert. Der Soforteffekt des *Diuretikums* Furosemid (Lasix®) beruht auf ähnlichem Prinzip, d. h. einer Zunahme der venösen Speicherkapazität, während die diuretische Wirkung erst etwas später einsetzt. *Glykoside* haben neben dem positiv-inotropen Effekt besonders günstige Wirkung bei supraventrikulärer Tachyarrhythmie, da sie die atrioventrikuläre Überleitung verlangsamen.

Differentialdiagnose:

Bei Fehlen einer primären Herzerkrankung kann ein Lungenödem verursacht sein durch akute Glomerulonephritis, durch toxische Schädigung (z. B. Gase), durch akute Heroin-Vergiftung, durch große Höhen.



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 10

Professor Dr. Hans J. Sewering:

Zum 31. Bayerischen Ärztetag

Es war ein guter Gedanke unserer niederbayerischen Kollegen, den 31. Bayerischen Ärztetag in den Bayerischen Wald einzuladen. Sie geben uns damit Gelegenheit, ein Randgebiet unserer bayerischen Heimat kennenzulernen, das in unserer Erinnerung – und früher sicher zu Recht – als das Armenhaus unseres Bayernlandes galt. Was die „Waldler“ aus ihrer Heimat gemacht haben, zeigt sich wohl am besten an dem Strom von Besuchern und Erholungssuchenden, die Jahr für Jahr in größerer Zahl in diesen wunderschönen Teil Bayerns kommen. Der Bayerische Wald gehört heute zu den bevorzugten Erholungsgebieten der Bundesrepublik. Wir freuen uns deshalb, daß wir unseren 31. Bayerischen Ärztetag in St. Englmar abhalten können und danken herzlich für die Einladung.

Für die Delegierten des Bayerischen Ärztetages, die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, die Mitglieder beider Vorstände und unsere Mitarbeiter wird die Zeit unseres Aufenthaltes leider mit viel Arbeit ausgefüllt sein. Eine umfangreiche Tagesordnung muß bewältigt werden. Wie immer steht an erster Stelle eine ausführliche Berichterstattung und Beratung der gesundheits- und sozialpolitischen Lage. Die Auswirkungen neuer Gesetze werden uns ebenso beschäftigen wie die immer näher rückenden Auswirkungen der ärztlichen Nachwuchsschwemme. Dank unserer Bemühungen und eines erheblichen finanziellen Einsatzes ist es uns gelungen, die ärztliche Versorgung auch in den Randgebieten Bayerns erheblich zu verbessern. Wir hoffen, in Bälde allen vertretbaren Wünschen entsprechen zu können. Die Erstellung eines Bedarfsplanes für die kassenärztliche Versorgung in konstruktiver Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Gange. Damit soll zugleich eine Orientierungshilfe für niederlassungswillige junge Ärzte geschaffen werden. Die Weiterbildungsordnung, erst vor zwei Jahren neu beschlossen, wird im Bereich der psychotherapeutischen ärztlichen Behandlung weiter verbessert.

Es entspricht einer jahrzehntelangen Übung, daß die Ärzte Bayerns einen Bayerischen Ärztetag abhalten. Dieser Ärztetag hat sich Rang und Namen und damit eine eigene Tradition geschaffen durch seine ernste und fachkundige Arbeit. Seine von großer Verantwortung für das gesundheitliche Wohl unserer bayerischen Bevölkerung und einen fachlich und ethisch hochstehenden Ärztetand getragenen Beschlüsse, sowie gegenseitige Achtung und Kollegialität kennzeichneten seine Beratungen auch dann, wenn einmal kontroverse Meinungen diskutiert wurden. Daran darf sich auch in der Zukunft nichts ändern.

So freue ich mich, alle Teilnehmer des 31. Bayerischen Ärztetages in St. Englmar in Niederbayern herzlich willkommen heißen zu dürfen. Ein besonderer Gruß gilt unseren Gästen, den Arztfrauen und Arztkindern. Ihnen wünsche ich frohe Stunden in diesem für manche vielleicht noch unbekanntem Teil unserer bayerischen Heimat. Möge auch der 31. Bayerische Ärztetag wieder wertvolle Beiträge zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung unserer bayerischen Mitbürger erarbeiten, möge er beitragen, die Zukunft eines freien ärztlichen Berufsstandes in einer freien Gesellschaft zu sichern.

Professor Dr. Sewering

**Grußwort zum
31. Bayerischen Ärztetag**



Gerne heiße ich die Delegierten der ärztlichen Landesorganisation Bayerns im Regierungsbezirk Niederbayern willkommen. Ich freue mich darüber, daß der 31. Bayerische Ärztetag in dem landschaftlich reizvoll gelegenen Luftkurort St. Englmar stattfindet.

Es ist uns in Niederbayern mit seinen vielen Streusiedlungen besonders daran gelegen, ein flächendeckendes System kooperierender ärztlicher Versorgung im Krankenhaus und in der Praxis zu erhalten. Die zunehmende Bedeutung der Bädermedizin in den niederbayerischen Bädern liefert fördernde Impulse in Richtung auf ein Verbundsystem medizinischer Prävention, medizinischer Therapie der akuten Krankheiten und der Rehabilitation. In Niederbayern bieten sich sehr wohl attraktive Möglichkeiten vielfältiger Art ärztlicher Tätigkeit; ich hoffe, daß dies in zunehmender Weise auch von den jüngeren Ärzten erkannt wird. Die Förderungsmaßnahmen zur Niederlassung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kommen unseren Bestrebungen entgegen, und ich bin der ärztlichen Landesorganisation für ihre Initiative dankbar.

Ich wünsche dem 31. Bayerischen Ärztetag fruchtbare berufspolitische Ergebnisse und allen Teilnehmern einen angenehmen Aufenthalt, der sie gerne an St. Englmar zurückdenken läßt.

Dr. Gottfried Schmid
Regierungspräsident

St. Englmar grüßt die Ärzte Bayerns



Vom 6. bis 8. Oktober 1978 ist Bayerns Ärzteschaft zu Gast in St. Englmar zum 31. Bayerischen Ärztetag.

Ich heiÙe alle Teilnehmer an dieser repräsentativen und wichtigen Veranstaltung herzlich willkommen. Es erfüllt mich und wohl alle Bürger von St. Englmar mit Stolz und Freude, daß nach München, das den 30. Ärztetag beherbergen durfte, nun St. Englmar im Bayerischen Wald als Tagungsort ausgewählt wurde.

Dem 31. Bayerischen Ärztetag in St. Englmar wünsche ich von Herzen einen harmonischen und erfolgreichen Verlauf. Ich hoffe, daß Sie alle, die Sie an diesen Tagen nach St. Englmar kommen, sich bei uns wohl und zuhause fühlen.

Wenn Bayerns Ärzte sich im Bayerischen Wald zu diesem bedeutungsvollen Ereignis treffen, so ist dies mit als ein Zeichen der Verbundenheit von Stadt und Land zu werten, als ein Zeichen auch, das Anerkennung und Dank für die Landärzte in unserer Heimat bedeutet, die unermüdlich, oft unter sehr harten Arbeitsbedingungen, zum Wohle ihrer Patienten tätig sind.

Möge der 31. Bayerische Ärztetag in St. Englmar dieser Verbundenheit von Stadt und Land und dem notwendigen Dank an die gesamte Ärzteschaft deutlichen und allgemein sichtbaren Ausdruck verleihen.

Erlauben Sie mir noch ein paar Worte über St. Englmar. Aus einer armen Waldgemeinde hat sich unser Ort in den letzten Jahren zu einem der führenden Fremdenverkehrszentren des Bayerischen Waldes entwickelt.

Vom komfortablen Luxushotel internationalen Rufs über den soliden Landgasthof bis hin zur kleinsten Privatpension werden dem Gast in fast 3000 Betten alle Spielarten der Beherbergung angeboten.

Für Spiel und Sport stehen dem Gast Trimpfpfade, Hallenbäder, Tennisplätze, Reit- und Wanderwege, Kegelbahnen und vieles mehr zur Verfügung.

Aber St. Englmars besonderer Reichtum ist seine wunderschöne Waldlandschaft. Wenn der Herbst beginnt, die Laubbäume im dunklen Grün der Tannenwälder golden zu färben, ist die schönste Zeit. Just in dieser Zeit werden Sie bei uns zu Gast sein und es steht zu hoffen, daß gar mancher von Ihnen vom flüchtigen Besucher zum dauernden Freund St. Englmars wird.

A handwritten signature in cursive script, reading 'Ludwig Edbauer'.

Ludwig Edbauer
1. Bürgermeister

An den 31. Bayerischen Ärztetag



Vor acht Jahren — es war der 23. Bayerische Ärztetag — durfte ich Sie, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, in unserer schönen Dreiflüsse-Stadt Passau begrüßen. Damals schrieb der seinerzeitige Regierungspräsident von Niederbayern, Johann Riederer, in seinem Grußwort: „Sie kommen in ein Gebiet, das an einem unerfreulichen Mangel an Ärzten leidet.“ Heute können wir mit Stolz sagen, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in unserem Bereich zufriedenstellend gelöst ist. Immer zahlreicher werdende Anfragen niederlassungswilliger junger Kolleginnen und Kollegen aus fast allen Teilen des Bundesgebietes beweisen eindeutig, daß Niederbayern und sein schönes Waldland durchaus an Anziehungskraft, Attraktivität und Freizeitwert gewonnen haben. Und so war es denn auch für uns Niederbayern sehr verlockend, die Teilnehmer am 31. Bayerischen Ärztetag nicht in eine Stadt, sondern in den Bayerischen Wald einzuladen, wo in der Ruhe und Abgeschlossenheit des Waldes der Ernst unserer berufspolitischen Arbeit, aber auch die Pflege der kollegialen Kontaktaufnahme in besonderer Weise zum Tragen kommen dürfte.

Sie kommen nach St. Englmar, dem höchstgelegenen Pfarrdorf des Bayerischen Waldes (850 m), das sich in den letzten Jahren zu einem der bedeutendsten Fremdenverkehrsplätze unseres Vorwaldes entwickelt hat. St. Englmar, im Nordosten des Landkreises Straubing-Bogen gelegen, umfaßt 28 Ortschaften mit einer Einwohnerzahl von 1407 und einem Gästebettenangebot von 2700. Allein im Jahre 1977 zählte St. Englmar 456 000 Übernachtungen.

Der selige Englmar, der um 1100 hier als Einsiedler lebte und später ermordet wurde — siehe das berühmte, an jedem Pfingstfest veranstaltete „Englmarl-Suchen“ —, hat diesem Ort seinen historischen Namen gegeben.

So darf ich Sie nun alle, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren Kollegen, liebe Gäste, im herrlichen Bayerischen Wald willkommen heißen und hoffen, daß Sie neben der berufspolitischen Arbeit auch noch Zeit und Muße finden, unseren Wald kennen- und liebezulernen.

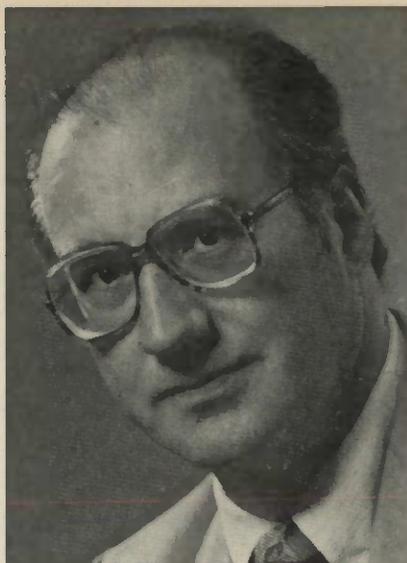
Ich schließe mit einem Zitat Vegesacks: „Wer auf dem Kamm dieser Höhenzüge wandert, vom Keitersberg bei Kötzing bis zum Arber und vom Rachel her über den Lusen bis zum Dreisessel, den Blick über das endlose Wäldermeer, der wird in Deutschland nicht so bald etwas finden, was an die Großartigkeit dieser Landschaft heranreicht.“

Ich wünsche dem 31. Bayerischen Ärztetag einen harmonischen und erfolgreichen Verlauf.

Dr. Adolf Rixner

1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern

Herzlich willkommen,



heiße ich Sie namens des Ärztlichen Kreisverbandes Straubing, meine sehr verehrten Damen und Herren Kollegen, wie auch die Gäste des 31. Bayerischen Ärztetages in St. Englmar.

Der Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern, Kollege Rixner, hat Ihnen bereits andeutungsweise Geschichte und geographische Gegebenheiten des Ortes St. Englmar genannt; eine Wiederholung darf ich mir ersparen.

Unschwer können Sie hier noch die Urwüchsigkeit der Bayerwaldlandschaft finden und Sie brauchen hierzu nicht einmal das Auto. St. Englmar bietet im Vergleich zum letztjährigen 30. Bayerischen Ärztetag in München gewissermaßen ein Kontrastprogramm, das jedoch voll akzeptiert erscheint durch ein hervorragendes Anmeldungsergebnis, einschließlich einer großen Schar von Kindern.

Die Ärztezahlen in unserem Raum sind weitaus bescheidener als in München: so hat der Ärztliche Bezirksverband Niederbayern insgesamt ca. 1750 Mitglieder, der Ärztliche Kreisverband Straubing besteht aus etwa 160 Mitgliedern.

Arbeit und Erholung liegen hier dicht beisammen; beides kann sicher in ausgezeichneter Weise durchgeführt werden.

So wünsche ich uns, den Delegierten des Bayerischen Ärztetages, in erster Linie ein gutes Arbeiten an den vorgegebenen Aufgaben. Ich wünsche weiter unseren Damen erholsame Tage, Tage zum Kennenlernen von Land und Leuten und schließlich unseren Kindern viel Spaß bei dem auch für sie vorgesehenen Programm.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kurt Dehmer'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Dr. Kurt Dehmer
Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Straubing

31. Bayerischer Ärztetag in St. Englmar

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 6. bis 8. Oktober 1978

Eröffnung:

Freitag, 6. Oktober, 19 Uhr, in der Festhalle des Hotels „Haus Berghof“ – anschließend Empfang –

Ort und Zeit der Arbeitstagen:

Samstag, 7. Oktober, 9 Uhr s. t., und Sonntag, 8. Oktober, 9 Uhr c. t., in der Festhalle des Hotels „Haus Berghof“

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 1977
 - 2.2 Entlastung des Vorstandes 1974 mit 1977
 - 2.3 Haushaltsvoranschlag 1979
 - 2.4 Beitragsordnung
 - 2.5 Reisekostenordnung und Entschädigungen der Bayerischen Landesärztekammer
 - 2.6 Bestellung des Prüfers
3. Bericht des Bayerischen Obersten Rechnungshofes (Rechnungsprüfung 1976)
4. Ergänzung der Weiterbildungsordnung
5. Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer
6. Änderung der Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer
7. Änderung der Meldeordnung für Ärzte bei den Ärztlichen Kreisverbänden
8. Neufassung der Mustersatzungen für die Ärztlichen Kreisverbände und die Ärztlichen Bezirksverbände
9. Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht mit ehrenamtlichen Richtern
10. Wahl des Tagungsortes des 33. Bayerischen Ärztetages 1980



Die älteste Darstellung der Ermordung des Einsiedlers Englmair durch einen Boten des Grafen von Bogen (hinter ihm der Teufel, der ihn zu diesem Verbrechen verführt). Die Darstellung wurde in einem Rechnungsbuch des Klosters Windberg aus dem Jahre 1541 gefunden

Ein Bergdorf und sein Schutzpatron

Aus der Geschichte des Luftkurortes St. Englmar

von Paul Hagenauer

Als König Max II. von Bayern 1858 die Amtsärzte der verschiedenen Landgerichte zur Abfassung der sogenannten „Phisikatsberichte“ – darin werden Land und Leute nach ethnographischen Gesichtspunkten erfaßt – aufforderte, gab es über den vorderen Wald wenig Erfreuliches zu berichten. So entnehmen wir dem Bericht des Phisikatsbezirks Mitterfels, dem auch das Bergdorf Englmar angehörte, aus dem Jahr 1860 (Staatsbibliothek München, Handschriftenabteilung – Cgm 6874/112), daß dort die Häuser „in wahren Morastgruben“ stehen, daß deren Fußböden „mit Brettern oder auch Ziegelsteinen oder Lehm“ bedeckt sind und die Winterbeleuchtung aus

„langen Spähnen aus Föhrenholz“ besteht, die allenthalben Ruß und Staub wie in einer „Kohlenschmiede“ verbreiten. Was die Ernährung betrifft, kann dort folgendes nachgelesen werden: „Kartoffeln Früh, Vormittags, Mittags, Abends in verschiedenen Zubereitungen ...“. Fleisch und Bier kamen nur an den „Jahreszeiten“, besonders Weihnachten, Fastnacht, Ostern, Kirchweih und Pfingsten, auf den Tisch: „Wasser und saure Milch im Sommer ist zur Arbeit beinahe das ausschließliche Getränk für Bauern und Gesinde...“

Heute, fast 120 Jahre später, präsentiert sich St. Englmar als gepflegter, modern ausgestatteter Luft-

kurort, der in Hotels, Pensionen und Privatquartieren 2700 Fremdenbetten anbietet und den Gästen Hallenbad, medizinische Bäder, Sauna, Massagen, Kegelbahnen, Reit- und Tennishallen zur Verfügung stellt und darüber hinaus 120 Kilometer Wander- und Spazierwege, die weit in die Umgebung führen. Im Winter sind 13 Schlepplifte in Betrieb und 23 Kilometer Langlauf-Loipen angelegt. Für die nahe Zukunft ist ein Kurzentrum geplant, in das rund 10 Millionen DM investiert werden sollen. 456 000 Übernachtungen im Jahre 1977, davon allein 208 000 während der Wintersaison, dokumentieren mehr als Worte den Aufschwung dieses im Bayerischen Wald



*S. Engelmarus Ein Bayr. Mönch von Naassau
Verläßt alles um der Liebe Ehre, begibt sich in Bayern lebt
Beilig in einer Wildnis, wird aus Neid A. 1100 umgebracht
als ein Martyrer, und Patron für die Vieh-Krankheiten
und Erhaltung der Linsenfeldfrüchten bis heut Verehrt.*

J. A. Zimmermann sc. Monachii

Die Ermordung des
Einsiedlers Englmars
nach einem Stich
von J. A. Zimmer-
mann aus dem
Jahr 1757

Klöster leiteten die Kolonisierung ein

Wollte man das Thema „Kulturlandschaft Bayerischer Wald“ auch nur annähernd erschöpfend behandeln, müßte der Blick weit nach Böhmen und Österreich schweifen, zurück ins frühe Mittelalter, in die Zeit, als die Höhen und Berggebiete nördlich der Donau noch Königsforste waren, die an die fränkisch-deutsche Reichskirche und an den Reichsadel als Herrschaftsgebiete verliehen wurden. Da aber diese unendlichen Waldgebiete herrschafts- und verwaltungsmäßig nie in den Griff zu bekommen waren, konnten die böhmischen Przemysliden-Könige in den großen Wald in westlicher Richtung vordringen, bis sie eines Tages mit den nach Osten orientierten deutschen Herrschaftsgewalten aufeinandertrafen und die Grenzgebiete schließlich in zähem militärisch-politischen Ringen aufgeteilt wurden.

Nach dem Sturz Tassilos im Jahr 788 errichtete Karl der Große nach der Niederwerfung der Awaren etwa um 805 in Böhmen die Markgrafschaft auf dem Nordgau. Diese und die Ansiedlung zahlreicher Ministerialen war notwendig geworden, um die Chamer-Further Senke gegen die erwähnten Vorstöße räuberischer, tschechischer Kleinfürsten zu sichern. Graf Aswin von Bogen war der Schrecken der tschechischen Eindringlinge und hatte diese um 1100 dreimal vernichtend geschlagen. Die Einfälle aus Böhmen nahmen erst dann ein Ende, als die Przemysliden eheliche Verbindungen mit dem deutschen Kaiserhaus und den angrenzenden mächtigen Grafen von Bogen suchten und fanden: Herzog Bretislav von Böhmen ehelichte die Tochter des Grafen Aswin I. von Bogen (1135) und Graf Friedrich II. von Bogen heiratete Swatana, die Tochter des Herzogs Wladislav, die von den Bayern Luitgard genannt wurde. Viel Ruhm erlangte Ludmilla, die Tochter Herzogs Friedrich von Böhmen, die mit Albrecht III. von Bogen vermählt war und die nach dessen Tod (1189) Gemahlin des Herzogs Ludwig von Bayern wurde.

Für den vorderen Bayerischen Wald und seine Entwicklung war das Donautal von bestimmender Bedeutung. Von den hier gegründeten Klöstern wurde die Kolonisation einge-

am höchsten gelegenen Bergdorfes. Daß unter dieser raschen Entwicklung das vertraute Gesicht St. Englmar's gelitten hat und heute landfremde Bauelemente die Landschaft belasten, ist der negative Tribut, der für diesen wirtschaftlichen Aufschwung entrichtet werden mußte.

Die Waldler, ein selbstbewußter Menschenschlag

Damit ist der Stempel verwischt, den Armut und Dürftigkeit diesem Bergdorf und mit ihm dem ganzen Waldgebirge nördlich der Donau über Jahrhunderte aufgedrückt hatten. Dennoch bedarf es noch großer Anstrengungen und einer vernünftigen Infrastruktur, um auch andere Gebiete des Grenzlandes von dem Stigma des „Hinterwäldlerischen“ zu befreien. Dies wäre um so wünschenswerter, als es sich hier um eine wichtige bayerische, deutsche und europäische Kulturlandschaft handelt, deren Menschen im Verlauf einer langen geschichtlichen Entwicklung ein ausgeprägtes Selbstbewußtsein und ein tiefes Zusam-

mengehörigkeitsgefühl entwickelt haben, das mit dem Wort Waldler am besten zu umreißen ist: jeder bekennt sich dazu und ist stolz darauf.

Kultur, so sagt der große bayerische Historiker Professor Karl Bosl, ist Aktivität in Beharrung und Fortschritt. Er meint damit nicht die eigenschöpferische Leistung aus dem Nichts, sondern das Eingebundensein in das, was vorher war, an die Menschen vorher, an Tradition und Formen, die man von den Ahnen, von anderen Menschen der gleichen Zeit übernommen, weiterentwickelt und in sein eigenes Wesen eingeschmolzen hat. Dies trifft in besonderem Maße auf den Waldler zu und keiner wundert sich, wenn die Wald- und Bergbauern, Köhler und Glasbläser, von einem harten und kargen Dasein geprägt, dem beharrenden und bewahrenden Element stets den Vorzug gegeben haben. Andererseits ist aber gerade dadurch ein Menschenschlag entstanden, dessen Individualität der bunten Palette bayerischer Lebensart noch zusätzliche, liebenswerte Akzente zu setzen vermochte.

leitet. So waren z. B. an der Rodung im Gebiet des ehemaligen Landgerichtes Mitterfels die Klöster Metten und Pfaffenmünster entscheidend beteiligt. Diese erste Kolonisierung durch die Donauklöster war gegen Ende des zehnten Jahrhunderts abgeschlossen; die zweite folgte im elften und zu Beginn des zwölften Jahrhunderts. Von ihr wurde auch das Gebiet um St. Englmar erfaßt. So erscheint z. B. Kolmberg um 1150 als Besitz des Bogenschen Dienstmannes Rudolf von Menach. Neben den Grafen von Bogen hatten vor allem die Klöster Oberaltaich (gegründet 1104) und Windberg (gegründet 1142) an der Erschließung des nördlichen Teiles des Vorwaldes entscheidenden Anteil. Beide Niederlassungen waren aus dem Bogener Besitz hervorgegangen.

Das Schicksal des Einsiedlers Englmar

In die Endstufe dieser zweiten Kolonisierungswelle fällt das Wirken des Ortspatrons von St. Englmar, des seligen Einsiedlers Englmar, dessen lateinische Vita um 1146 vom ersten Abt des Klosters Windberg, Gebhard von Bedenburg, aufgezeichnet wurde. Es gibt verschiedene Versionen über Leben und Sterben dieses gottesfürchtigen Mannes, von denen jedoch lediglich jene Gebhards von Bedenburg authentisch ist. Wir halten uns bei ihrer Darstellung an Dr. Günther Kapfhammer, der 1969 mit einer Ortsmonographie über „St. Englmar“ promovierte.

Demnach stammte der selige Englmar aus einer bäuerlichen Familie in der Gegend von Passau. Unter Bischof Gregorius, der aus Armenien geflohen war, wurde Englmar in dessen Einsiedlerkolonie in Passau als Eremit ausgebildet. Nach dem Tod des Bischofs zur Zeit der großen Sonnenfinsternis (24. September 1093) und nach nachfolgender Pestzeit, verließ Englmar Passau und errichtete im jetzigen Gemeindegebiet von St. Englmar eine Klausur und gewann sich durch seine Frömmigkeit viele Freunde. Sein Gefährte – und nicht etwa ein Diener des Grafen von Bogen – erstach ihn in der Oktav nach Epiphanie aus Neid und bedeckte den Leichnam mit Schnee und Reisig. Ein reisender Weltpriester Ruodbertus fand am Pfingstfest des gleichen Jahres den Toten und

ließ ihn bestatten. Über seiner Grabstätte wurde 1131 eine steinerne Kirche erbaut, die Bischof Kuno von Regensburg geweiht haben soll.

Obwohl sich in der Windberger Vita kein Hinweis auf das Todesjahr findet, wird allgemein das Jahr 1100 angegeben. Demnach wäre der Ortspatron nur sieben Jahre in der Gegend von Englmar tätig gewesen. 1188 soll Englmar selig gesprochen worden sein. Im Pfarrarchiv findet sich jedoch kein derartiger Hinweis. Auch seine Heiligsprechung, wie sie in jüngster Zeit angenommen wurde, ist nicht erfolgt. Der Ortspatron wird in der einschlägigen Literatur als Seliger geführt.

Eine Steigerung ins Legendenhafte erfährt die Lebensgeschichte Englmars in der Barockzeit, was durch zahlreiche Mirakelbücher des Pfarrarchivs belegt wird. Das älteste Kompendium enthält folgenden Hinweis: „s.Englmair sey ein burgerskindt zue Passaw gewesen, habe zu vor in der Schöllgleuthen nahent bey Passaw gewohnt, sey wegen der bösen leuth unnd rauber davon gewichen, ein größeres wilddnuß gesucht, in derer er mit mehrer ruhe bleiben möchte und also an diesem orth kommen.“ In einem anschließenden Bericht heißt es, „dass nach erfundeß cörpers s.Englmairs derselb sey auferlegt worden zweyen ungezähmten stieren, welche ganz frey ledig unnd ohne ainiges menschen laittung mit dem toden leib sein mitten im gemöb ganngen, darinnen still gestannden, an dem orth, da sein graab unnd kürchen ysigen zeit stehet.“

Zahlreiche „Wundersteine“ in den Ortsfluren von St. Englmar halten das Andenken an den Ortspatron lebendig. Dr. Günther Kapfhammer nennt hier den „Fußtritt“ des Seligen zwischen Englmar und Zipfelwies, die „Kniesteine“ am Kapellenberg und die „Kreuzsteine“, die jene Stelle bezeichnen sollen, wo Englmar ermordet wurde. Letztere hat Kapfhammer jedoch nicht selbst gesehen. Ein Kuriosum besonderer Art gibt es in einem Hochwald in der Nähe von Glashütt. Dort liegt ein eigenartig geformter Stein, den die Hüter in ihrer deftigen Sprache als den „Orsch vom Englmar!“ bezeichnen. Auf diesen Stein soll sich Englmar gesetzt haben, wenn er beim Holzsammeln müde geworden war. Tatsächlich vorhanden ist jedoch

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.

Contranatural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Acid. acetylsalicylic, 250 mg, Phenacelin 250 mg, Codein phosphoric, 9,6 mg; 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid. acetylsalicylic, 400 mg, Phenacelin, 400 mg, Codein phosphoric, 19,2 mg; 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylsalicylic, 100 mg, Phenacelin 100 mg, Codein phosphoric, 4,8 mg; 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylsalicylic, 50 mg, Phenacelin, 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 fieberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch 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 verändernd, 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. Kinder 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 orale Anwendung von Suppositorien. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWSt., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWSt., Anslattpackungen.



Dr. R. Pfeleger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

der „Stelnerne Englmar“ aus dem Jahr 1723, der sich auf einem Felsvorsprung des Kapellenberges befindet. Auf dem Sockel ist folgende Inschrift zu lesen:

„Der Heilig Vetter Englmar
für unß wöll bitten immerdar
deß GOTT vor schede unß bewahr
In schwerer Leibs- und Seelengetahr.
Aus Neid sein Mit-Gesell
Erschlug Ihn an der Stell
Fragst wann: o fromme Seel
Tausend und Hundert zehl.“

Prämonstratenser förderten die Wallfahrt

Als Besitz der Grafen von Bogen war Englmar später auf das Hauskloster Windberg übergegangen. 1255 erscheint Englmar als Filiale von Windberg, seit mindestens 1286 ist es Pfarrei und seit dem 16. Jahrhundert Hofmark des Klosters. Bis zu dessen Auflösung in der Säkularisation wurde es von Pfarrvikaren verwaltet. Seinen Ausbau zu einem weitbekannten Wallfahrtsort hat Englmar in erster Linie den Windberger Prämonstratensern im 17. Jahrhundert zu verdanken, die sich auch der schulischen Unterweisung der Kinder annahmen. Seit mindestens 1711 gab es im Ort einen bezahlten Schulmeister und ein eigenes Schulhaus. Im Dreißigjährigen Krieg ist nach einem Brief des Abtes Michael Fuchs vom 4. September 1635 der „Kirchenpau . . . durch den feindt abgebrenndt“. Tatsächlich waren um die Jahreswende 1633/34 schwedische Truppen im Vorwald eingefallen. Das Jahr 1803 brachte den größten Einschnitt in der Geschichte des Dorfes. Die Pfarrkirche wurde als Klostergut säkularisiert, das bescheidene Kirchengut eingezogen und nach München ausgeliefert. Die finanzielle Lage der Pfarrei war bedenklich, nachdem man sie aus der Obhut des Klosters genommen hatte. Mit Hilfe beträchtlicher Erbschaften gelang es im 19. Jahrhundert, die Notlage einigermaßen abzuwenden.

Und ewig singen die Wälder . . .

Von dem geschichtlichen Auf und Ab blieben und bleiben jedoch die von Wäldern umrauschten Gipfel des Pröllers, des Predigtstuhl und des Hirschenstein unberührt. Zu-

sammen mit der Käsplatte, der Zellerhöhe und der Bernhardshöhe und dem Saustein formen sie das herrliche Waldbergpanorama rund um St. Englmar. „Am allerschönsten ist es hier, wenn draußen das flache Land in kalten, weißen Nebelschwadern ertrinkt, im Herbst und im späten Winter. Dann brennen die Kronen der Buchen und Ahorne rotgolden aus dem Schwarzgrün der Tannen, dann scheint die Märzsonne auf ihr in Millionen Schneekristallen funkelndes St. Englmar.“ So schwärmt ein Heimatschriftsteller von seinem Heimatdorf. Und er hat Recht! Niemand kann sich des Zaubers dieses Ortes entziehen, von dem aus der Blick an hellen Tagen weit hinaus reicht in die Donaubene bis hin zu den fernen Gipfeln der Alpen. Glücklich die Menschen, die hier geboren werden, leben und sterben, so wie jener Kramer, dem folgendes Sprüchlein auf das Totenbrett geschrieben wurde:

„Allhier in Englmar
Het er seit fünfzig Jahr
Als Krämer wohlgeacht',
Sein Tagewerk vollbracht . . .“

Anschrift des Verfassers:
Paul Hagenauer, Gabelsbergerstraße 26,
8440 Straubing

St. Englmar

(31. Dezember 1963)

Über dem Wolken- und Nebelmeer
Durften wir sein,
Der Sonne näher,
Von ihren wärmenden Strahlen
[umschmeichelt —
Wie auf einer Insel der Glücklichen,
Ferne den Niederungen der Welt
Mit ihren Kümernissen und
[Sorgen,

Ihren lastenden Aufgaben
Und ihrer rauhen Härte.
Doch nicht ist solche schöne Zeit
[von Dauer;

Der Alltag ruft.
Dort gibt es erneute Bewährung im
[Kleinen,

Die unsre Aufgabe ist.
Dafür bereit zu sein,
Ihr zu genügen,
Durften wir die Sonne schauen,
Über den Wolken und über dem
[Nebel,

Weite atmet bis zum fernen Alpen-
[saum.

Gut tat es, Bande zu lösen
Und frei zu sein;
Ein Geschenk war es,
Ein heller Kristall,
Spiegelnd die Schönheit der
[Schöpfung für uns.

Dr. Erwin Stetter

Einladung zu einer

Dichterlesung

mit musikalischer Umrahmung

veranstaltet von der Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes
Deutscher Schriftstellerärzte in Zusammenarbeit mit der Bayerischen
Landesärztekammer

am Mittwoch, 13. Dezember 1978, 16 Uhr,
im Ärztehaus Bayern, München 80, Mühlbaaurstraße 16

Bayerische Schriftstellerärzte lesen in Lyrik und Prosa aus eigenen
Werken unter dem Motto

„Unter uns sind Menschen“

(Es wird eine bunte Folge besinnlicher und heiterer Gedanken
über die Vielfältigkeit menschlichen Seins angeboten — passend
zur Adventszeit)

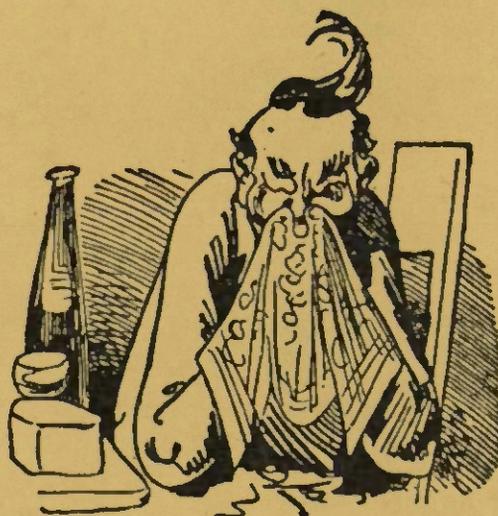
Anschließend gemütliches Beisammensein mit Imbiß im Kasino
des Ärztehauses.

Anmeldungen der Gäste für Teilnahme an der Lesung und am
anschließenden Beisammensein erbeten an Dr. med. E. Stetter,
Prechtelstraße 9, 8450 Amberg.

Vergrippt nochmal!



Die Spannung steigt, der Drang wird groß -
Nur still! gebt acht! - gleich drückt er los!



Den Herrn Direktor quält die Wahl:
»Was nehm' ich bloss, vergrippt nochmal!«

Kolton® grippale

Dragees und Saft

Indikationen: Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhelischen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.

Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, o-Äthoxybenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelöffel (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymianfluidextrakt

DAB 6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Efeukraut 50 mg.
Hinweis: Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrem und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.
Für Diabetiker: 1 Teelöffel (5 ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5 g Glukose.

Handelsformen: OP mit 20 Dragees DM 5,35; OP mit 125 ml Saft DM 6,55.

Ärzte kandidieren für Landtag und Bezirkstag

Folgende Kandidaten wurden uns bekanntgegeben:

Landtag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Hertwig **HOLZGARTNER**, Internist
Richard-Strauss-Straße 55, 8000 München 80
Dr. Ernst Theodor **MAYER**, Nervenerzt, wiss. Assistent
Delandstraße 5, 8000 München 81
Dr. Kleus **REICHEL**, Allgemeinarzt
Hubertussteige 7, 8562 Hersbruck

Wehlkreisliste Oberbayern
Platz 130
Wehlkreisliste Oberbayern
Platz 136
Wehlkreisliste Mittelfranken
Platz 123

Sozialdemokratische Partei:

Dr. Fritz **CREMER**, MdL, Allgemeinarzt
Friedrich-Kirchhoff-Straße 19, 8771 Lengfurt

Wehlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 606 Mein-Spessart
Platz 1

Freie Demokratische Partei:

Dr. Gottfried **BECKER**, Pethologe
Schmettererstraße 3, 8200 Rosenheim
Dr. Helmut **BREITER**, Arzt
Oeschländer Weg 23, 8990 Lindau
Dr. Fritz **FLATH**, MdL, Allgemeinarzt
Neuenmührer Weg 10, 8823 Altenmühr
Dr. Thomas **GEISSENDÖRFER**, Assistenzerzt
Heinrich-Beer-Straße 10, 8592 Wunsiedel
Dr. Wolfgang **KEIL**, Assistenzerzt
Ludwig-Kei 8, 8700 Würzburg
Dr. Hans **MEIER**, Allgemeinerzt
Prinzregentenplatz 9, 8506 Lengenzen
Dr. Hans Assa von **POLENZ**, Allgemeinerzt, Werkserzt
Westendstraße 131, 8000 München 2
Dr. Horst **THEISSEN**, Freuenarzt
Kremerstraße 33, 8940 Memmingen

Wahlkreisliste Oberbayern / Stimmkreis 129 Rosenheim-Ost
Platz 15
Wahlkreisliste Schwaben
Platz 19
Wehlkreisliste Mittelfranken / Stimmkreis 513 Roth
Platz 1
Wehlkreisliste Oberfranken
Platz 13
Wehlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 611 Würzburg-Stedt
Platz 3
Wahlkreisliste Mittelfranken
Platz 18
Wehlkreisliste Oberbayern
Platz 60
Wahlkreisliste Schweben / Stimmkreis 713 Memmingen
Platz 13

Bezirkstag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Ingeborg **HACKENBERGER**, Obermedizinalrätin
Martin-Luther-Straße 6, 8620 Lichtenfels
Dr. Otto **SCHLOSSER**, Internist
Kaiserblickstraße 5, 8201 Stephanskirchen

Wahlkreisliste Oberfranken
Platz 116
Wahlkreisliste Oberbayern
Platz 131

Sozialdemokratische Partei:

Professor Dr. Jan-Diether **MURKEN**,
Kindererzt, Leitender Obererzt
Eichendorffstraße 37 e, 8012 Ottobrunn

Wahlkreisliste Oberbayern / Stimmkreis 126 München-Lend Süd
Platz 9

Freie Demokratische Partei:

Dr. Peter **DOHRN**, Internist
Driessenstraße 15, 8182 Bad Wiessee
Dr. Alfred **ESSER**, Freuenerzt
Tegernseer Landstraße 110, 8000 München 90
Dr. Anne **MACEIZYK**, Prektische Ärztin
Frühlingstraße 18, 8354 Metten
Dr. Hens Karl **NIEDERHELLMANN**, Allgemeinarzt
8651 Kesendorf Nr. 125
Dr. Rolf **RINGERT**, Kindererzt
Ringmeuerstraße 20, 8755 Alzeneu
Dr. Welter **SCHMIDT**, Freuenarzt
Goethestraße 37, 8884 Höchstädt
Dr. Wilhelm **SCHMIDT**, Augenerzt
Am Hohen Weg 17, 8960 Kempten
Dr. Klaus **ZOBEL**, Orthopäde
Marktplatz 4, 8990 Lindeu

Wehlkreisliste Oberbayern
Platz 56
Wehlkreisliste Oberbayern
Platz 63
Wahlkreisliste Niederbayern / Stimmkreis 201 Deggendorf
Platz 8
Wehlkreisliste Oberfranken
Platz 16
Wehlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 602 Aschaffenburg-West
Platz 3
Wahlkreisliste Schweben / Stimmkreis 706 Dillingen
Platz 14
Wahlkreisliste Schwaben
Platz 20
Wehlkreisliste Schwaben / Stimmkreis 711 Lindeu
Platz 13

Verantwortung und Kritik*

von Karl Steinbuch

1. Notwendigkeit und Fehientwicklung von Verantwortung und Kritik

Auf die Gefahr des Widerspruches hin sei berichtet, wie es zu diesem Thema „Verantwortung und Kritik“ kam: Es war nach dem schrecklichen Mord an Hanns Martin Schleyer – in unserem Lande wurde über die ideologischen Ursachen des Terrors gestritten.

Ich war – und bin noch immer – empört über die Verantwortungslosigkeit, mit der manche unserer Intellektuellen sich aus der Verantwortung hinwegschleichen und stellte mir die Frage: Könnte z. B. ein Chirurg oder ein Ingenieur, der offensichtlich leichtfertig Übles angeordnet hat, auch so unkritisiert aus der Verantwortung hinwegschleichen?

Sicher nicht: Ein Chirurg oder ein Ingenieur kann sich eben nicht hinwegschleichen, er muß die Folgen seines Tuns vor der Kritik verantworten.

So fragt man sich: Spaltet sich unsere Sozietät in zwei Klassen von Menschen auf:

– Solche, die Verantwortung für ihr Tun tragen – und

– solche, die Kritik üben und keine Verantwortung tragen?

Doch – verlassen wir die Veranlassung und kommen zum Thema: „Verantwortung und Kritik“. Hier geht es um notwendige Funktionen hochentwickelter Gesellschaften.

Für den politischen Bereich regelt bereits das Grundgesetz manche Verantwortlichkeiten, das Recht auf Kritik ist implizite mit Meinungs-, Forschungs- und Lehrfreiheit gegeben.

Nicht minder wichtig sind Verantwortung und Kritik in der liberalen Wirt-

schaft: Wie anders könnte hier Arbeitsteilung organisiert werden, als daß Menschen für bestimmte Funktionen Verantwortung tragen – und wie anders könnte diese Verantwortung akzeptabel gemacht werden, als daß die Verantwortlichen kritisiert werden?

Wie sehr Ärzte und die Medizin zum Gegenstand heftiger Kritik wurden, zeigen vor allem die Schriften von Hackethal und Illich. Daß die Arbeit des Arztes von Verantwortung getragen ist, muß in diesem respektablen Kreise nicht betont werden. Jeder Zweifel hieran endet spätestens dann, wenn der Zweifler auf dem Operationstisch liegt und sein kritisches Bewußtsein der Verantwortung des Anästhesisten vertrauensvoll überläßt.

Wohin Fehlentwicklungen von Verantwortung und Kritik führen können, zeigt wie in einem Reagenzglas die Degeneration mancher unserer Universitäten: Hier wurde die Verantwortung der Kompetenzen zerstört und die hemmungslose Kritik vielfach Inkompetenter etabliert.

Ich meine also, Verantwortung und Kritik sind zwingende Voraussetzungen eines hochentwickelten Zusammenlebens, ihre Fehlentwicklung führt jedoch zu Übeln in allen Bereichen.

Welche Fehlentwicklung von Kritik ist es beispielsweise, wenn eine angeblich kritische Publizistik alles und jedes kritisiert, aber ihre eigene Wirkung nicht zur Kenntnis nimmt und sich selbst gegen Kritik abschirmt!

Hierbei ist vor allem zu erinnern an die Publizistik, die jahrelang die Rechtlosigkeit und den ideologischen Terror an unseren Universitäten totschwieg, aber empört „Intellektuellenhatz“ und „Progromstimmung“ schrie, als ihre eigene Mitschuld kritisiert wurde.

Welche Fehlentwicklung der „Kritik“ liegt beispielsweise darin, daß Kin-

dern eingetrichtert wird, der Konflikt sei die einzige Wahrheit der Gesellschaft und ständige Gesellschaftskritik die wichtigste Bürgerpflicht!

Welche verrückte Fehlentwicklung von „Kritik“ ist es beispielsweise, wenn zwölfjährige Kinder vor die Entscheidung gestellt werden, die Grundsätze unseres Zusammenlebens anzunehmen oder abzulehnen!

Welche Fehlentwicklung von Verantwortung zeigt sich beispielsweise, wenn obskure politische Gruppen „Verantwortung“ für Terroranschläge oder Morde übernehmen?

Welche seltsame Vorstellung von „Verantwortung“ hat beispielsweise der Revolutionstheologe, der sagte:

„Es gibt nur einen Weg der Verantwortung, und der führt durch die Revolution hindurch, was auch immer dahinter liegen mag.“

Nein: Es gibt keine Verantwortung ohne Rücksicht auf die Folgen, Verantwortung ist gerade das Einstehen für die einsehbaren Folgen.

Verantwortung zeigt sich vor allem bei Entscheidungen – und in unserer schnelllebigen Zeit müssen Entscheidungen häufig unter Zeitdruck getroffen werden.

Typisch für solche Entscheidungen unter Zeitdruck ist es, daß sie nicht vollständig rational abgesichert werden können: Man muß das schnell verfügbare unvollständige Sachwissen zusammennehmen – und im übrigen auf einen glücklichen Ausgang hoffen.

Bei typischen Entscheidungen unter Zeitdruck ist die sofortige „zweitbeste“ Entscheidung meist besser als die verspätete „beste“ Entscheidung.

Unfair ist bei solchen Entscheidungen unter Zeitdruck die böswillige Kritik von Leuten, die ohne Zeit-

*) Festvortrag, gehalten bei der Jahreshauptversammlung 1978 des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. in München

druck am grünen Tisch sich nachträglich untadelige Lösungen eusdenken.

Verantwortung führt oft in die tragische Situation, in der verschiedene ethische Imperative widersprüchliches Verhalten zugleich fordern. Eine solche tragische Situation ist nicht nur subjektiv schwer zu ertragen, sondern oft auch der Ausgangspunkt böswilliger Kritik.

Verantwortung steht in einem Spannungsverhältnis zur Kreativität: Wer neue Denk- oder Verhaltensformen sucht, der muß Schritte ins Unbekannte hinein tun und riskieren, daß diese üble Folgen haben. Wer aber Verantwortung trägt, beispielsweise für die Folgen im politischen, wirtschaftlichen oder medizinischen Bereich, der zögert, Schritte ins Unbekannte hinein zu tun: Verantwortung ist wie ein Bleigewicht, das die Kreativität hemmt.

Wessen Verantwortung nicht über seinen Tellerrand hinausreicht, der kann leicht eine phantastische Kreativität und Progressivität verlangen, wer aber Verantwortung für wertvolle komplexe und sensible Systeme trägt, der hält sich zurück.

2. Verantwortung und Informationelle Unzulänglichkeit des Menschen

Das Wort „Verantwortung“ verweist auf eine Art Gerichtsverhandlung, bei der man sein Verhalten gegen eine Anklage rechtfertigen muß. Diese Gerichtsverhandlung kann fiktiv sein und darin bestehen, daß man sein Verhalten vor seinem eigenen Gewissen gegen Zweifel rechtfertigen muß: Sei es im voraus, sei es nachträglich.

Diese Vorstellung verweist auch darauf, daß Verantwortung die Freiheit voraussetzt, sich so oder auch anders zu verhalten: Wo keine Freiheit ist, ist auch keine Verantwortung.

Das Problem der Verantwortung sei durch einen alltäglichen Vorgang illustriert, der paradigmatisch für viele andere ist. Angenommen, ein Mensch suche in einer fremden Umgebung ein bestimmtes Ziel: Er ist darauf angewiesen, daß Ortskundige ihm Auskunft geben. Die Auskunft der Ortskundigen kann richtig sein,

den Fremden also auf dem besten Wege zu seinem Ziele hin weisen — sie kann aber auch falsch sein und ihn in die Irre führen.

Als verantwortlich verstehen wir es normalerweise, wenn der Ortskundige dem Fremden eine richtige Auskunft gibt, als unverantwortlich, wenn er ihn in die Irre schickt.

Ob „unverantwortlich oder verantwortlich“ hängt offensichtlich von zwei Tatsachen ab:

1. Der angeblich „Ortskundige“ muß auch tatsächlich ortskundig sein, also das notwendige Sachwissen haben,

2. der Ortskundige muß sein Wissen tatsächlich mitteilen, dem Fremden also helfen und nicht schaden wollen.

Beide Voraussetzungen — also Sachwissen und Motivation — sind wesentliche Bestandteile der Verantwortung und zugleich Angriffspunkte möglicher Kritik.

Weil sich keiner „überall“ auskennt, sind alle zwingend darauf angewiesen, daß Eltern, Lehrer, Meister, Ärzte, Richter usw. sich verantwortlich verhalten.

Überall braucht es sachliche Kompetenz und vertrauenswürdige Motivation — und überall sind Kompetenz und Motivation kritisierbar.

Hierbei werden unzureichende Sachkompetenz und schlechte Motivation recht unterschiedlich bewertet: Der sachliche Irrtum wird leicht entschuldigt — Irrren ist ja menschlich —, aber böswillige Motivation zerstört das Vertrauen nachhaltig.

Die Verantwortbarkeit der Motivation kann vor allem an der zeitlosen Forderung des Sittengesetzes oder des hippokratischen Eides gemessen werden.

Aber die Anwendung solcher zeitloser Grundsätze sittlichen Verhaltens stößt in unserer Zeit auf zunehmende Schwierigkeiten: Wer menschliches Leben erhalten möchte, steht neuerdings vor der kaum beantwortbaren Frage: Wo beginnt überhaupt menschliches Leben — und wo endet es?

Ebenso problematisch ist die Situation des Ingenieurs, der Technik an

den Maßstäben der Sittlichkeit messen möchte. Oft ist er eußerstande, die Folgen technischer Neuerungen vollständig zu überblicken, er kann weder voraussagen, was mit den Produkten technischen Schaffens geschieht, noch welche Wirkungen sie haben werden.

Offensichtlich ist das Bekenntnis zur Sittlichkeit in unserer hochkomplexen Welt nicht mehr ausreichend. Diese unbefriedigende Situation ist vor allem durch die informationelle Unzulänglichkeit des Menschen begründet.

Beispielsweise hatte Leibniz im siebzehnten Jahrhundert noch eine vollständige Übersicht über das gesamte Wissen seiner Zeit, er konnte sein Denken und Verhalten noch so einrichten, daß es vor diesem „vollständigen“ Wissen „richtig“ war und ihn keiner leicht kritisieren konnte.

Aber heutzutage kann keiner mehr beanspruchen, eine vollständige Übersicht über das gesamte Wissen seiner Zeit zu haben; keiner kann mehr die Autorität beanspruchen, sich vor diesem „vollständigen“ Wissen seiner Zeit verantworten zu können und deshalb sind wir auch alle ständig der Kritik ausgeliefert: berechtigter und unberechtigter.

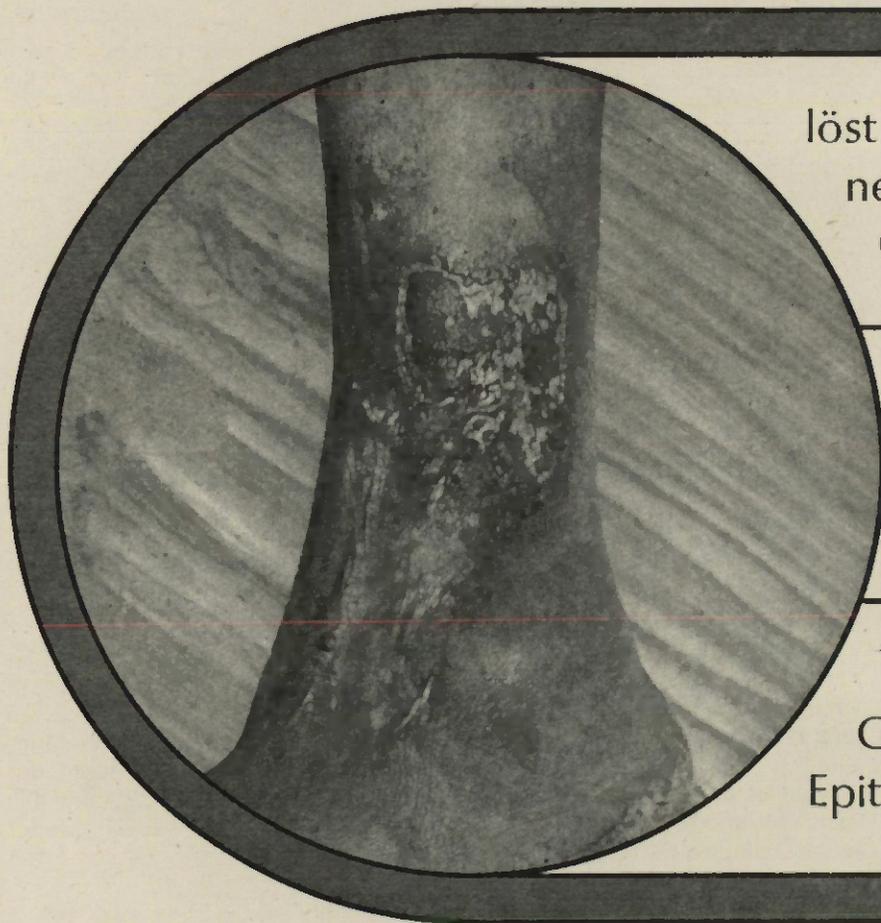
Jede ernsthafte Überlegung zu „Verantwortung und Kritik“ muß in unserer Zeit meines Erachtens ausgehen von der informationellen Unzulänglichkeit des Menschen, von der Tatsache, daß das Bewußtsein des Menschen quantitativ immer weiter hinter der wachsenden Komplexität seiner Welt zurückbleibt.

Das Wissen unserer Zeit entspricht einem ungeheuer großen und sich ständig ausweitenden Gitter aus Begriffen, zwischen denen Relationen bestehen — und unser Bewußtsein einem Käferchen, das in diesem ungeheueren Gitter herumkrabbelt: Es kann günstigenfalls zwei oder drei oder vier Begriffe und ihre Relationen gleichzeitig erfassen, es gelingt ihm aber nicht, das Gitter in seiner Gänze zu überblicken, seine Ordnung zu begreifen und hierüber allseits verbindliche Aussagen zu machen.

Unser Wissen ist Stückwerk. Wer absolute Aussagen macht, beweist vor allem sein Unverständnis der informationellen Unzulänglichkeit des Menschen.

Ein Fall für

Kamillosan®



löst schonend
nekrotisches
Gewebe ab

fördert die
Heilung
der Entzündung

fördert die
Granulation und
Epithelisierung

Kamillosan hat einen standardisierten hohen Gehalt an natürlichem Chamazulen und Bisabolol, den Hauptwirkstoffen der Kamille.

Zusammensetzung: 100 g Kamillosan enthalten 150 mg ätherisches Öl aus Kamillenblüten, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 3 mg Chamazulen und 50 mg (-)- α -Bisabolol. 100 g Kamillosan-Salbe enthalten 400 mg Kamillen-Trockenextrakt mit 20 mg ätherischem Öl, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 0,4 mg Chamazulen und 7 mg (-)- α -Bisabolol.

Indikation: Entzündliche Erkrankungen der Haut und Schleimhäute.
Unverträglichkeiten und Risiken: Im Augenbereich sollte Kamillosan wegen der Gefahr von Reizerscheinungen nicht angewendet werden. Erfahrungsgemäß können Medikamente zu einer Schädigung der Leibesfrucht führen. Schwangeren oder solchen Frauen, bei denen der Eintritt der

Schwangerschaft während der Anwendung des Medikamentes nicht auszuschließen ist, wird empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen.
Besonderer Hinweis: Kamillosan enthält wie viele Pflanzenextrakte Alkohol. Es ist deshalb besonders bei Einläufen und bei Anwendungen als Tee bei Kindern auf die richtige Verdünnung zu achten.

Handelsformen:

30 ml	DM 4,94
100 ml	DM 11,50
20 g Salbe	DM 3,35
40 g Salbe	DM 6,00
100 g Salbe	DM 12,50

Anstaltspackungen



Chemiewerk Homburg

Zweigniederlassung der Degussa Postfach 2514 6000 Frankfurt am Main 1

Deshalb setzt hochwertiges liberales Zusammenleben Verantwortung und Vertrauen voraus.

Es ist deshalb auch kein Zufall, daß revolutionäre Ideologen sich vor allem bemühen, das Vertrauen zu zerstören und die Verantwortung vergessen zu machen.

Verantwortung ist immer *umfassende* Verantwortung für die Folgen des eigenen Verhaltens, partielle Verantwortung ist unzureichend – also die Feststellung guter Folgen auf Teilgebieten und Gleichgültigkeit gegenüber üblen Folgen andernorts.

Die unannehmbaren Folgen der partiellen Verantwortung zeigen sich z. B. an der Kampagne von Herrn Hackethal: Möglicherweise hat er tatsächlich Mißstände aufgedeckt, aber zugleich hat er durch seine pauschalen Anklagen das notwendige Vertrauen zwischen Arzt und Patient gestört.

Herr Hackethal riet Kranken, sie sollten Ärzte fragen: „Können Sie das?“. So möchte ich Herrn Hackethal auch fragen: Können Sie das, können Sie die psychischen, sozialen und politischen Folgen ihrer öffentlichen Kampagne verantworten?

Solche pauschalen Anklagen führen in der gegenwärtigen politischen Situation vor allem dazu, daß verantwortliche Menschen ersetzt werden durch Bürokratien, die es zwar nachträglich immer besser wissen, aber im entscheidenden Augenblick handlungsunfähig sind und keine Verantwortung für ihre Mißerfolge tragen.

Dies zeigt sich besonders deutlich an der Arbeit des Chirurgen. Ich bin kein Chirurg – aber ich versuche, mich in seine Lage zu versetzen: Er steht am Operationstisch, vor sich den geöffneten Körper eines Menschen, der leben und gesund sein möchte.

An dieser Verantwortung trägt der Chirurg schwer: Von seinen kurzfristigen Entscheidungen und seinem Geschick hängt es vielfach ab, ob dieser Mensch leben und gesund sein wird. Aber seine Entscheidungen sind weder einfach noch eindeutig. Führen sie zum Erfolg, dann werden sie vergessen – wenn nicht, fallen die Anklagen über ihn her.

Entsteht hier nicht die Gefahr, daß der Chirurg im Zweifelsfalle eiskalt die Entscheidung trifft, die am besten gegen Anklagen schützen – auch wenn sie für den Patienten möglicherweise gar nicht die besten sind?

Und ist anzunehmen, daß ein Chirurg in der Furcht vor der Anklage besser operiert als ohne diese Furcht?

Und übernimmt der Chirurg nicht oft bereits mit der Entscheidung für oder gegen die Vornahme einer Operation eine fast übermenschliche Verantwortung, vor allem dann, wenn Vor- und Nachteile des operativen Eingriffs sich die Waage halten, oder wenn Kranker und Angehörige zur Operation drängen, der Chirurg aber ablehnen muß? Wer weiß eigentlich etwas von der Last der Verantwortung, wenn der Operateur durch sein Eingreifen das Risiko eingehen muß, statt des erhofften Erfolges eventuell ein Menschenleben zu verkürzen? Was später so klar erscheinen mag, ist es das auch im Augenblick der Entscheidung?

Aber auch aus der Sicht des Patienten sind Verdächtigungen bedenklich: Die Erfahrung zeigt, daß das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt Voraussetzung für einen guten Verlauf der Operation und der Heilung ist. Die Zerstörung dieses Vertrauens vergrößert die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Ausgangs. „Der Mensch ist das einzige Wesen, das sich mit gelstigen Mitteln selbst umbringen kann!“ – kommentierte ein mir bekannter Arzt diesen Sachverhalt.

Haben sich beispielsweise die Richter, die eine totale Aufklärung eines Kranken vor seiner Operation fordern, wirklich klargemacht, was sie eigentlich verlangen? Würde der Kranke über alle denkbaren Komplikationsmöglichkeiten so eingehend unterrichtet, daß er selbst in eigener Kompetenz das Für und Wider des Eingriffs abwägen kann, bevor er seine Zustimmung gibt, dann könnte kaum einer seine Einwilligung geben, denn entweder müßte er vorher noch Medizin studieren oder er würde derart verwirrt, daß er vor Angst und Schrecken keines Entschlusses mehr fähig ist. So führt der Versuch der Perfektionierung tatsächlich zur Rechts-

unsicherheit und verführt den Kranken möglicherweise zur Entschlußunfähigkeit und den Chirurgen zum Verzicht auf notwendige, aber risikoreiche Maßnahmen.

Durch den unvorstellbaren Gesetzesformalismus der Gegenwart entsteht Rechtsunsicherheit für die meisten und Vorteile für die wenigen, die sich unverantwortlich durch die juristischen Irrgärten hindurchwinden – von den Kosten dieses Perfektionismus ganz zu schweigen!

Die Folgen eines Verhaltens werden euch dann unvorhersehbar, wenn die Bedingungen des Verhaltens rasch verändert werden, beispielsweise durch ständige Reformen. Was immer auch deren Absichten sein mögen: Unvorhersehbare Veränderungen zerstören die Verantwortung.

Unser Bewußtsein ist der Komplexität unserer Welt nicht gewachsen. Aber die Realität zwingt den Menschen ständig zu Entscheidungen: Woher kann er die hierfür notwendigen Orientierungen nehmen?

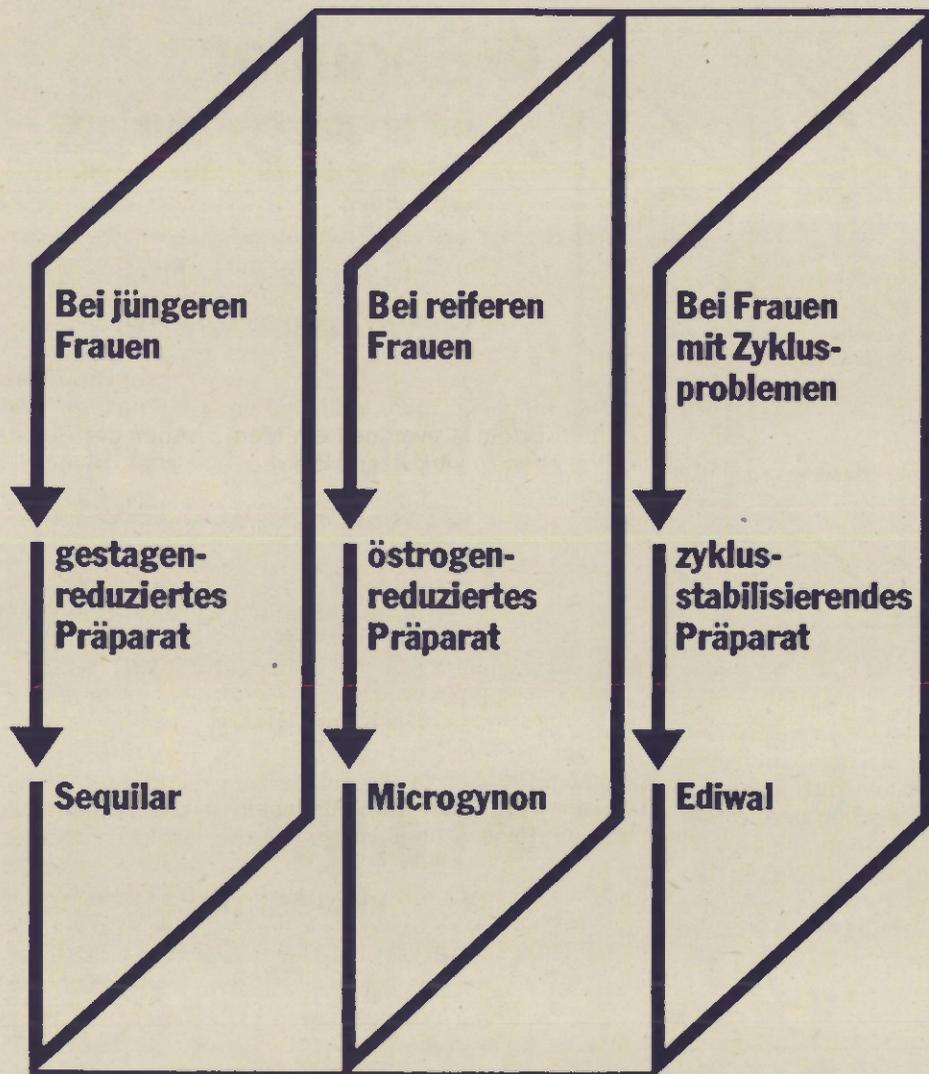
Auf diese Frage ist nur eine einzige Antwort möglich: Andere Menschen – teils früher lebende, teils gleichzeitig lebende – befanden sich schon in ähnlichen Situationen und waren ebenso gezwungen, sich irgendwie zu verhalten. An ihnen und ihrem Schicksal zeigt sich, welche Verhaltensformen zu guten und welche zu schlechten Folgen geführt haben – sei es nun aus der Sicht des einzelnen oder aus der Sicht der Sozietät, sei es kurzfristig, sei es langfristig. Die informationelle Unzulänglichkeit des Menschen kann offensichtlich durch fremde Erfahrung überwunden oder gemildert werden.

Hierbei ist vor allem auf die Überlieferung zu verweisen, die als Erfahrung mit sehr komplexen Systemen verstanden werden kann als ein ungeheurer Erfahrungsschatz von menschlichem Verhalten und seinen Folgen.

Eng mit der Überlieferung hängt die Vorstellung vom „Normalen“ zusammen – die Vorstellung von der „normalen“ Beschaffenheit des Menschen und seines Verhaltens.

Aber dieses „Normale“ wurde von der Publizistik hier und jetzt weitge-

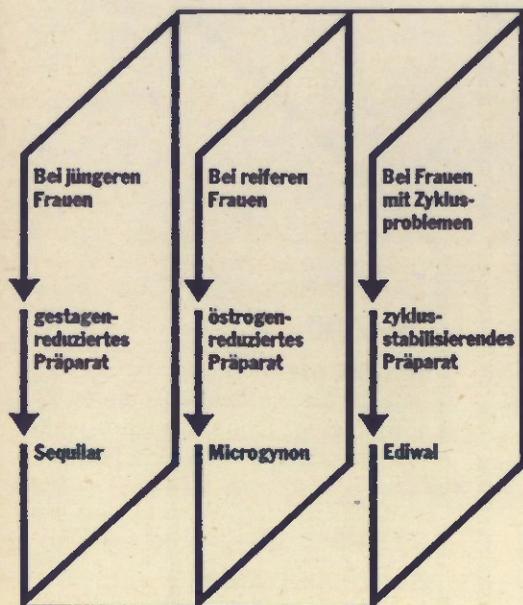
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



Sequilar Microgynon Ediwal

**...immer gleich die richtige Pille
von Schering**

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 D-Norgestrel und 0,03 mg Äthinylöstradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol sowie 10 orangefarbene Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. Indikationen: Konzeptionsverhütung. 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. 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 ungewohnter 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, Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, voreusgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettsstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente 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 3. Auflage vom Januar 1977), u.a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie). Packungen und Preise lt. AT. (ab 1.1.1978): Microgynon 21: 1x21 Dragees DM 8,25; 3x21 Dragees DM 22,61; 6x21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1x21 Dragees DM 9,27; 3x21 Dragees DM 25,24; 6x21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1x21 Dragees DM 8,49; 3x21 Dragees DM 23,25; 6x21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1x28 Dragees DM 8,58; 3x28 Dragees DM 23,54; 6x28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1x28 Dragees DM 8,81; 3x28 Dragees DM 24,19; 6x28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77

hend vergessen, es wurde zur Nebensache. Die veröffentlichte Meinung vertritt vor allem die Interessen der Vorbestraften, der Homosexuellen, der Radikalen usw. — der „normale“, nicht vorbestrafte und nicht sexuell abartige Mensch wurde für sie gänzlich uninteressant.

Auch wenn man dies theoretisch verstehen kann — das Unnormale hat immer einen höheren Informationsgehalt als das Normale und ist deshalb sensationeller — kann man seine Folgen doch kaum akzeptieren: Unser Zusammenleben, unser Staat, unsere Rechtsordnung und unser sittliches Empfinden beruhen auf der Normalität, nicht auf dem Sensationellen und das Vergessen des Normalen ist eine bedenkliche Fehlleistung der Publizistik.

Verantwortung setzt ethische Maßstäbe voraus: Was ist gut, was kann man verantworten — was ist schlecht, was kann man nicht verantworten? Allerdings darf man sich hierüber keine Illusionen machen: Die gute Absicht ist zwar notwendig, nicht aber hinreichend für verantwortbares Verhalten. Unverzichtbar ist auch die sachliche Kompetenz, die bewirkt, daß die gute Absicht auch zu guten Folgen führt.

Bei Max Weber findet sich die nützliche Unterscheidung: Gesinnungsethik oder Verantwortungsethik — kommt es auf die „gute“ Gesinnung ohne Rücksicht auf die „falschen“ Folgen an oder entscheidet ausschließlich die gute Wirkung?

Ich habe gegen die Gesinnungsethik in unserer Zeit größte Bedenken: Der Weg in die Hölle war schon immer mit guten Vorsätzen gepflastert, aber in unserer Zeit zunehmenden Realitätsverlustes sind die guten Vorsätze besonders gefährlich.

In diesem Zusammenhang erscheint noch dies bemerkenswert: Gesinnungsethiker sind an ihrer Ethik kaum kritisierbar, ihre Schwäche (wenn nicht gar ihre Schädlichkeit) liegt in dem Gegensatz von gewolltem Heil und engerichtetem Unheil.

Gesinnungsethiker sind nur und ausschließlich an dem häufig grotesken Mißverhältnis von versprochenem Gut und angerichtetem Übel kritisierbar. Ich meine, man sollte sich weniger am versprochenen Heil und mehr am engerichtetem Unheil orientieren.

Verantwortliches Verhalten ist nicht immer konformes Verhalten: Besonders der Widerstand gegen unheilvolle politische Entwicklungen zeigt außergewöhnliches, verantwortungsbewußtes Verhalten.

Dieser Widerstand richtet sich nicht immer gegen eine grobe Diktatur, manchmal auch gegen vorherrschende Irrtümer oder gegen die Diktatur der veröffentlichten Meinung.

In solchen Situationen zeigt sich die Verantwortung in der trotzigen Haltung: „Hier stehe ich, ich kann nicht anders!“

Es gibt wenige Tatsachen, welche die tiefgreifenden Veränderungen des geistigen Klimas in unserem Lande so deutlich zeigen wie diese: Die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, nimmt in unserem Lande rapide ab.

Während des Wiederaufbaus nach 1948 drängten sich viele Menschen in Selbständigkeit und Verantwortung — heute aber ist die Bereitschaft hierzu sehr gering.

Einst war es eine Ehre, Verantwortung zu erhalten, beispielsweise Dekan oder Rektor zu werden — aber in unserer Zeit ist dies eine lästige Pflicht.

Es ist meines Erachtens voraussehbar, welche negativen Folgen diese abnehmende Verantwortungsbereitschaft für unser Zusammenleben langfristig haben wird.

Es gibt viele Gründe für die abnehmende Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, beispielsweise finanzielle Gründe: Verantwortung wird immer schlechter honoriert.

Aber wahrscheinlich die wichtigste Ursache ist das Trommelfeuer an Kritik, das Verantwortung auf sich zieht.

Wer nur einfache Aufgaben geringer Reichweite ausübt, gegen den richtet sich kaum öffentliche Kritik. Wer aber weitreichende Verantwortung trägt, der gerät bald in das Feuer der Kritik.

Bedenklich ist hierbei häufig das groteske Mißverhältnis zwischen dem Sachverstand des Kritisierenden und der Lautstärke seiner Kritik.

Einst galt der Grundsatz: Einen Reiter kann nur kritisieren, wer reiten kann. Aber in unserer Zeit wurde Kritisieren vielfach zum Hauptberuf, manche publizistischen Organe leben von der Kritik und scheren sich nicht um deren Voraussetzungen und Folgen.

So zerstört die veröffentlichte Meinung die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung.

Erfreulicherweise folgt die öffentliche Meinung dieser Diffamierungstendenz kaum, vielfach gilt es bereits als Auszeichnung, publizistisch diffamiert zu werden.

Aber trotzdem ist leider in unserer Zeit der Trend unverkennbar, verantwortliche Menschen zu ersetzen durch Bürokratien, deren Verantwortung undeutlich oder nicht-existent ist.

Natürlich darf man Bürokratie nicht einfach als Krebsübel unserer Zeit verdammen: Ohne sie wäre weder ein Rechtsstaat noch eine hochwertige Industrie möglich, kein hochwertiges Bildungssystem und kein hochwertiges Gesundheitswesen.

Aber den unbestreitbaren Vorzügen der Bürokratie (wie Effizienz, Präzision, Schnelligkeit, fachliche Kompetenz, Kontinuität und Diskretion) stehen unbestreitbare Nachteile gegenüber. Hier in diesem Zusammenhang sei vor allem erinnert an den Verlust der Verantwortung und die psychische Deformation.

Der Verlust der Verantwortung ergibt sich aus der Führungstechnik, welche indirekt Einfluß nimmt und den Konsens innerhalb der Bürokratie anonym herstellt. So wird die Machtausübung unsichtbar und kann nicht zur Rechenschaft gezogen werden, keiner ist mehr verantwortlich.

Es ist ein grundlegender Irrtum vieler zeitgenössischer Gesellschaftskritiker, anzunehmen, Entscheidungen würden dann besser, wenn sie in Bürokratien getroffen würden. Die praktische Erfahrung zeigt eher das Gegenteil: Die Entscheidungen sind wegen der fehlenden persönlichen Verantwortung oft so grotesk, wie es sich kein selbständig Verantwortlicher leisten könnte — und sie sind manchmal auch so unmenschlich, wie es sich kein selbständig Verantwortlicher leisten würde.

Die psychische Deformation als Folge der Bürokratisierung ergibt sich aus der fehlenden riskanten Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit und dem Zwang zur Einheitlichkeit: Hier entsteht oftmals ein Menschentyp, der seine ethische Unzuständigkeit akzeptiert hat, der nicht als verantwortungsbewußter Mensch argumentiert, sondern als Verwalter von Interessen, die nicht seine eigenen sind und der weiß, daß er durch sein persönliches Verhalten unheilvollen Entwicklungen keinen Widerstand entgegenzusetzen kann.

3. Kritik und Gegenintuitivität

Verantwortung und Kritik sind teilweise spiegelbildlich zueinander – aber sie zeigen auch wesentliche Unterschiede: So ist Verantwortung vorwiegend eine individuelle Leistung, nach Aufteilung bleibt kaum etwas von der Verantwortung übrig. Im Gegensatz hierzu ist Kritik in unserer Zeit vorwiegend eine kollektive Leistung: Die Kritik des einzelnen verhält meist wirkungslos, nur wenn sich Gruppen mit der Kritik identifizieren, hat sie möglicherweise Wirkung.

Ein gefährliches Problem unserer Zeit ist, daß Kritik immer seltener aus besserem Sachwissen oder höherer Moralität stammt und immer häufiger aus der Eigenart des Medienbetriebs: Beispielsweise aus

dem höheren Informationsgehalt des Sensationellen oder aus der Zerstückelung der Realität, um sie verkäuflich zu machen.

Darf ich dieser gefährlichen Fehlentwicklung die Forderung entgegenzusetzen:

- Annehmbare Kritik muß durch bessere Sachkompetenz oder höhere Moralität begründet sein,
- unannehmbar ist Kritik, die nur aus medialen Eigengesetzlichkeiten herauswächst.

Bei den medialen Eigengesetzlichkeiten stoßen wir erneut auf die informationelle Unzulänglichkeit des Menschen, dessen Bewußtsein der Komplexität seiner Welt nicht gewachsen ist.

Sie ist keine theoretische Spitzfindigkeit, sondern Ausgangspunkt der meisten politischen und kommunikativen Torheiten unserer Zeit, beispielsweise des Radikalismus, der Überlegenheit der Simplifikationen und vieler anderer Fehlentwicklungen der öffentlichen Kritik.

Unmittelbar aus der informationellen Unzulänglichkeit des Menschen erwächst die Tatsache, daß sich komplexe Systeme häufig „gegenintuitiv“ verhalten. Was heißt das?

Leicht durchschaubare, unkomplexe Systeme verhalten sich „intuitiv“,

d. h., man kennt ohne großes Nachdenken schon im voraus die Folgen bestimmter Einwirkungen auf das unkomplexe System. Belastet man beispielsweise eine Waage rechts, dann steigt sie links hoch.

Aber je komplexer Systeme sind, desto unsicherer werden intuitive Voraussagen. Vor allem typische politische Systeme sind so komplex, daß man die Wirkung bestimmter Eingriffe nicht ohne weiteres voraussagen kann, sie verhalten sich „gegenintuitiv“. Auf diesen Sachverhalt stieß erstmals J.W. Forrester bei der Untersuchung der Slum-Sanierung in den USA. Im Gegensatz zur intuitiven Erwartung, die Slum-Sanierung führe zum sozialen Aufstieg des sanierten Gebietes, zeigte die Erfahrung – und nachträglich auch die Theorie –, daß die Slum-Sanierung zum weiteren sozialen Abstieg führt.

Wer sich erst einmal mit der „Gegenintuitivität“ vertraut gemacht hat, der stößt ständig auf sie, besonders in der zeitgenössischen Gesellschaftskritik. Beispielsweise beruht der marxistische Kampf gegen die „Ausbeutung“ auf dem intuitiven Vorurteil, es ginge den Arbeitern nach Enteignung der Unternehmer besser als vorher. Die Erfahrung zeigt aber meist das Gegenteil: Nach Enteignung der Unternehmer geht es den Arbeitern meist schlechter als vorher. Das intuitive Vorurteil, das den Klassenkampf rechtfertigen

Infekte u. Kosten beherrschen

Antibiocin® 1 Mega Kapseln

1 Mill I.E. Phenoxymethylpenicillin-Kalium
hochdosiertes Oral-Penicillin

Indikationen:
Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern; z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.
Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,6 mg, entspr. 589,5 mg Gesamtpenicillin nach Ph. Eur. II)
Dosierung:
Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.
Kontraindikationen:
Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,25**

Duobiocin® Co-trimoxazol-480 mg Tabletten Breitband-Bakterizidum

Zusammensetzung:
1 Tablette enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.
Indikationen:
Infekte der oberen Luftwege, der Nieren- und Hamorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, bei postoperativen Infekten.
Kontraindikationen:
Sulfonamidallergie, schwere Leber- und Nierenschäden, Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und Stillzeit, erster Lebensmonat, Folsäuremangelzustände.
Hinweis:
Selten sind allergische Reaktionen, Hauterscheinungen und Magenbeschwerden. Bei Langzeittherapie Blutbildkontrollen! Nicht gleichzeitig Procain, Hexamethylenleramin-Präparate, para-Amino-benzoesäure-haltige Medikamente geben.
Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!
Standarddosis:
Für Kinder über 12 Jahre und Erwachsene: Morgens und abends je 2 Tabletten.

20 Tabl. **8,60** 50 Tabl. **18,45**

soll, geht aus von der Verteilung der Unternehmereinkünfte bei gleichbleibendem Ertrag des Unternehmens — aber die Realität zeigt den meist geringeren Ertrag infolge fehlender unternehmerischer Initiative und als dessen Folge die Nachteile auch für die Arbeiter.

Ein großer Teil der von Marx und Marcuse bestimmten Gesellschaftskritik ist intuitiv: Der Mensch muß kulturellen Zwängen gehorchen und ist oft unglücklich. Also — so wird intuitiv falsch geschlossen: Laßt uns die Zwänge beseitigen, dann kommt der freie Mensch strahlend hervor und tritt ein in das Paradies auf Erden.

Aber die Wirklichkeit zeigt etwas anderes: Durch Abbau der kulturellen Normen wird die Widerstandskraft der Individuen verringert, die geschwächten Individuen verlangen weitere Zugeständnisse, die Widerstandskraft schwindet weiter — usw., ad infinitum. Am Ende dieses destruktiven Zirkels findet sich der total beschützte und fremdbestimmte Mensch.

Die gegenintuitive Erfahrung ist: Wer gelernt hat, Schwierigkeiten autonom zu meistern, wird durch diese stärker und gerät nicht in den destruktiven Zirkel.

Die meisten politischen Entscheidungen — besonders die kollektiven Entscheidungen — beruhen auf intuitiven Vorurteilen und sind deshalb oft falsch.

Die politische Agitation arbeitet oft mit der Erzeugung intuitiver Vorurteile.

Zwischen dem Versprechen von Politikern, die zur Macht streben und ihren Leistungen, wenn sie an der Macht sind, besteht oft ein groteskes Mißverhältnis. Man sollte dieses nicht in jedem Fall schlechten Absichten zurechnen, sondern auch der Tatsache, daß politische Systeme sich eben häufig anders verhalten, als hoffnungsfroh vermutet wurde.

Aus der Unkenntnis dieser Tatsachen erwächst ein simplifizierendes Weltbild und die Bereitschaft, Verhalten und Entscheidungen an dessen Auskünften zu orientieren — dazu häufig die arrogante Überzeugung, daß dumm oder korrupt sein müsse, wer ein anderes als dieses simplifizierende Weltbild hat.

So entsteht dann zwangsläufig auch die „Radikalität“ — die zwar nicht zu den Wurzeln der Wirklichkeit vorstößt, wohl aber zu den Brettern des simplen Weltbildes und unfähig ist, Kompromisse zu schließen.

Der Kompromiß ist ein typisches Verhaltensmuster liberaler, pluralistischer Gesellschaften, das der Komplexität unserer Welt Rechnung trägt, die „Radikalität“ ein typisches Verhaltensmuster simplifizierender und unkritischer Ideologien.

„Radikalität“ beweist vor allem das Unverständnis der informationellen Unzulänglichkeit des Menschen.

Nach Einsicht in die informationelle Unzulänglichkeit des Menschen ist man geneigt, die Kennzeichnung „rational“ im sozialen und politischen Bereich anders zu benutzen als dies meist geschieht: Rational ist nicht das, was bestimmten vorgegebenen Denkschemata entspricht, sondern das, was erfahrungsgemäß zu guten Lösungen der sozialen und politischen Probleme führt.

Die Überbewertung theoretisch vorgegebener Denkschemata und die Geringschätzung der Erfahrung führte in den letzten Jahren zu einer hemmungslosen und unverantwortbaren Zerstörung des gegenseitigen Vertrauens, beispielsweise durch Konfliktpädagogik und Skandalpublizistik. Die Zerstörung des gegenseitigen Vertrauens führt zwangsläufig zur Minderung der Qualität unseres Zusammenlebens.

Unser Zusammenleben wird gegenwärtig vor allem durch Fernsehen und Hörrundfunk geprägt. Diese Medien sind bei uns öffentlich-rechtlich organisiert, sie haben praktisch ein Monopol, das sich letztlich von der Autorität unseres Staates herleitet.

Diese Autorität wird mißbraucht, wenn Journalisten dieses Monopol zur Verbreitung ihrer persönlichen, möglicherweise einseitigen Ideologie benutzen. Ein solcher Mißbrauch ist durch das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung nicht gedeckt.

Ein Mißbrauch des Monopols ist es auch, wenn sich der Rundfunk für obskure „Bürgerinitiativen“ zweifelhafter Legitimität, aber unzweifelhafter Fernsteuerung engagiert — aber zugleich Bürgerinitiativen gegen den Mißbrauch der Massenmedien totschweigt.

Aber die gefährlichste Wirkung der Massenmedien ist die ständige Simplifikation: Was über den Sender oder durch die Rotationspresse geht, müssen Millionen Menschen ohne Rückfrage verstehen können. Deshalb hat fast nur noch das Einfachste die Chance, verbreitet zu werden, simple Denkmodelle verdrängen differenzierende und Ideologien mit den crudesten Denkmodellen setzen sich durch.

War früher die geistige Entwicklung durch immer bessere Unterscheidungen bestimmt, so dominieren in unserer Zeit gigantische Simplifikationsmaschinen.

Partielle Verantwortung wurde als unzureichend befunden.

Ebenso unzureichend ist partielle Kritik, also die einseitige Kritik an den Übeln einer Tatsache bei gleichzeitigem Verschweigen ihrer Vorzüge, möglicherweise unersetzlicher Vorzüge. H. Schaefer sprach hier von „Häresie“ — besonders im Hinblick auf Ivan Illich, der lapidar behauptet hat: *„Die Medizin ist zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit geworden.“*

Nun gibt es kaum Zweifel daran, daß der gegenwärtige Zustand der Medizin verbesserungsfähig ist — hieran arbeiten viele Mediziner mit großer Verantwortung —, aber eine solche pauschale Kritik ist sicher falsch.

Auch ohne Illich zu befragen, kann man davon ausgehen, daß er mit einem Eiterzahn zum Zahnarzt und mit einer Blinddarmentzündung zum Chirurgen geht und sich nicht darum schert, was in seinem Buche steht.

Die kommunikative Überlegenheit der Simplifikationen trifft vor allem Menschen, die für komplexe Systeme verantwortlich sind. So sind in typischen Fernsehdiskussionen, in denen man ja meist nur wenige Minuten sprechen kann, leichte Schlagworte wirkungsvoll abzusetzen, während eine differenzierende Darstellung komplexer Zusammenhänge nicht anzubringen ist.

Viele Zuschauer meinen dann, die Schlagworte entsprängen einer höheren Einsicht und deren Widersacher hätten diese Einsicht eben nicht. Sie merken nur selten, daß mit diesen leichten Schlagworten

die Wirklichkeit nicht besser, sondern nur oberflächlicher abgebildet wird und sie merken erst spät, wieviel Unheil durch sie entsteht.

Wer in unserer komplexen Welt Entscheidungen treffen muß, der sucht ständig Kompromisse: Welche Alternative ist die optimale bei allen Kriterien, welche die Entscheidung bestimmen, die verschiedenen widersprüchlichen medizinischen, technischen, wirtschaftlichen, politischen usw. Manches kann berücksichtigt werden, anderes nicht. Es ist immer leicht, aus den unterliegenden Kriterien einige herauszusuchen und publizistisch aufzubauen. Der Entscheidende wird so aus der Komplexität seiner Funktion heraus zum leichten Opfer von Kritik. Publizistisch unangreifbar sind nur die Leute, die sich nicht mit der Wirklichkeit auseinandersetzen müssen. Am grünen Tisch und ohne Verantwortung kann man leicht eine unangreifbare Attitüde aufbauen, wer aber Verantwortung trägt und z. B. in knapper Zeit viele Entscheidungen treffen muß, der ist angreifbar.

Unerträglich ist aber die vorwurfsvolle Unschuldsmiene der Leute, deren Unschuld darauf beruht, daß andere für sie die Arbeit leisten.

Ein großer Teil der gegenwärtigen Gesellschaftskritik ist wegen des unzureichenden Realkontaktes der Kritisierenden durch ein illusionäres Menschenbild und utopische Zukunftsvorstellungen bestimmt.

Die Utopisierung zeigt sich beispielsweise an der Vorstellung, wir gingen einer risikolosen Zukunft entgegen, könnten untätig mit den Händen im Schoß auf die Erträge vollautomatischer Fabriken warten und die Ordnung der Welt gigantischen Bürokratien überlassen. Tatsächlich wird jedoch die Zukunft sehr riskant sein und große Leistungen – vor allem qualitative Höchstleistungen – von uns fordern. Deshalb brauchen wir auch für die Zukunft Bereitschaft zu Leistung und Gemeinnutz.

Aber diese ethischen Maßstäbe gingen in den letzten Jahren – in denen so viel über „Emanzipation“ und so wenig über Verantwortung gesprochen wurde – vielfach verloren, es erscheint als unzeitgemäß, über Werte zu sprechen.

Andererseits galt es als schick, Werthaltungen zu „hinterfragen“, zu ironisieren und lächerlich zu machen. Dieses Vorgehen meinte, rational und fortschrittlich zu sein, während sich seine Folgen tatsächlich als unerträglich erwiesen haben:

– Aus der Zerstörung der Werthaltungen trat nicht der freie Mensch stehend hervor, sondern ein beklagenswertes Gebilde, das von seinen physiologischen Bedürfnissen beherrscht wird,

– die Individuen vereinsamten und flüchteten sich vielfach in krankmachende Verhaltensweisen bis hin zum Rauschgiftkonsum,

– die Sozietät zerfiel immer mehr in eine Ansammlung von Forderern – und

– der politische Kurs wurde durch nihilistische Heilsteuern verwirrt.

Ich möchte die provozierende Frage stellen: Werden wir hier und jetzt nicht verwirrt, ja manchmal terrorisiert von Ideologien, deren momentanen Erfolge *nicht* durch ein besseres Weltverständnis und bessere Zukunftsentwürfe begründet sind, sondern durch ihre größere Simplizität, ihre leichtere Transportierbarkeit durch die Massenmedien, während ihre Gegenposition zu schwer verständlich ist, als daß sie durch die Simplifikationsmaschinen verbreitet werden könnte?

Ich verstehe die ideologische Auseinandersetzung hier und jetzt als Auseinandersetzungen zwischen Weltbildern unterschiedlicher Verständnisschwierigkeit, und zwar

– einerseits Weltbildern, die der Komplexität unserer Welt nicht angemessen sind, nur dem Fessungsvermögen eines beschränkten Bewußtseins und deshalb naiven Betrachtern als „rational“ erscheinen, und

– andererseits Weltbildern, die das menschliche Bewußtsein überfordern und deshalb naiven Betrachttern als „irrational“ erscheinen.

Die simplen Denkmodelle, welche die informationelle Unzulänglichkeit des Menschen mißbrauchen und massenhafte intuitive Zustimmung zu betrügerischen Weltdeutungen und Zukunftsentwürfen erzeugen, zerstören die Verantwortung und prämiieren Demagogen.

Solche simplen Denkmodelle entstehen nicht nur unabsichtlich in einfältigen Köpfen, sie entstehen im Zeitalter der Massenmedien vor allem in den Köpfen raffinierter Leute, die auf Profit, Einfluß und Macht aus sind.

Diese simplen Denkmodelle zerstören auch die Grundlagen unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung: Was soll denn Meinungsfreiheit, was sollen denn freie und geheime Wahlen, wenn die Meinungen unfrei und öffentlich durch Minderheiten produziert werden?

Zu den verbreiteten Irrtümern der zeitgenössischen Gesellschaftskritik gehört die Forderung nach Transparenz sozialen Verhaltens: Man möchte ständig registrieren, wer wann was warum tat oder sagte und vergleichen mit dem, was man kollektiv vorgeschrieben hat. Jeder plant für jeden, jeder kontrolliert jeden, jeder straft jeden, jeder mißtraut jedem. Am Ende dieser Entwicklung steht dann das öffentliche reumütige Bekenntnis der Abwechslerei und des Gedankenverbrechens – vor allem das Ende des selbständigen und verantwortlichen Menschen.

Es ist meines Erachtens eine eminent wichtige kulturelle Aufgabe unserer Zeit, solche Fehlentwicklungen der Kritik zu überwinden.

Hierzu müssen wir den Kritisierenden die Forderung stellen: Kritik muß durch höhere Moralität oder bessere Sachkenntnis begründet sein. Kritik aus Unverständnis der Wirklichkeit oder aus unlauteren Motiven ist unverantwortlich.

Wir alle sollten die Fehlentwicklungen der Kritik gemeinsam abwehren: Wir müssen skeptischer gegen allzu einfache Lösungen komplexer Probleme werden, wir müssen verblüffungsfester werden, hinter wohlgefälligen Phrasen die Teufeleien entdecken und mehr Mut gegen publizistische Irrlichter entwickeln.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr.-Ing. Karl Steinbuch, Direktor des Instituts für Nachrichtenverarbeitung der Universität Karlsruhe, 7500 Karlsruhe

Der Kopf bleibt klar. Das Herz wird ruhig. Prent.

Mehr als jemals zuvor ist (wird) der Mensch gezwungen zu agieren. Jedoch niemals zuvor haben ihm so viele moderne Zwänge so wenig erlaubt, sich seinem Wesen und seiner Natur entsprechend abzureagieren. Er wird systematisch daran gehindert, seine natürlichen Reflexe auszuleben.

Die Folge:
Überschießende und gestörte Reaktionen von Herz und Kreislauf durch übermäßige Katecholamin-Ausschüttung.

Das Krankheitsbild:
z. B. Hypertonie
z. B. Herzrhythmus-Störungen
z. B. Angina pectoris
z. B. funktionelle kardiovaskuläre Störungen

Helfen Sie Ihrem Patienten mit einem guten Gespräch und sanfter Betablockade.

Moderne β -Blockade für die breite Anwendung in der Praxis:

PRENT®

ist kardioselektiv und hat die sympathikomimetische Eigenwirkung zugleich (I.S.A.)

Prent senkt die Frequenz und die Kontraktilität durch Blockade der β_1 -Rezeptoren am Herzen. Andere Rezeptoren, insbesondere die der Bronchien, bleiben im wesentlichen unberührt (Kardioselektivität).

Zusätzlich hat Prent die substanz-eigene Sicherung vor überstarker Wirkung (intrinsic sympathicomimetic activity - I.S.A.): Deshalb geringe Gefahr von abnormer Bradykardie und Myokard-Insuffizienz.



Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 200 mg 3'-Acetyl-4'-[2-hydroxy-3-isopropylamino-propoxy]-butylanilid-hydrochlorid (Acebutolol).
1 Ampulle zu 5 ml enthält 25 mg Acebutolol.

Indikationen:

Hypertonie. Koronare Herzkrankheit. Funktionelle kardiovaskuläre Störungen, hyperkinetisches Herzsyndrom, Herzrhythmusstörungen.

Dosierung:

Im Durchschnitt Beginn mit 2mal 1 Tablette täglich; diese Dosierung ist zumeist auch als Erhaltungsdosis ausreichend. Falls notwendig, kann die Tagesdosis stufenweise auf 3mal 1 Tablette oder 2mal 2 Tabletten gesteigert werden. Bei akuten Rhythmusstörungen ist in der Regel die parenterale Gabe erforderlich: initial 12,5-25 mg (= 1/2-1 Ampulle) langsam intra-

venös unter sorgfältiger Kontrolle von Herzfrequenz und Blutdruck. Das weitere Vorgehen richtet sich nach dem klinischen Gesamtbild.

Verträglichkeit:

Prent ist gut verträglich. Gelegentlich können Müdigkeit, gastrointestinale Störungen, depressive Verstimmung, Bradykardie, Blutdruckabfall und Bronchospasmen auftreten.

Kontraindikationen:

Kardiogener Schock; AV-Block 2. und 3. Grades; dekompensierte Herzinsuffizienz. Bei obstruktiven Bronchialekrankungen ist eine orale Anwendung von Prent unter sorgfältiger Kontrolle möglich. Dagegen sollte von einer

intravenösen

Applikation bei diesen Patienten abgesehen werden.

Zur Beachtung:

Die Vorsichtsmaßnahmen, die bei der Anwendung von β -Blockern zu beachten sind, gelten prinzipiell auch für Prent.

Anwendung in der Schwangerschaft:

Aus Vorsichtsgründen sollte Prent im ersten Trimenon der Schwangerschaft nicht angewandt werden.

Besonderer Hinweis:

Beim Auftreten von Müdigkeit, insbesondere bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, kann das Reaktionsvermögen (z. B. Verkehrstüchtigkeit) eingeschränkt sein.

Bei Überdosierung:

Zunächst 1 mg Atropin i.v.; anschließend, falls notwendig, Orciprenalin (Alupent®) bis zum Wirkungseintritt, beginnend mit 0,5 mg langsam intravenös.

Boehringer Ingelheim

Handelstorten:

Packung mit 30 Tabletten zu 200 mg, DM 19,47
Packung mit 60 Tabletten zu 200 mg, DM 36,12
Packung mit 5 Ampullen zu 25 mg/5 ml, DM 18,35

Stand bei Drucklegung Dez. 77



Zum Stand der Therapiemöglichkeiten der akuten lymphoblastischen Leukose (ALL) im Kindesalter heute

von G. F. Wündisch

Aus der Kinderklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München im Krankenhaus München-Schwabing (Direktor: Professor Dr. med. H. Hilber) und dem Städtischen Kinderkrankenhaus München-Schwabing (Chefarzt: Dr. med. P. Schweier)

Einleitung

Maligne Erkrankungen des Blutes und des lymphatischen Systems (Leukämien und maligne Lymphome) machen die Hälfte der im Kindesalter vorkommenden bösartigen Erkrankungen aus. Hierbei sind akute Leukämien weitaus führend, wobei im Kindesalter mit 80 bis 90 Prozent aller vorkommenden Leukämieformen die akute lymphoblastische Leukämie die absolut häufigste maligne Erkrankung im Kindesalter ist. Nach Umfrage-Ergebnissen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung im Kindesalter e. V. muß in der Bundesrepublik Deutschland mit ca. 500 bis 700 Neuerkrankungen im Jahr gerechnet werden.

Während in der Frage der Ätiologie der Erkrankung nach wie vor noch kein entscheidender Durchbruch zu erzielen war, der für eine kausale Behandlung oder für prophylaktische Maßnahmen sich geeignet hätte, wurden in der differenzierten Diagnostik und vor allem bei den sich in den letzten Jahren entwickelnden Therapieformen erstaunliche Fortschritte erzielt. Es zeigte sich, daß die moderne Therapie für eine bislang als unheilbar angesehene Krankheit offensichtlich Chancen für ein langes krankheitsfreies Überleben eröffnet und für einen Teil der betroffenen Kinder sogar die Annahme einer bleibenden Heilung gerechtfertigt erscheint.

Entwicklung der heutigen Therapie

Bis zum Ende der vierziger Jahre war der Verlauf einer akuten lymphoblastischen Leukämie im Kindesalter trotz mancher Behandlungsversuche in kurzer Zeit tödlich, die mittlere Überlebenszeit nach

Ausbruch der Erkrankung betrug zwei bis vier Monate.

Ein erster Durchbruch wurde erreicht, nachdem 1948 der Folsäureantagonist „Aminopterin“ als zytostatisch wirksame Substanz eingeführt wurde. Hierdurch gelang es, bei 50 Prozent der betroffenen Kinder zunächst eine initiale Remission zu erreichen und diese in Einzelfällen bis zwei Jahre aufrechtzuerhalten. 1949 wurde mit der Anwendung von ACTH und Cortison eine weitere Verbesserung der Therapieergebnisse erreicht. Die Einführung des Purinantagonisten 6-Mercaptopurin (Purinethol®) im Jahre 1953, der Ersatz von Aminopterin durch das weniger toxische Amethopterin (Methotrexat®), die Entwicklung der nebenwirkungsärmeren Glucocorticoide Prednisolon und Prednison bereicherten weiter das therapeutische Arsenal. Weitere Effektivität brachte die Verwendung von Cyclophosphamid (Endoxan®) ab 1958 und Vincristin ab 1962, von Daunomycin/Rubidomycin (Ondena®) ab 1967 – später von Adriablastin (Adriablastin®) – sowie von Cytosin-Arabinosid (Alexan®) und Asparaginase (Crasnitin®) ab 1967.

Die Verfügbarkeit mehrerer antileukämischer Chemotherapeutika hat zu zwei Konsequenzen geführt, nämlich durch zyklische Anwendung oder durch wechselnde Kombinationen der Zytostatika eine Verbesserung des Therapieerfolges zu erreichen. Außerdem wurden aufgrund ihrer Eigenschaften, vor allem aber der jeweiligen Toxizität, die Zytostatika in sogenannte remissionseinleitende und remissionserhaltende Mittel aufgeteilt, wobei vor allem die letzteren für eine Dauertherapie geeignet sein mußten.

Als Standardtherapie bildete sich in den sechziger Jahren die Remissionseinleitung mit Vincristin und

Prednisolon oder Methotrexat und Prednisolon heraus sowie eine Erhaltungstherapie mit 6-Mercaptopurin, aber auch Purinethol oder Methotrexat.

Durch eine solche Therapie konnten ca. 80 Prozent der Kinder in Remission gebracht werden und einige Zeit rezidivfrei gehalten werden. Die mittlere Überlebenszeit stieg in den sechziger Jahren auf 16 bis 24 Monate an, wobei ein kleiner Teil der Kinder vereinzelt auch längere rezidivfreie Überlebenszeiten erreichte.

Innerhalb von 20 Jahren war also Ende der sechziger Jahre die Überlebenszeit von wenigen Wochen bis auf ein bis drei Jahre gesteigert worden, jedoch nur in vereinzelten Fällen waren sehr lange rezidivfreie Überlebenszeiten zu verzeichnen.

Besonders befruchtet wurden die weiteren klinischen Therapiemöglichkeiten durch grundlegende zellkinetische Forschungsergebnisse an der Mäuse-Leukämie, wobei gezeigt werden konnte, daß die Menge der vorhandenen oder nach einer durchgeführten Initialtherapie noch vorhandenen Leukämiezellen in direktem Zusammenhang mit der Überlebenszeit steht. Es wurde gezeigt, daß eine optimal wirksame Therapie in der Lage ist, bis zu 99 Prozent der Leukämiezellen zu vernichten, was aber auch bedeutet, daß ein Rest maligner Zellen im Körper verbleibt. Klinisch besteht hierbei das Bild einer Vollremission ohne mit normalen Methoden nachweisbarem Vorhandensein von malignen Zellen.

Weiter vorgenommene zytostatische sogenannte Reinduktionsbehandlungen bzw. eine zytostatische Dauertherapie hatten die endgültige Ausrottung der restlichen Leukämiezellen zum Ziel.

Im Rahmen der verlängerten Überlebenszeiten zeigte sich nunmehr, daß zwar länger anhaltende Remissionen durch eine Dauertherapie zu erzielen waren, die aber entweder von wieder eintretenden Knochenmarksrezidiven gefolgt waren oder vor allem von extramedullären Rezidiven in lokalen Organbereichen, und hier besonders im Zentralnervensystem und im Hoden.

Dies führte zu der Beachtung des Umstandes, daß offensichtlich nicht alle Organsysteme ausreichend hohe Zytostatika-Spiegel aufweisen. Dies bedingte insbesondere das Auftreten der Meningosis leucaemica, also den leukotischen Befall der weichen Hirnhäute. Es zeigte sich, daß mit Beginn der Erkrankung bereits leukämische Infiltrationen zunächst in der Arachnoidea vorhanden sind, die meist noch keine klinischen Symptome verursachen. Die Blut-Liquor-Schranke, die für die meisten Zytostatika vorhanden ist, bedingt, daß im Zentralnervensystem nur ungenügende Zytostatika-Spiegel erreicht werden und diese primär vorhandenen leukämischen Zellen nur unvollständig vernichtet werden. Aus diesen Zellen entwickelt sich meist nach einer längeren Latenzzeit die klinisch manifeste Meningosis leucaemica. Mit zunehmender Überlebenszeit der Kinder wurde diese Komplikation immer häufiger beobachtet. Bei einem rezidivfreien Überleben von 18 Monaten mußte in über 50 Prozent der Fälle mit dieser Komplikation gerechnet werden.

Die eingetretene Meningosis war nur temporär beherrschbar und führte bei einer großen Anzahl von Kindern, die sich noch in hämatologischer Remission befanden, zum Tode. Darüber hinaus ergab sich, daß häufig dem Auftreten einer Meningosis leucaemica ein Knochenmarkrezidiv folgte, wahrscheinlich durch ein Ausschwemmen der malignen Zellen aus dem Zentralnervensystem in das Knochenmark.

Von äußerster Wichtigkeit war es, daß schon 1964 im Tierexperiment gezeigt worden war, daß Mäuse mit in das ZNS intraokulierten Leukämiezellen deutlich länger überlebten, wenn sie zusätzlich zur zytostatischen Chemotherapie eine Bestrahlung des Zentralnervensystems erhielten.

Entwicklung der heutigen Therapieprinzipien

Aufgrund dieser Erkenntnis entwickelten Pinkel sowie Aur und Simone am St. Jude Research Children Hospital in Memphis/USA in randomisierten Studien eine sogenannte prophylaktische ZNS-Therapie:

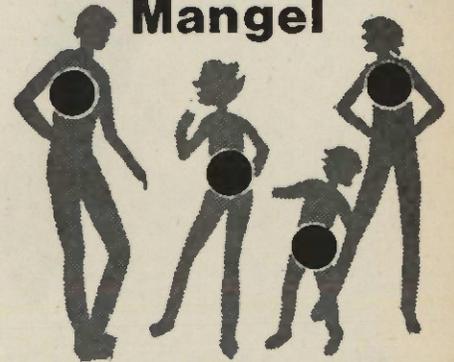
Im Anschluß an die zytostatische Initialbehandlung wird der Hirnschädel innerhalb von drei bis vier Wochen mit 2400 rad mittels Röntgen⁶⁰-Cobalt bestrahlt, gleichzeitig werden für die Liquorräume des Wirbelkanals fünf Injektionen Methotrexat intrathekal verabreicht. Darüber hinaus wurde durch die Schule um Pinkel eine über zwei bis drei Jahre gehende orale zytostatische Dauertherapie eingeführt, die sich in ihrer Dosierung nach der maximal verträglichen Toxizität beim individuellen Kind richtet. Purinethol wird täglich, Methotrexat und Endoxan einmal wöchentlich verabreicht (Richtdosis: Purinethol 50 mg/m²/KOF; Methotrexat 20 mg/m²/KOF; Endoxan 200 mg/m²/KOF). Die jeweils aktuelle Dosis sollte so bemessen sein, daß sich bei wöchentlichen Kontrollen der Leukozytenwert zwischen 2000 und 3000/mm³ befindet. Außerdem wurden für das erste Jahr der Dauertherapie in vierteljährlichen Abständen sogenannte Reinduktionsstöße mit dreimal in wöchentlichen Abständen gegebenen Gaben von Vincristin und täglicher Prednisolon-Gabe zusätzlich verabreicht. Nach weiterem Verlauf zeigte sich, daß auf die einmal wöchentliche Endoxan-Gabe ohne Verschlechterung des Therapieergebnisses verzichtet werden konnte.

Die initiale Anfangsbehandlung bestand Anfang der siebziger Jahre in vier bis sechs Gaben von Vincristin (einmal wöchentlich 1,5 mg/m²/KOF; Einzeldosis nicht mehr als 2 mg) und für diese Zeit in täglichen Gaben von Prednisolon (60 mg/m²/KOF).

Therapieergebnisse

Diese relativ einfache und vor allen Dingen nach der Anfangsphase weitgehend ambulant durchzuführende Therapie im Vergleich zu den Jahren zuvor führte zu bemerkenswerten Ergebnissen. Als eine der ersten Kinderkliniken in Deutschland wur-

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangelsituationen
in der
Wachstums-
und Entwicklungsphase
während
Schwangerschaft, Stillzeit
bei Einnahme
von Kontrazeptiva, Diätkuren
zur Therapie bei
normocalcaemischer Tetanie
nächtlichen Wadenkrämpfen
Hyperlipidaemien, Migräne
zur Prophylaxe gegen
Calcium-Oxalatsteine
Thrombose
metabolischen Herzinfarkt.

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie. Mg-Ampullen: Myasthenia gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Dberleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

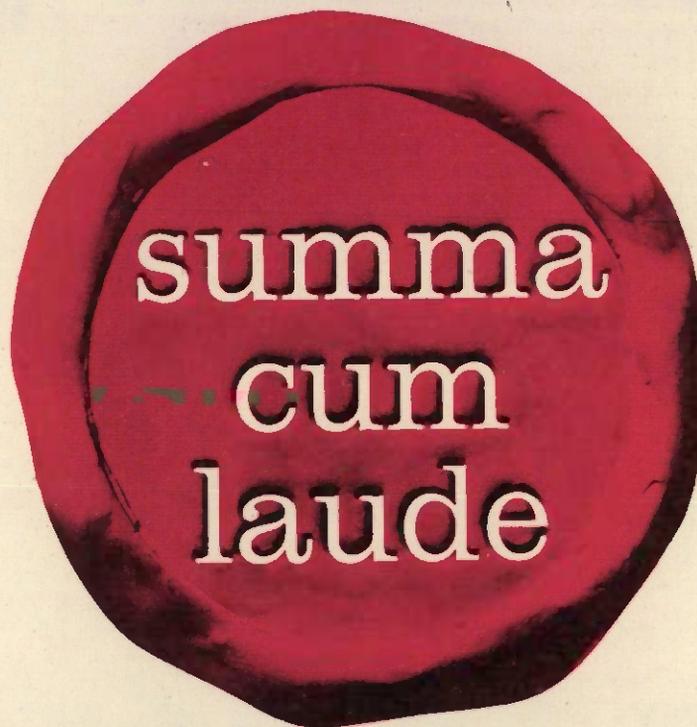
Zusammensetzung: Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B₁-nitrat 2 mg, Vitamin B₂ 3 mg, Vitamin-B₆-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,58 mg entspr. 10 mval. 50 Oragées 6,12 OM, 150 Oragées 15,36 OM · 3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13,55 OM · Konzentrat 20 Beutel 8,90 OM, 50 Beutel 19,96 DM

VERLA-PHARM

8132 TUTZING

[®]Voltaren

Antirheumatikum



**hohe Wirksamkeit
gute Verträglichkeit
günstige Therapiekosten**

Zusammensetzung: Diclofenac-Natrium, VOLTAREN: Magensaftresistente Dragées mit 25 mg, Suppositorien mit 50 mg, Ampullen zu 3 ml mit 75 mg; VOLTAREN 50: Magensaftresistente Dragées mit 50 mg. **Indikationen:** Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus – chronische Polyarthritiden – Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) – Arthrosen – Spondylarthrosen – Neuritiden und Neuralgien wie Zervikalsyndrom, Lumbago, Ischias – akuter Gichtanfall, Extraartikulärer Rheumatismus, Nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni. Wie andere nichtsteroidale Antiphlogistika ist VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 kontraindiziert bei Asthmatikern, bei denen nach Acetylsalicylsäure oder anderen Medikamenten mit hemmendem Effekt auf die Prostaglandin-Synthese ein Asthmaanfall, Urtikaria oder akute Rhinitis aufgetreten sind. **Nebenwirkungen:** VOLTAREN und VOLTAREN 50 sind im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenerscheinungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Bei den sehr seltenen Fällen, in welchen ein peptisches Ulcus oder gastrointestinale Hämorrhagien in Zusammenhang mit der Medikation gebracht wurden, handelt es sich vorwiegend um Patienten mit entsprechender Anamnese und/oder Begleitmedikation. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen, periphere Ödeme und geringfügige Erhöhungen der Transaminasen beobachtet worden. Nach Verabreichung von VOLTAREN Suppositorien wurde gelegentlich über lokale Nebenwirkungen wie leichtes Brennen oder Tensemen berichtet. **Dosierung:** Der empfohlene Dosierungsbereich von VOLTAREN und VOLTAREN 50 liegt zwischen 50 und 150 mg pro Tag, je nach Schwere der Erkrankung. Die jeweilige Tagesdosis sollte in zwei oder drei Einzeldosen eingenommen werden. Erwachsene erhalten im allgemeinen: Dragées VOLTAREN, Dragées mit 25 mg: Initial 3mal täglich 1–2 Dragées, Langzeittherapie: Im allgemeinen genügen 3–4 Dragées; ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. VOLTAREN 50, Dragées mit

Diclofenac-Natrium

ren 50

**vereinfacht
die Dosierung
bei Initial- und
Langzeittherapie**

**initial 3 x täglich 1 Dragée
Langzeittherapie:
1 morgens 1 abends**

50 mg: Initial 3mal täglich 1 Dragée. Langzeittherapie: Im allgemeinen genügt 2mal täglich 1 Dragée (morgens und abends); ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen. Suppositorien: Durchschnittlich 2 Suppositorien pro Tag, ggf. 3 Suppositorien. Zur Vermeidung von Nachschmerzen und zur Linderung der Morgensteifigkeit kann die Einnahme von Dragées während des Tages mit der Verabreichung eines Suppositoriums vor dem Schlaf kombiniert werden. Ampullen im allgemeinen 1 Ampulle pro Tag, tief intraglutal. Bei schweren Fällen können auch zwei Injektionen pro Tag verabreicht werden. (Injektionssets wechseln). Später Übergang auf VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 Dragées oder VOLTAREN Suppositorien. Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor. **Besondere Hinweise:** Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen soll VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 bei bestehender Schwangerschaft noch nicht verordnet werden. Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnestischen Hinweisen auf Magen- oder Duodenalgeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nierenschädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung. Die chemische Herkunft der Wirksubstanz einerseits und die bisherigen klinischen Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämatopoetische System durch VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 nicht geschädigt wird. Dennoch sollten bei Langzeitbehandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen des Blutbildes durchgeführt werden. Als weitere vorsorgliche Maßnahme ist die Überwachung der Leberfunktion zu empfehlen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen mit 30 magensaftresistenten Dragées 25 mg DM 14,95 lt. AT; 60 magensaftresistenten Dragées 25 mg DM 26,08 lt. AT; 100 magensaftresistenten Dragées 25 mg DM 38,96 lt. AT; 20 magensaftresistenten Dragées 50 mg DM 17,95 lt. AT; 50 magensaftresistenten Dragées 50 mg DM 37,44 lt. AT; 10 Suppositorien DM 10,85 lt. AT; 3 Ampullen zu 3 ml DM 11,32 lt. AT; Anstaltspackungen.

Vb 4. 78

GEIGY

de diese Therapie auch an der I. und II. Kinderabteilung München-Schwabing schon 1971 eingeführt; darüber hinaus wurde in der Folge die Therapie von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung e. V. einer kooperativen Studie übernommen, der inzwischen 42 Kinderkliniken angeschlossen sind, wobei 659 Kinder zwischen 1971 und 1974 behandelt wurden. Hiervon leben zum Berichtszeitpunkt noch 257 Kinder (39,1 Prozent) in kompletter anhaltender Vollremission, die Mehrzahl ein bis drei Jahre nach Therapieende, d. h. vier bis sieben Jahre nach Erstmanifestation der Erkrankung. Ein Rezidiv im ZNS trat nur noch bei zehn Prozent der Patienten auf. Auch im lokalen Rahmen, bei unseren eigenen Patienten, konnte dieses Ergebnis erzielt werden: von 49 Patienten, die von 1971 bis 1975 diagnostiziert wurden, leben jetzt noch 21 (43 Prozent) in kompletter anhaltender Vollremission, davon zehn Kinder für einen Zeitraum von bislang drei bis fünf Jahren und elf Kinder für einen Zeitraum von bislang fünf bis acht Jahren. Ein primäres ZNS-Rezidiv erlitt keines der bestrahlten Kinder, was eindrucksvoll die Wertigkeit der prophylaktischen ZNS-Behandlung darlegt.

Trotz dieser bis vor kurzem nicht für möglich gehaltenen therapeutischen Erfolge ist jedoch auf der anderen Seite nicht zu verkennen, daß mindestens 60 Prozent der Kinder unter dieser Therapie noch ein Rezidiv erleiden. Wenn auch Rezidive heute bei einem Teil der Kinder nochmals günstig beeinflußt werden können, führt nach eingetretenem Rezidiv bei verschiedenen langen Überlebenszeiten auch heute noch letztlich die Krankheit zum Tode.

Risikofaktoren

Es hat sich gezeigt, daß besondere „Risikofaktoren“ häufig bei Kindern mit Rezidiven vorkommen. Hierunter zählen insbesondere ein Alter unter zwei Jahren und über zehn Jahren, ein primär vorhandener ZNS-Befall, ein massiver Organbefall (Leber, Milz, Lymphknoten, Hoden, Nieren), ein Mediastinaltumor, positive saure Phosphatase-Reaktion bei histochemischer Untersuchung und vor allen Dingen bei peripheren Leukozytenzahlen über 25 000/mm³. Die in den letzten drei Jahren an man-

chen Orten bereits mögliche immunzytologische Untersuchung der malignen Blasten ergab, daß Leukämien mit T- und B-Zellmarkern ebenfalls häufig unter den rezidierten Leukosen anzutreffen sind, so daß auch diese zusätzliche Charakteristik ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv bedeutet.

Weitere Entwicklung der Therapie

Nachdem erkannt worden war, daß offensichtlich grundsätzlich eine Ausrottung der Leukämiezellen und damit eine Heilung der Kinder möglich erscheint, was durch die Prinzipien der prophylaktischen ZNS-Behandlung und der intensiven zytostatischen Dauertherapie erreicht worden war, wurde in verschiedenen Studienreihen auch aufgrund von zellkinetischen Untersuchungen erhärtet, daß die Therapieergebnisse dann zu verbessern sind, wenn die Initialbehandlung wesentlich verschärft wird.

Eine hierfür beispielgebende Therapiestudie wurde schon in den frühen siebziger Jahren von Riehm in Berlin durchgeführt, die nach bisherigen Erkenntnissen zu einer wesentlichen Verbesserung der Therapieergebnisse führte. Hierbei wurden in der Initialtherapie neben Vincristin auch Daunoblastin bzw. Adriablastin, Asparaginase und Prednisolon verwendet, während der anschließenden Bestrahlungsphase kamen zusätzlich noch Endoxan und Alexan zum Einsatz. Außerdem wurde in üblicher Weise die prophylaktische ZNS-Behandlung durchgeführt. Die zytostatische Dauertherapie wurde in beschriebener Weise mit Purinethol und Methotrexat ebenfalls über zweieinhalb bis drei Jahre durchgeführt.

Diese in der Anfangsphase deutlich verschärfte maximale Therapie ergab, daß ein weiterer Teil der bislang aufgetretenen hämatologischen Rezidive (Knochenmarksrezidive) verhindert werden konnte, was in über 60 Prozent der nach diesem Schema behandelten Kinder (50 von 67 Patienten) zu einem Langzeitüberleben zwischen bislang drei und sechs Jahren in anhaltender kompletter Vollremission führte.

Der Vorteil einer verschärften remissionseinleitenden Initialtherapie wurde inzwischen auch von anderen

Studiengruppen mit verschiedenen zytostatischen Kombinationen bestätigt. Dies bedeutet, daß nach den heutigen Erfahrungen die von der „Pinkele-Studie VII“ übernommenen Prinzipien der prophylaktischen ZNS-Therapie und der zytostatischen Dauertherapie fester und gesicherter Bestand einer antileukämischen Therapie für die akute lymphoblastische Leukose im Kindesalter sind, daß aber die Initialbehandlung nicht nur mehr mit Vincristin und Prednisolon erfolgen kann.

Mit der West-Berliner Therapiestudie und ähnlichen Therapieprotokollen ist wohl eine maximale Eskalation der Therapie erfolgt, die auch zu deutlich besseren Ergebnissen geführt hat.

Gleichzeitig jedoch ist die Durchführung der Anfangstherapie deutlich schwieriger geworden und mit der Gefahr vermehrter Nebenwirkungen verbunden.

Auf die Häufigkeit, die Art und den Schweregrad der durch die therapiebedingten Nebenwirkungen soll im Rahmen dieses Berichtes nicht eingegangen werden. Festgehalten werden kann jedoch, daß nach den Berichten in der Literatur und nach eigenen Erfahrungen die Lebensqualität der überwiegenden Zahl von in komplett in Langzeitremission überlebenden Kindern gut ist, daß meist auch während der Dauertherapie ein weitgehend ungestörter Kindergarten- und Schulbesuch möglich ist, und daß bei vielen langzeitüberlebenden und nach dem heutigen Stand des Wissens als geheilt zu betrachtenden Jugendlichen eine erfolgreiche Berufsausbildung begonnen wurde.

Hingewiesen werden muß in diesem Zusammenhang auch auf die Gefahr der Entwicklung sogenannter „sekundärer maligner Erkrankungen“ für den weiteren Verlauf dieser Patienten, die in einem Zeitraum von 5 bis 15 Jahren nach Ersterkrankung bei ca. fünf bis sieben Prozent dieser Patienten zu befürchten ist.

Auch aus diesem Grunde ist eine weitere fortlaufende Betreuung und Überwachung bis hin in das Erwachsenenalter erforderlich, um durch eine Frühdiagnose und -behandlung nochmals eine zweite Chance zur Heilung zu geben.

Die nächste Zukunft wird zeigen, ob eine Untergliederung der akuten lymphoblastischen Leukämie durch die vorhandenen bekannten Risikofaktoren und neuerdings durch die Einteilung in verschiedene Subtypen mittels immunzytologischer Untersuchung der malignen Blasten in O-ALL (= common-ALL), T- und B-ALL sowie gemischtzellige ALL die Möglichkeiten einer gestuften „risikogerechten“ Therapie eröffnen.

Das Ziel der Therapie bei der akuten lymphoblastischen Leukämie des Kindes ist heute nicht mehr nur das Erreichen einer verlängerten Überlebenszeit, sondern das einer möglichen Heilung. Neuere Erkenntnisse einer differenzierten Diagnostik und Therapie haben hierbei einen großen Schritt ermöglicht. Die Anwendung aller vorhandenen Möglichkeiten fordern heute für die Diagnostik und die erste Therapiephase die Behandlung und Betreuung in entsprechend hämatologisch-onkologisch, apparativ und personell ausgestatteten Kinderkliniken. Wie auch sonst in der pädiatrischen Onkologie ist dann die ambulante Weiterbehandlung und Dauerbehandlung in enger Zusammenarbeit mit dem „Heimatkrankenhaus“ und vor allem mit dem Kinderarzt bzw. Hausarzt möglich und erwünscht.

Gerade auf dem Gebiet der Behandlung maligner Erkrankungen im Kindesalter ist die vertrauensvolle Kooperation zwischen „Krankenhaus“ und „Praxis“ von besonderer Wichtigkeit und eine der Grundlagen für den möglichen Erfolg.

Literaturhinweise

1. LAMPERT, F.: Ergebnis der Memphis-Studie VII („Pinkel-Therapie“) bei 659 Kindern mit akuter lymphoblastischer Leukämie. Kooperative Therapiestudie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung a. V. *Klin. Pädiat.* **190**, 57–64, 1978.
2. LI, F. P.: Second malignant tumors after cancer in childhood. *Cancer* **40**, 1899–1902, 1977.
3. PINKEL, D., HUSTU, H. O., AUR, R. J. A., SMITH, K., BORELLA, L. D. and SIMONE, J.: Radiotherapy in leukämia and lymphoma of children. *Cancer* **39**, 817–824, 1977.
4. RIEHM, H., GADNER, H. und WELTE, K.: Die West-Berliner Studie zur Behandlung der akuten lymphoblastischen Leukämie des Kindes – Erfahrungsbericht nach sechs Jahren. *Klin. Pädiat.* **189**, 89–102, 1977.
5. SCHELLONG, G.: Akute Leukämien bei Kindern. *Dtsch. Ärztbl.* **75**, 757–762, 1978.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. F. Wündisch, Oberarzt, Kölnner Platz 1, 8000 München 40

Sterben und Sterbebeistand im Krankenhaus *

von Carola Halhuber

Aus dem Kreiskrankenhaus München-Pasing (Ärztlicher Direktor: Dr. med. H. Leiblein)

Äußere und innere Umstände des Sterbens haben sich in allen westlichen Industriegesellschaften gegenüber der Jahrhundertwende erheblich gewandelt: mehr als die Hälfte der Bevölkerung stirbt nicht mehr zuhause, im Kreis der Familie, sondern in Institutionen, wie Krankenhäusern und Pflegeheimen, oder bei Unfällen. Diese Tatsache beruht zum Teil auf äußeren Gegebenheiten, auf objektiven, finanziellen und räumlichen Möglichkeiten, teils aber auch auf der Vorstellung und Hoffnung aller Beteiligten, daß man im Krankenhaus mit medizinischer Hilfe den drohenden Tod doch noch abwenden könne, zumindest aber Beschwerden und Schmerzen erleichtern. Damit verschwindet aber zugleich die Todeserfahrung aus den Zentren der Gesellschaft, aus dem öffentlichen Alltag. Mit der Isolierung der Schwerkranken und der Alten, also der dem Tod Nahestehenden, geht der unmittelbare Kontakt mit Sterbenden verloren, und bevor der physische Tod den Menschen erreicht, erleiden viele Alte und Kranke schon den sozialen Tod, weil sich niemand mehr um sie kümmert und die Beziehungen zu ihnen abgebrochen werden. Mit der Verdrängung des Sterbens aus dem öffentlichen Bewußtsein wird der Tod heute als ein beängstigendes, archaisches Phänomen erfahren. Während des Mittelalters bis in die Neuzeit hinein stand man hingegen mit dem Tod und mit den Toten auf „vertrautem Fuß“, nicht zuletzt deswegen, weil Sterben ein häufig und in der Öffentlichkeit erlebter Vorgang war, wie wir das auch heute noch aus anderen Kulturkreisen kennen. Die allgemeine Hilflosigkeit und kollektive Angst vor dem Sterben ist also ein relativ junges Phänomen, und man hat den Eindruck, daß Tod und Sterben als Extremsituationen der *conditio humana*

schlechthin in einer säkularisierten Welt die Tabuposition, die die Sexualität früher innehatte, eingenommen haben. Sterben und Tod sind weithin zu unbekanntem Größen geworden. Hinzu kommt als weitere unbekannte Größe die Institution, in der Sterben sich ereignet, das Krankenhaus. Und – nicht ohne Grund – mehren sich die Stimmen, die Sterben in dieser Institution unreflektiert gleichsetzen mit unpersönlich-technisiertem Sterben, mit menschenunwürdiger Enteignung des eigenen Todes, mit Inhumanität. „Der westliche Mensch hat das Recht verloren, beim Akt seines Sterbens selbst Regie zu führen“ oder „der technische Tod hat den Sieg über das Sterben davongetragen“ oder „der mechanische Tod hat alle anderen Tode besiegt und vernichtet“ (1). Denn, obwohl faszinierende Fortschritte in Diagnostik und Therapie in der westlichen Wohlstandsgesellschaft zu einer hohen Lebenserwartung und einer verlängerten Überlebenszeit bei letztlich inkurablen, chronischen Alterskrankheiten geführt haben, konfrontiert uns diese Entwicklung in zunehmendem Maß mit den Problemen eines langsamen, „chronischen“ Sterbens. Noch ist Sterben schwer zu vereinbaren mit dem Hauptziel unserer Krankenhäuser, Leben zu bewahren und Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Krankenhäuser sind nämlich, wie es der vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit verabschiedete „Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ definiert: „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (2). Warum ist diese Definition nicht bedeutungslos?

*) Nach altem Vortrag auf einer interdisziplinären Tagung in Freising und einer Fortbildungsveranstaltung des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach

Weil jedes berufliche Rollenverhalten überindividuell mitbestimmt ist von der dahinterstehenden Organisation mit ihren spezifischen Zielen, darauf abgestellten Mitteln und Inneren Zwangsläufigkeiten und von den gesamtgesellschaftlichen Wert- und Tabuvorstellungen. Sterben und Tod stellen das professionelle Selbstverständnis von Ärzten und Pflegepersonal, die gelernt haben, sich als Helfer zum Leben, nicht jedoch als Sterbebeistand zu sehen, der Anpassungshilfe an Unausweichliches zu leisten hat, dauernd in Frage. Denn, obwohl Ärzte und Schwestern im Krankenhaus zunehmend mit Sterben und Tod in Berührung kommen (auf internen Allgmeinpflegestationen beträgt die Letalität durchschnittlich elf Prozent), sind wir im Rahmen unserer geplanten beruflichen Sozialisation, unserer Grundausbildung und institutionalisierten Fortbildung späterer Jahre kaum richtig und ausreichend auf den Umgang mit Sterbenden, auf das „death work“ vorbereitet worden. Unsere Ausbildung betont das medizinisch-technische Wissen und führt zu einer vorwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten beruflichen Identität. Kenntnisse und Fähigkeiten in kommunikativen Verhaltensweisen (wie Trösten und emotionale Abstützung) werden vorausgesetzt, also nicht gelehrt und eingeübt, und daher erwerben wir in unserer Ausbildung kaum eine fachliche Kompetenz für die Kommunikation mit Sterbenden über das Sterben. Unsicherheit und Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen menschlichen Sterbens sind wohl die Wurzeln der weitverbreiteten Pseudo-Alibis, mit denen wir echte Gespräche mit Sterbenden von uns weisen: in der tradierten Annahme, Sterbende könnten bis zu ihrem Tod über ihren Zustand im Unklaren gelassen werden, wenn sie nicht „expressis verbis“ aufgeklärt würden. Würden sie aber aufgeklärt, so seien Angst, Hoffnungslosigkeit, Selbstaufgabe, Depression, vielleicht sogar Suizid die unausweichliche Folge.

Die Fiktion, daß es über längere Zeit gelingen könne, Sterbenden ärztliches Wissen über ihre Situation vorzuenthalten, da ahnungslose Patienten angeblich sich selbst (und die Umwelt, und die Krankenhausroutine) weniger belasten, läßt sich jedoch nicht mehr aufrecht halten, seitdem psychiatrische Studien und

sozialpsychologische Feldbeobachtungen an Sterbenden übereinstimmend ergaben, daß ärztliches und pflegerisches Wissen über Diagnose und Prognose dem Kranken trotz aller entgegengesetzten Bemühungen nicht verborgen bleiben. Dabei spielt die unbewußte, non-verbale Kommunikation eine mindestens ebenso große Rolle wie die bewußte, verbale.

Mit und ohne Kenntnis dieser Untersuchungen mehren sich unter Ärzten und Schwestern Stimmen, die ihr Unbehagen an der üblichen Interaktion mit unheilbaren, sterbenden Patienten äußern: Ein Unbehagen darüber, daß wir mit Schwerkranken und Sterbenden so oft bis zuletzt in einer „Bewußtheit wechselseitiger Täuschung“ verharren (= alle Beteiligten wissen Bescheid, können aber nicht über die Wahrheit kommunizieren und verstärken die Täuschungsmanöver), statt auf die Zielvorstellung einer „offenen Bewußtheit“ (= der Patient kennt Diagnose und Prognose, kann darüber mit seiner Umgebung kommunizieren und beginnt mit ihrer Hilfe, die Situation zu verarbeiten) nach B. G. Glaser und A. L. Strauss (3) hinzuarbeiten. Wer suchte nicht nach Alternativen, wenn er über die vielfältigen Manipulationen mit dem Zweck der Geheimhaltung nachdenkt? Manipulationen, die zu einem undurchdringlichen Spiel mit verteilten Rollen führen, wobei durch Vermeiden, Verschweigen, Verbergen und Täuschungsmanöver Informationen gegenüber dem Patienten zurückgehalten werden sollen. Wird der Argwohn des Patienten stärker, so müssen die taktischen Abwehrmaßnahmen und Schachzüge der Behandler verstärkt werden, ein System, in das die „mitspielenden“ Angehörigen einbezogen werden. Damit ist dem Sterbenden die tiefst menschliche und menschenwürdige Möglichkeit genommen, seine Situation mit Hilfe seiner Umgebung zu erkennen, zu verarbeiten und – soweit er kann – zu akzeptieren. Seine existentielle Isolierung und totale Einsamkeit müssen sich in zusätzlichen Angstzuständen und Depressionen manifestieren: Erlebte Innere und äußere Wirklichkeit, die nicht angesprochen werden darf, wird Irreal und verursacht oder vergrößert Ängste. Angesichts dieser Situation sollten wir also nicht immer nur fragen, ob der Patient die Wahrheit verkraften kann, sondern

wie er Unwahrheit, Unoffenheit und Verheimlichung aushalten soll, und ob wir ihm nicht dadurch mehr schaden. Natürlich kann die Alternative hierzu nicht verbale Aufklärung um jeden Preis, Konfrontation mit der Diagnose und Prognose lauten, ein Mißverständnis, dem man auffällig oft begegnet. Den Patienten „aufzuklären“ und ihn danach alleine zu lassen in der Erwartung, er werde sich schon selbst auf Sterben und Tod vorbereiten, bedeutet eine extreme Überforderung des Patienten und eine Verdrängung von Sterben und Tod auf seiten des Arztes (4). Es geht darum, den Kranken vorsichtig, schrittweise, in flexibler Anpassung an individuelle Bedürfnisse und Gegebenheiten, mitfühlend und geduldig an das Geschehen heranzuführen: also nicht „die richtige Antwort parat zu haben“, sondern höchstens die richtige Frage, um dem Patienten mäntisch die Suche nach der Antwort zu ermöglichen.

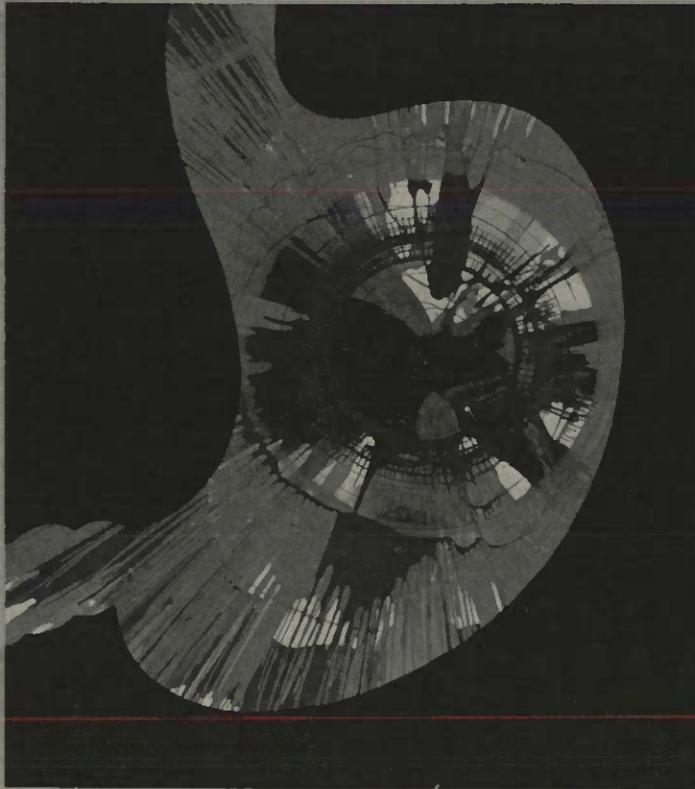
Auf diesem Weg kann uns – trotz aller weiterbestehenden Ausbildungsmängel – das Fünf-Phasen-Modell (E. Kübler-Ross) als praxisnahe Handlungsanweisung eine Hilfe sein, mit der man sich selbst und seinen sterbenden Patienten einen vertieften Umgang miteinander erleichtern, ja oft erst ermöglichen kann. Schwer verständliche, zu Fehldeutungen Anlaß gebende Äußerungen, Reaktionen und Verhaltensweisen Sterbender bekommen – in den Raster des Fünf-Phasen-Modells eingeordnet – meist einen ganz neuen Stellenwert.

1. Phase: Abwehr, Verteugnung, Nicht-wahr-haben-wollen

Frenz L. (1919) wurde drei Monate nach seinem Hinterwärtigen (Juli 1977) wegen eines nichtverhornenden Plattenepithelkarzinoms des linken Oberlappens lobektomiert. Bei meinem Besuch überfällt mich der früher eher introvertierte Mann, der inzwischen mehr als 10 kg abgenommen hat, mit betont munteren Mitteilungen: Es gehe ihm sehr gut, trotz der kleinen Operation, er erhole sich sagenhaft schnell und hoffe, bald wieder skifahren zu können . . .

Diese völlige Verleugnung einer schweren Krankheit und ihrer prognostischen Aspekte beobachten wir vor allem bei Patienten, die

Bei entzündungs- und ulkusbedingten Schmerzzuständen im oberen und mittleren Verdauungstrakt:



TEPILTA®

Schleimhaut-Anästhetikum u. Antacidum

ORIGINELL UND VERLÄSSLICH

durch Oxetacain, das seinen anästhesierenden Effekt selbst bei extremen Säureverhältnissen behält

LANGANHALTEND IN DER WIRKUNG

bei viermaliger Anwendung pro Tag sind viele Patienten volle 24 Stunden schmerzfrei

OHNE REAKTIVEN SÄURESTOSS

die antacide Komponente in Tepilta, Aluminiumhydroxid, ist dafür bekannt, daß sie im Magen keinen reaktiven Säurestoß auslöst

BESTE VERTRÄGLICHKEIT

bei bestimmungsgemäßem Gebrauch treten keine Nebenwirkungen auf, Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung:

5 ml Suspension enthalten: 10 mg Oxetacain, 291 mg Aluminiumhydroxid, 98 mg Magnesiumhydroxid.

Eine Tablette enthält: 5 mg Oxetacain, 124,9 mg Aluminiumhydroxid, 83,8 mg Magnesiumcarbonat.

Dosierung:

4 mal täglich 1-2 Teelöffel Suspension oder 1-2 Tabletten jeweils zwischen zwei Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen.

Indikationen:

Schmerzhafte akute und chronische Gastritiden, Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperazidität, Oesophagitis, Hiatushernie, Schwangerschaftssodbrennen, Magenunverträglichkeit von Medikamenten, strahlentherapeutisch bedingte Schmerzzustände im oberen Verdauungstrakt. (Da die Tabletten erst nach Auflösung im Magen wirksam werden, gelten für sie nur die genannten Indikationen im Magen und Duodenum.)

Packungsgrößen und Preise:

OP mit 225 ml Suspension OM 7,64
OP mit 50 Tabletten OM 5,68



Siegfried wählen,
heißt Qualität verordnen.

Allopurinol- retard

Siegfried®

- **therapiegerecht**
langanhaltende
Blutspiegel des
Primärwirkstoffes
Allopurinol
- **patientengerecht**
minimiert Einnahme-
fehler des Patienten
(1 Retard-Tablette
pro Tag)
- **preisbewußt**
minimiert die Tages-
therapiekosten



nur 1 Tablette täglich

Zusammensetzung: 1 Tablette Allopurinol-retard Siegfried enthält 300 mg Allopurinol. **Anwendungsgebiete:** Hyperurikämie und Gicht. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen. Bei Einnahme nach einer Mahlzeit mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden. **Packungen:** 28 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 15,70, 84 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 41,90, 100 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 48,85.



Verschreibungspflichtig.

Allopurinol-retard Siegfried®
verordnen, heißt Kosten sparen.

unvermittelt und zu früh durch jemanden informiert worden sind, der das Aufnahmevermögen des Kranken falsch eingeschätzt hat, der seiner juristischen Aufklärungspflicht genügen, sich selbst „absichern“ oder der es „schnell hinter sich haben“ will.

2. Phase: Zorn, Auflehnung, Aggression

Danach löst die allmählich zunehmende Todesgewißheit bei vielen Patienten eine wuterfüllte Enttäuschungsreaktion aus aufgrund der plötzlichen „cut off“ vom vitalerfüllten Dasein. Ärzte, Schwestern, Angehörige und Mitpatienten werden zu „Sündenböcken“, mit denen sich der Patient verbal-aggressiv messen kann, weil er gegen den eigentlichen Anlaß seines Zornes, gegen die Krankheit, die ungreifbar und damit unangreifbar ist und bleibt, nicht ankämpfen kann (5). Jetzt kommt es leicht zu destruktiven Mißverständnissen zwischen Patient und Umgebung, die „gegenagiert“. Vor allem Mitpatienten und Familienangehörige haben große Schwierigkeiten, das abweisende, gereizte, aggressive Verhalten des Schwerkranken zu verstehen. Ziehen sich die nächsten Angehörigen jedoch verstört vom Patienten zurück oder zerstreuen sich mit ihm, so wächst die Deprivation des Kranken einerseits und andererseits werden Schuldgefühle und Gefühle des Versagens so übermächtig, daß sie auf allen Seiten einer Verarbeitung des Geschehens im Wege stehen.

Katherine R. (1909), tracheotomierte Lenzzeitbeatmungs-Patientin, hatte schon wegen ihres Übergewichtes von 127 kg ein pflegerisches Engagement unserer Intensivschwestern wochenlang besondere Anforderungen gestellt. Nachdem es ihr etwas besser ging, hörte ich die Patientin durch die halb geöffnete Tür nach Kräften über die Schwestern schimpfen, die ja den ganzen langen Tag nichts anderes täten, als Kaffee zu trinken. Kurz vor ihrem Tod hat die Patientin in einer für ihre Kinder unbegreiflichen Weise ihre Töchter noch enterbt. – Wir hatten ihr aus der Phase des Zorns nicht heraushelfen können.

Dauerkritik an unseren diagnostisch-therapeutischen Leistungen und unserer emotionalen Zuwendung können wir im Behandlungsteam

noch am ehesten ertragen, wenn es uns gelingt, trotz der vordergründigen Aggression die dahinterliegende totale Hilflosigkeit, zunehmende Abhängigkeit, Isolierung, Verlassenheit, das Herausgerissensein aus allen sozialen Bezügen und die Sinnentleerung des Daseins mit aller darin begründeten Verzweiflung zu erkennen und den Patienten darin anzunehmen. (Die Feindseligkeit in der Phase des Zorns kann aber auch abgewehrt oder nach innen gewandt werden, eine schwer interpretierbare Situation. Der Kranke bleibt dann ein „dankbarer“, weil geduldig-fügsamer Patient, der es nicht wagt, in der Diskrepanz von Kommunikationsbedürfnis und -realität im Krankenhaus die dürftigen emotionalen Kontaktmöglichkeiten mit dem Behandlungsteam aufs Spiel zu setzen.) (6)

3. Phase: Verhandeln

In diesem flüchtigen, oft verkannten Stadium entwickeln die Patienten eine erstaunliche manipulative Aktivität, um das Unvermeidliche noch hinauszuschieben: sie bitten in „totaler Kooperation“ direkt und auf Umwegen um diagnostische und therapeutische Maßnahmen aller Art, oft auch aus dem Kreis der medizinischen Außenseiter. Die damit verbundenen Unannehmlichkeiten scheinen der Preis zu sein, den sie für die Aufrechterhaltung des Paradoxons einer „Hoffnung wider alle Hoffnung“ zu bezahlen haben. So bat uns ein Patient nach Ösophagusvarizenblutung im blutungsfreien Intervall erneut um die Senkstaken-Sonde, unter der er ganz besonders gelitten hatte.

E. B., 66 Jahre, mit metastasierendem Retothelsarkom, erreichte die Durchführung einer früher indizierten Entfernung von adenoiden Vegetationen, obwohl die Indikation sub specie eæternitatis wohl nicht mehr gültig war. Auch das regredierende Wohlergehen völlig appetitloser Malignom-Patienten, die sich bemühen, ihren Teller leer zu essen, läßt sich oft hier einordnen.

Erkennen wir die Hintergründe dieses Angebot-Verhaltens nicht und sehen wir unsere Aufgabe in einem Allfrontenkrieg gegen den Tod, so werden wir technische statt menschlicher Gegenangebote machen. Diagnostische und therapeutische Maß-

nahmen gewinnen dann Alibifunktion und Surrogatcharakter. Rückfälle in frühere Phasen werden gebahnt, wenn wir statt personenbezogener Kommunikation über Krankheit, Leiden und Sterben Medizintechnik anbieten, womöglich zu einem prolongierten Martyrium beitragen und dem Patienten auf diese subtile Weise nicht gestatten, zum Tod hinzuleben. Alle, Patient und Behandler, müssen eine (positive) diagnostisch-therapeutische Resignation aus Einsicht in die Realität und in die eigenen Grenzen erreichen und den Sinn des Lebens (und des Sterbens) über das Leben stellen. Das setzt allerdings einen Konsens aller Beteiligten voraus, denn nichts ist verwirrender für den Sterbenden als entgegengesetzte und gegenläufige Informationen.

4. Phase: Depression

Sie ist die empfindbare Reaktion auf bereits erfolgte Verluste, die Realitätsentwurzelung im familiären und beruflichen Feld und auf die Wahrnehmung der Stigmata des Sterbens im somatischen Bereich. Sie hat eine vergangenheits-, aber auch zukunftsbezogene Dimension, und wir werden dem Sterbenden nur gerecht, wenn wir uns immer wieder klarmachen, in welcher extremen Deprivation er sich befindet: es fehlen ihm körperliche Gesundheit, seelisches Wohlbefinden, soziale Kontakte, Selbstverwirklichungsmöglichkeiten durch Arbeit und Freizeitgestaltung, Entscheidungs- und Bewegungsfreiheit, er hat Schmerzen, Angst vor dem Unbekannten und Sorgen für Menschen und Aufgaben, die er zurücklassen muß. Da die Patienten vordergründig erschöpft wirken, dabei aber wenig klagsam sind, bleibt die Depression meist larviert oder wird vom Arzt als rein somatogen fehlgedeutet. Der Schwerkranken kann über seine Gefühle und Ängste kaum sprechen, zumal unsere tägliche, berufsfreundliche Frage, wie es ihm gehe, ihm in den Tiefen seiner Depression keine Chance dazu gibt. Fragen, die ein Gespräch in Gang bringen können, wenn wir uns dazu an die Bettkante setzen, könnten z. B. lauten:

„Wie ist es für Sie, so schwer krank zu sein?“

„Ist es heute sehr schlimm für Sie?“

„Möchten Sie mit mir über Ihre Krankheit sprechen?“ (7)

Wenn der Arzt sich jetzt die Zeit nimmt, den Patienten außerhalb der Visite, allein zu besuchen (z. B. zweimal zehn Minuten täglich) – bei ihm zu sitzen – zu warten – zuzuhören – von ihm lernen zu wollen, so gibt er sich und dem Kranken die Chance eines Gesprächs. Dabei handelt es sich oft um einmalige, unwiederbringliche Angebote, die schnell verschüttet werden können:

Herr R., 56 Jahre, wirkt besonders traurig. Auf die vorsichtige Frage: „Ich frage mich, was Sie heute so traurig macht?“ antwortet er: „Ich muß immer an meinen Hund denken.“ Nach langer Pause fügt er hinzu: „Der hat die gleichen Medikamente wie ich bekommen, hat auch die gleiche Krankheit gehabt und ist in meinen Armen gestorben.“

Die so naheliegende gutgemeinte Beschwichtigung: „Aber, Herr R., was denken Sie denn da! Ihr Hund hatte bestimmt eine ganz andere Krankheit und er bekam auch sicher nicht die gleichen Medikamente!“ weist die Frage nach dem eigenen, bevorstehenden Sterben zurück, die in dieser Mitteilung steckt und erteilt einem erwachsenen Menschen eine unangebrachte Belehrung, mit der er offensichtlich belogen wird. Sie leugnet sein objektives Wissen und seine innere Erfahrung und beendet damit – obwohl „gut gemeint“ – jedes echte Gespräch.

5. Phase: Zustimmung und Ablösung

In der letzten Phase kann der mündige Patient „Spezialist in eigener Sache“ geworden sein: Seinem ärztlichen Gesprächspartner gibt er dann zunehmend mehr, als er nimmt. Er hat uns Erfahrungen voraus, die wir mit ihm teilen dürfen, und kann zum Lebenshelfer für die werden, die mit ihm an einer gemeinsamen Grenze ausharren, der der eine schon etwas näher, der andere „vorläufig“ ferner steht. Sterbebeistand ist dann nicht nur letzte Hilfe in der Stunde des Todes, sondern Kommunikation über das Leben und seinen Sinn, und der Unterschied zwischen Gesunden, akut Kranken, chronisch Kranken, infaust Kranken und Sterbenden ist nur ein gradueller. In dem permanenten Lebens-

prozeß des Sterbens, der philosophisch-anthropologisch gesehen bei der Geburt beginnt, machen wir alle bei jedem schweren Verlust die fünf geschilderten Phasen durch, erleben wir den täglichen kleinen Tod als Vorbereitung auf den „großen Tod“, haben wir Trauerarbeit zu leisten. Sterbebeistand als *ars moriendi* in unserer Zeit wird dann auch für uns zu einem Therapeutikum gegen die Angst vor dem Dunklen, Unverfügbaren der eigenen Existenz.

Zusammenfassung

Bisher gibt es keine allgemein anerkannten gesprächstechnischen und gesprächstherapeutischen Anweisungen für den Umgang mit Sterbenden auf dem Weg zu ihrem Tod. Auch die Fünf-Phasen-Theorie von E. Kübler-Ross ist nicht mehr als eine plausible, empirisch erhärtete Arbeitshypothese, über deren Richtigkeit sich streiten läßt. Ich habe aber kein anderes Modell gefunden, mit dem man besser den vorsichtigen Versuch wagen kann, Patienten den Weg zur Zustimmung zu unvermeidlichem Leiden und Sterben zu bahnen, statt ihn – in „gut gemeinter“ traditioneller Weise – „täglich neu zu verbauen“.

Literaturverzeichnis

1. ILLICH, I.: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Rowohlt Verlag, Reinbek, Hamburg, 1977.
2. Deutscher Bundestag: 6. Wahlperiode, Oruckesche VI, 1974.
3. GLASER, B. G. und STRAUSS, A. L.: Interaktionen mit Sterbenden, Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Vendenhoeck und Rupprecht, Göttingen, 1974.
4. LARBIG, W.: Informationen und Aufklärung unheilbar Kranker. Med. Welt, Fortbildung, Bd. 27, 1976, S. 1671–1677.
5. KÖNIG, U.: Die psychologische Führung des Krebskranken in der Praxis. Ztschr. f. Allgemeinmed., 1977, S. 112–115.
6. FREYBERGER, H.: Grundzüge der psychotherapeutischen Sterbehilfe bei Krankenhauspatienten. Dtsche. Krankenpflegeztschr. 11, 1973, S. 583–587.
7. KÖBLER-ROSS, E.: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Kreuz-Verlag, Stuttgart-Berlin, 1974.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Carole Halhuber, Steinerweg 5, 8000 München 60

Freies Gesundheitswesen und unabhängiger öffentlicher Dienst – eine notwendige Ergänzung

von Werner Gebhard

Ärzte und Beamte haben es oft nicht leicht, sich zu verstehen, eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Völlig wird dies nie gelingen, denn es liegt ebenso in unaufhebbarer Interessengegensätzen begründet, wie in einer notwendig unterschiedlichen Akzentuierung des Berufsethos in beiden Gruppen: Der Arzt begegnet dem öffentlichen Dienst, den Beamten, meist dort, wo er Schwierigkeiten befürchten muß – in den Kassen wie in den Krankenhausverwaltungen. In seinem Berufsethos steht der hilfsbedürftige Einzelne, der Patient, nicht nur im Vordergrund, sondern zu allerhöchst, höher als Ordnung und Poli-

tik, als Staat und Gesellschaft –, und dies erwarten wir alle von unseren Ärzten, nicht zuletzt auch die Beamten.

Doch diese Beamten stehen in einem anderen Bezugssystem. Auch für sie verkörpert der Einzelmensch den höchsten Wert, und hier werden sie sich stets dem Arzt auch beugen. Doch zugleich müssen sie weit mehr als der Arzt ordnend auf die Belange der Allgemeinheit blicken, einerseits oft schematische Gleichheit erzwingen, zum anderen Interessen durchsetzen, welche dem Arzt als „abstrakt“, ja als unmenschlich erscheinen – im Beamteneid spielt eben

die Gemeinschaft eine andere Rolle als in dem des Hippokrates.

Die Tatsache, daß viele Ärzte zugleich beamtet sind, beide Pflichtenlagen zum Ausgleich bringen müssen, zeigt, daß nicht nur ein Nebeneinander, sondern eine echte Gemeinsamkeit von Ärzten und Beamten möglich ist. Und dies tut gerade heute not: In der Ärzteschaft um Verständnis zu werben für die Bedeutung des Berufsbeamtentums und seine vielen Schwierigkeiten; bei näherem Zusehen zeigt sich nämlich, daß zentrale Probleme der Ärzteschaft befriedigend nur gelöst werden können, wenn es weiterhin ein unabhängiges, neutrales, effizientes Berufsbeamtentum gibt.

Die große Angst in der deutschen Ärzteschaft gilt heute einer Verstaatlichung des gesamten Gesundheitswesens. Sehr viele von ihnen wollen eben nicht – Beamte werden. Die Ärzte können sicher sein: Die Berufsbeamten und ihre Vertreter wünschen keinen solchen totalen Gesundheitsdienst. Sie bejahen den

Das Ulcus-Risiko im Gespräch:

„Säure und Pepsin sind die Voraussetzungen für die Entstehung peptischer Ulzerationen. Je höher die Säure- und Pepsinsekretion sind, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich ein Ulkus entwickelt.“

HOLTERMÜLLER ET AL., MED. KLIN. 72, 1229 (1977)

„Klinische und experimentelle Ergebnisse lassen darauf schließen, daß Patienten mit einem hohen Risiko gastrointestinaler Blutungen durch ständige Neutralisation der Magensäure mit hohen Dosen eines Antacidums vor Streßulzera und massiven Blutungen bewahrt werden können.“

GREEN ET AL., AM. J. HOSP. 32, 125 (1975)

„Die klinischen Erfahrungen lassen darauf schließen, daß die Einnahme von Antacida den Ulcusschmerz lindert.“

ISENBERG, J. J., JAMA, BAND 233, NO. 6 (1975)

freien Arzt und die freie Arztwahl als eine höchstwertige Errungenschaft in unserem Staat der Freiheit. Gerade darin sehen sie auch die Notwendigkeit und Berechtigung öffentlicher Gesundheitsdienste und beamteter Ärzte, daß die berechtigten öffentlichen Interessen hier sachgerecht wahrgenommen werden können, und daß im übrigen damit Raum für weitergehende Freiheit bleibt. Die Beamten sind dabei von jedem Totalitätsanspruch frei, sie sehen sich allenfalls als bewahrende Wächter der Freiheit in einem reich gegliederten System.

Die Beamten bejahen die berufsethische Entscheidung der Ärzte gegen jeden Streik: sie sind sich gerade deshalb der Unterstützung der Ärzteschaft sicher in ihrer Ablehnung derjenigen, welche sie in Arbeitskämpfe treiben wollen. Der Arzt lehnt den Streik ab, weil er den Patienten nicht im Stich lassen darf, der Beamte letztlich aus ganz ähnlichen Gründen: Nicht nur, weil der Staat so in Gefahr gerät, sondern auch mit Blick auf den einzelnen, der des Schutzes bedarf und heute

ohne Polizei, ohne Stromversorgung, ohne Rentenzahlung ebenso wenig mehr leben kann wie ohne die Hilfe des Arztes. Gerade diese fundamentale Gemeinsamkeit von Ärzten und Beamten beweist, daß eine solche Ablehnung des Streikes nicht eine überholte Anomalie ist, sondern eine höchst moderne Notwendigkeit in unserer hochentwickelten Gemeinschaft.

Der Arzt wird immer seine Arbeit, seinen Patienten über Parteipolitik stellen, über gesellschaftliche Pressionen. Er braucht seine Freiheit in diesem Dienst am Menschen. Daher wird er auch Verständnis haben, daß die Berufsbeamten und ihre Verbände an ihrer Unabhängigkeit festhalten wollen, welche die Beamtenstellung, vor allem das Laufbahn- und das Lebenszeitprinzip verleihen. Bei abhängigen Bediensteten auf Zeit, deren Berufsbild beliebig verändert werden könnte, würde sich der Druck der Interessen und der Parteipolitik noch bedeutend verstärken, sie würden ihn noch viel leichter an den Bürger weiterleiten – bis hinein in Krankenhäuser und Arztzimmer.

„Beamtenmentalität“, bürokratische Genauigkeit, umständliche Rechtsstaatlichkeit mögen den Arzt im Einzelfall stören –, doch nur sie schaffen in ihrer Zuverlässigkeit und Beständigkeit insgesamt den Rahmen, der doch die ärztliche Arbeit halten muß. Und es ist zwar das Vorrecht des Arztes, daß er stets zuerst an den Kranken und seine Bedürfnisse denkt; aber er wird nicht vergessen, daß der Beamte eben auch die Belange einer großen Gemeinschaft wahrnehmen muß, die ja weithin all diese Heilungsanstrengungen finanziert – und, wenn nötig, muß dies auch mit spitzem beamtlichen Bleistift geschehen. Aber um eine Eindämmung von Überorganisation und Gesetzesflut sind die Beamtenverbände ebenso bemüht wie die Vertretungen der Ärzte, sie stehen hier gemeinsam im Kampf gegen manche Politik, vielleicht oft auch nur: Demagogie.

Den Beamtenverbänden geht es seit langem um verbesserte Ausbildung, vor allem für den mittleren und gehobenen Dienst; Erfolge stellen sich nun ein. Sie kommen gerade dem

Ihre fertig-flüssige Antwort:

GELUSIL LIQUID

Kontern Sie das Ulcus-Risiko von Anfang an.

Wie das Ulcus-Risiko zunimmt:



Gelusil Liquid fertig-flüssig® gehört zur Ulcus-Therapie von Anfang an, denn:

- sofortige Einstellung des Magensaftes auf optimale pH-Werte
- anhaltender Magenschleimhautschutz durch zwei wirksame Schutzfilm-Gele
- weder laxierend, noch obstipierend – kein reaktiver Säurestoß – keine Alkalose
- angenehm im Geschmack und einfach in der Anwendung

Zusammensetzung: 1 ml Gelusil Liquid enthält 0,156 g Magnesiumaluminium-Silikathydrat $[Mg_3Al_2Si_2O_{10}(OH)_4]$.
Indikationen: Akute und chronische Gastritis, Hyperacidität (Supersekretion), Säurebeschwerden verschiedener Art wie Pyrosis, saures Aufstoßen, nächtliche Säurebeschwerden und Nüchternschmerz, Ulcus ventriculi et duodeni, Therapie und Prophylaxe des „Streßulcus“, Gastropathia neurogenica, verdorbener Magen nach Diätfehlern, Beschwerden nach Überforderung des Magens durch Alkohol, Nikotin, Kaffee und Süßigkeiten, medikamentös bedingte

Übersäuerung und zur besseren Magenverträglichkeit verschiedener Medikamente, Stumpfgastritis, Reflux-Ösophagitis, Entzündungen der Speiseröhre einschließlich Säureverätzungen.

Kontraindikationen: sind nicht bekannt.

Zur Beachtung: Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil Liquid können bei schwerer Nierenauffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechsellintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums

möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Liquid Vorsicht geboten.
Handelsformen und Preise:
 Packung mit 20 Btl. zu 6 ml Suspension DM 10,71 m. MwSt.
 Packung mit 50 Btl. zu 6 ml Suspension DM 24,09 m. MwSt.
 Flasche mit 200 ml Anstaltspackungen DM 13,29 m. MwSt.
 Januar 1978/502/0

GÖDECKE AG · 1 Berlin 10

Gesundheitswesen und der Ärzteschaft recht unmittelbar zugute. Wenn überhaupt, so scheitert der Arzt doch am verständnislosen, schlecht ausgebildeten Beamten, der sich gerade deshalb in seiner bürokratischen Macht festbeißt. Der vielseitig und vertieft Ausgebildete, den Fortbildung stets für neue Entwicklungen offen hält —, er kann den Arzt in schwierigen Fragen besser verstehen, er wird wendiger und verständiger mit ihm auch einmal einen unkonventionellen Weg gehen.

Die Vertreter der Ärzteschaft befürchten den sozialen Abstieg ihres Berufsstandes, und sicher sprechen Anzeichen dafür, daß Kräfte hier am Werke sind. Die Beamtenschaft gehört, entgegen mancher Vermutung, nicht zu ihnen. Zwar muß sie in vielem bescheidener leben, doch sie bekennt sich zu einem Leistungsprinzip, nach dem Schwere und Verantwortlichkeit der Arbeit des Arztes auch durch höheres Einkommen honoriert werden dürfen. Deshalb werden aber auch gerade die Ärzte nicht in den leichtfertigen Chor derjenigen einstimmen, welche immer wieder allzu billige Sparmaßnahmen auf den Rücken der Beamtenschaft abladen wollen. Nur zufriedene, gut motivierte Beamte können auf Dauer die Ärzteschaft vor dem sinnlosen Sozialneid ewig Unzufriedener schützen.

Das freie Gemeinwesen schließlich, ohne das es keinen freien Arzt, letztlich überhaupt keinen Arzt, in unserem Sinne geben kann, sondern nur mehr einen öffentlichen Gesundheitsfunktionär — diesen Staat verteidigen entschlossen die Berufsbeamten gegen die Unterwanderung durch radikale Verfassungsfeinde. Hier sollten gerade die Ärzte entschieden helfen, sich mit den Beamten vor den Staat und die Gemeinschaft zu stellen. Denn Heilung und Gesundheit mag es überall geben — einen letzten menschlichen Sinn haben sie nur, wenn sie nicht nur Wohlbefinden bedeuten, sondern die Möglichkeit zu vollem Gebrauch menschenwürdiger Freiheit.

Anschrift des Verfassers:

Senator Werner Gebhard, Vorsitzender des Bayerischen Beamtensbundes e. V., Wirtstraße 6/0, 8000 München 90.

Politisch programmierte Zweckforschung?

Tendenzen des 450-Millionen-Programmes der Bundesregierung

von Harald Clade

450 Millionen DM läßt sich die Bundesregierung in den nächsten vier Jahren das kürzlich vorgestellte „Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit (1978 bis 1981)“ kosten. Das „Millionending“ für die Gesundheit, von den drei federführenden Bundesministern Dr. Herbert Ehrenberg, Volker Hauff und Antje Huber auf der Bonner Pressekonferenz mit vielen Vorschlußarbeiten bedacht, wird daran zu messen sein, ob es den ehrgeizigen Zielen und hohen Ansprüchen, denen es gerecht werden will, tatsächlich genügt. Es wird sich bereits in naher Zukunft erweisen müssen, ob die Millionen-Beträge sinnvoll investiert werden und tatsächlich dem gesundheitlichen Wohlbefinden des einzelnen dienen oder aber vornehmlich politisch programmierte Gesetzgebungsabsichten nur wissenschaftlich „fundieren“ sollen.

Ohne Zweifel wird das jetzt ausgeschriebene fällige Regierungsprogramm einen Run von professionellen Forschern und Planern auf die Forschungsmillionen auslösen.

Zwei Schwerpunkte markieren das 129-Seiten-Dossier: einen primär medizinischen, wissenschaftlichen und einen ausschließlich gesundheitspolitischen, auf strukturelle Fragen des Kassenarztes und der gesetzlichen Krankenversicherung gerichteten Teil.

Epidemiologische Forschung hat Vorrang

Im Gegensatz zu früheren regierungsamtlichen Forschungsschwerpunkten ist die Medizintechnik und die Datenverarbeitung jetzt offenbar in den Hintergrund getreten; ihr wird künftig nicht mehr der zentrale Rang wie noch vor wenigen Jahren eingeräumt. Zwar werden immer noch beachtliche Mittel (124 Millionen DM!) in diesen Bereich fließen, doch sollen die Grundlagenfor-

schungen auf diesem Gebiet und die Entwicklung neuer Technologien die ihnen gebührende Priorität eingeräumt werden. Der forschungspolitische Akzent liegt dem Programm zufolge auf dem Gebiet der epidemiologischen Forschung, der Forschung zur Verhinderung der am häufigsten auftretenden Krankheiten und deren Ursachen (Herz-Kreislauf, Krebs, Rheuma und psychische Krankheiten). Die bereits vor zwei Jahren von der Bundesregierung erbetenen Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften haben das Konzept in Richtung der Erforschung zur Verhütung und Früherkennung der häufigsten Zivilisationskrankheiten verdichtet. Auffällig betont wird die Notwendigkeit, vor Realisierung weiterer breit angelegter Screening-Programme zunächst deren Praktikabilität sowie das Kosten-Nutzen-Ergebnis durch empirische Studien zu ertesten. Das multifaktorielle, komplexe Krankheitsgeschehen soll in wissenschaftlichen Studien untersucht werden. Bemerkenswert offen wird über die allgemeine Erkenntnis referiert, daß Früherkennungsuntersuchungen, ehe sie auf breiter Basis eingeführt und für besondere Risikogruppen schmackhaft gemacht werden können, durch umfassende gesundheitserzieherische Maßnahmen vorbereitet werden müssen.

Kräftige Impulse sollen die Forschungen für die klinische und kura-tive Medizin bringen. Das Programm sieht vor, die Standardisierung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren in weiten Bereichen zu fördern.

Allerdings beurteilt die Bundesregierung skeptisch, ob die anspruchsvollen medizinischen Forschungsprojekte angesichts der noch bestehenden Daten-Lücken und wegen der noch unergiebigsten medizinischen Statistik schnell und mit Hilfe der inländischen Forschungskapazitäten geschlossen werden können.

Rein quantitativ entfallen etwa rund 50 Prozent der Forschungsprojekte

auf medizinische Grundlagenforschung und 50 Prozent auf die gesundheitspolitisch relevanten Projekte. Innerhalb des Vierjahresrahmens werden 264 Millionen DM für die Grundlagenforschung, weitere 160 Millionen DM für die Datenverarbeitung sowie die strukturpolitischen Projekte bereitgestellt.

Augenmerk auf strukturpolitische Projekte richten

Soweit jetzt bereits erkennbar, werden die medizinisch-wissenschaftlichen Projekte, die die Bundesregierung demnächst in Angriff nehmen will, weithin beifällig beurteilt, sind doch die „Lücken-Diagnosen“ bereits längst gestellt worden, ehe die Bundesregierung aktiv wurde und finanzielle Förderungsbeträge in Aussicht stellte. Mehr gesundheitspolitisches Augenmerk wird man deshalb auf die strukturpolitischen Forschungsschwerpunkte richten müssen, die – soweit jetzt bereits erkennbar – praktisch kaum eines der vielen umstrittenen Reformpostulate der politischen Parteien, gesellschaftlichen Gruppen, insbesondere der Gewerkschaften, ausgespart lassen. Überhaupt läßt sich nicht übersehen, daß die im politischen Raum unternommenen Versuche, gewachsene Versorgungsstrukturen zu verändern, jetzt wissenschaftlich gerechtfertigt werden sollen. Zumindest sollen aber künftige gesetzgeberische Maßnahmen wissenschaftlich „begleitet“ werden.

Im Unterschied zu dem bereits im Frühjahr 1976 vorgelegten „Diskussionsentwurf“ ist am jetzt veröffent-

lichten „Aktionsprogramm“ sowie dem damit verzahnten „Programmrahmen“ auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung neben den bereits früher damit befaßten Bundesministerien für Forschung und Technologie sowie für Jugend, Familie und Gesundheit beteiligt. Die Bundesregierung gibt zwar vor, daß die Forschungsförderung nur so koordiniert gefördert und gemeinsam finanziert werden könne, doch deuten viele Ausführungen darauf hin (und Staatssekretär Professor Dr. med. Hans Georg Wolters vom Bundesgesundheitsministerium hat dies vor der Presse deutlich gesagt), daß die sozial-liberale Koalition mit Hilfe des ehrgeizigen „Forschungsprogrammes neue gesundheits- und forschungspolitische Akzente“ setzen will. Mit Sicherheit soll das 450-Millionen-DM-Projekt in erster Linie gesundheitspolitische Maßnahmen vorbereiten und einleiten. Nichts wird ausgespart: Die Notwendigkeit einer umfassenden Strukturreform und Nivellierung der Krankenversicherung werden ebenso wenig ausgeklammert wie das Thema „Einheitsversicherung“ oder „Steuerfinanzierung der Krankenkassen“.

Strukturveränderungen beabsichtigt?

Was mit den vielen nebulösen Formulierungen auch immer gemeint sein soll, feststehen dürfte bereits jetzt: Gerade die Projekte zur „Strukturforchung im Gesundheitswesen“ sollen bewußt gewachsene Einrichtungen und Strukturen in Frage stellen. Neue Organisationsmodelle sollen am Reißbrett entwickelt werden.

Dabei klingen manche Formulierungen eher verschleiend und verharmlosend. So heißt es beispielsweise:

Es gelte

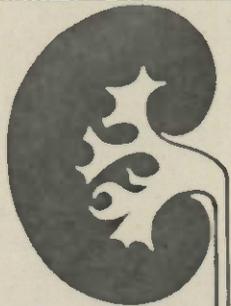
– die gesundheitspolitische Diskussion durch nachprüfbar Aussagen zu „versachlichen“;

– die für eine „planvolle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erforderlichen Instrumente zu entwickeln und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen“;

– „Prognosen und Zielprojektionen auch im Gesundheitsbereich als selbstverständliche Instrumente wissenschaftlicher Politikberatung einzusetzen“.

Hochgesteckte Ziele – relativ kurze Zeitspanne

Wenn diese hochgesteckten Ziele in der relativ kurzen Zeitspanne bis 1981 mit der Durchführung und Abwicklung der fast eine halbe Milliarde DM Steuergelder verschlingenden Projekte erreicht werden könnten, so wäre dies – a prima vista – ein lobenswertes Unterfangen. Klopft man allerdings die einzelnen Vorhaben auf ihren konkreten Realisierungsgehalt und deren mögliche Nutzenanwendung ab (sie sind zum Teil zu theoretisch, zu grundsätzlich und umfassend beschrieben worden), so kann der Vorwurf einer politisch-programmatischen „Zweckforschung“ nicht leicht von der Hand gewiesen werden. Man muß befürchten, daß die zum Teil bereits in Angriff genommenen und in konkrete Forschungsstadien



NEPHROLOGIKUM zur spezifischen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

Canephron®

Indikationen: Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mezerat aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 1,0 g, Rad. Levistic. 0,6 g, Fol. Rosmarin. 0,8 g. – 1 Dragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

getretenen Projekte nur dazu angelegt sind, politische Auffassungen und Absichten in einer von vornherein fixierten Richtung „abzusichern“ und zu „flankieren“.

Zu bereits vorliegenden inländischen Ergebnissen von Modellerprobungen oder Erfahrungen mit gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen aus dem Ausland (Ambulatorien, Selbstbeteiligungsverfahren usw.) heißt es, die Ansätze seien bisher entweder gar nicht oder nur punktuell mit meist unzureichender oder fehlender wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt worden. Es wird beispielsweise behauptet, daß es nur im Fall der Sozialstationen bereits Routineerfahrungen aus einer größeren Zahl von Quellen oder einer längeren Erprobungszeit vorlägen. Mit keinem Wort werden die vielen negativen Erfahrungen mit Ambulatorien und Eigenrichtungen der Krankenkassen hierzulande und aus dem Ausland erwähnt. Trotz der Absichten, Doppelforschungen und Parallelstudien zu vermeiden, wurde weder das reichliche Erfahrungsmaterial aus dem Ausland ausgewertet, noch die hier unternommenen Modellversuche – zum größten Teil von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzteschaft initiiert – beachtet.

Die angedeuteten Strukturforschungsprojekte für das Gesundheitswesen klingen meistens so anspruchsvoll und grundsätzlich, daß man von einem viel längeren als dem beabsichtigten Zeithorizont ausgehen müßte. Sie zeugen auch von einem Reformeifer, der beispielsweise zu Beginn der sozialliberalen Koalition noch anklang. Dieser kam aber in den übrigen gesellschaftlichen Bereichen entweder sehr schnell zum Erliegen, oder die Reformeiferer mußten wegen der Realitätsferne oder des zu großen Kostenaufwandes die Projekte schnell wieder begraben.

Alte Kritik – neu verpackt

Man kann sich nicht des Eindruckes erwehren, daß das gesamte „450-Millionen-DM-Ding für die Gesundheit“ nur mit vielen Pauschalurteilen und längst bekannter Kritik aus dem Regierungs- und Gewerkschaftslager, mit dem man unserem Gesundheitswesen begegnet, gerechtfertigt

werden konnte. Das gegliederte, bewährte System der Gesundheitssicherung der Bundesrepublik Deutschland, die gesetzliche Krankenversicherung und dessen Kernstück, das Kassenarztrecht, werden grundsätzlich in Frage gestellt oder als total überholt abqualifiziert. Mit großem Aufwand wird dem bundesdeutschen Gesundheitswesen weitgehende Unwirtschaftlichkeit, Intransparenz, Planungslosigkeit und – bei Berücksichtigung internationaler Vergleichsparameter – mangelhafte Qualität und Ergiebigkeit angelastet.

Immer wieder ist der Vorwurf zu lesen, es kläfften empirische Lücken, es gäbe gravierende Systemmängel. Und um dem Ganzen noch mehr Nachdruck zu verleihen, wird konstatiert: „Der chancengleiche Zugang zu allen Angeboten des Gesundheitswesens, d. h. eine entsprechende Verteilung, Nutzung und Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen, ist ein grundlegendes Ziel der Gesundheitspolitik (S. 41)“. Hier hat offensichtlich bereits wieder einmal das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) die Feder geführt, indem es in einer enthüllenden, verwissenschaftlichten Grundsatzarbeit unter dem Titel „Die Ungleichheit der Gesundheitschancen im Sozialstaat – Überlegungen zur Schichtenspezifität von Gesundheitsrisiken und Versorgungsdisparitäten im Gesundheitswesen“ (WSI-Mitteilungen, Heft 5/1978, S. 252 ff) der Öffentlichkeit suggeriert, als ob die Zwei-Klassen-Medizin und ungleiche Chancen in der Durchsetzung der Leistungsansprüche seit Bismarcks Zeiten gang und gäbe wären.

Die Notwendigkeit, angeblich bestehende „Versorgungslücken und Funktionsmängel“ sowie strukturelle Engpässe im Gesundheitswesen wissenschaftlich zu analysieren und Reformrezepte zu unterbreiten, wird außerdem begründet mit

– dem starken Kostenanstieg und der damit verbundenen volkswirtschaftlichen Belastung;

– der unzulänglichen Zusammenarbeit und unzweckmäßigen Aufgabenverteilung in verschiedenen Bereichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit der Folge „vermeidbarer“ Doppelleistungen und -Investitionen;

– organisatorischen Mängeln und unrationellen Betriebsabläufen in den Versorgungseinrichtungen. Als ursächlich hierfür werden unwirksame Anreize, Steuerungs- und Kontrollmechanismen angeführt.

Die angebliche unzureichende Umsetzung des Fortschrittes der Medizin und Technik in der Praxis werden ebenso kritisiert wie ein „nicht bedarfsgerechtes Leistungsangebot“. Zwar wird versichert, praxisbezogen forschen zu lassen und die Einrichtungen der sozialen Sicherung ihrer wirksamen Funktionserfüllung unterstützen zu wollen, doch wird trotz gewaltiger Wortgebilde deutlich ausgesprochen, wohin künftig die gesundheitspolitische Reise mit Hilfe der „Zweckforschung“ gehen soll:

Standardisierung wird kommen

Viele Projekte deuten darauf hin, daß gesundheitspolitische Programmpunkte der SPD (etwa das im vergangenen Herbst vom SPD-Parteitag in Hamburg verabschiedeten gesundheitspolitischen Leitsätze), des DGB, des WSI, der IG Metall, der ÖTV oder der Ortskrankenkassen Stück für Stück Wirklichkeit werden zu lassen. Darauf deutet auch hin, daß in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens Standards für Leistungen, Planungsmethoden, Richtwerte, Planungsräume und Bedarfsplanungen entwickelt und vorgeschrieben werden sollen.

An die gewerkschaftlichen Forderungen zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen angelehnt sind Untersuchungen, die darauf abzielen, die Instrumente zur Einflußnahme auf Struktur, Qualität, Menge und Preis der „Gesundheitsleistungen“ durch Behörden und Selbstverwaltungsgremien (freilich nur Versichertenvertreter und politische Mandatsträger) zu „verbessern“ und zu „verstärken“. Ebenfalls sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Programmen entlehnt ist die Absicht, künftig eine bereichsübergreifende, regionalisierte behördlich gesteuerte Gesundheitsplanung rundum zu realisieren.

Mit großem Aufwand wird betont, in Zukunft müsse mehr Kooperation, Integration sämtlicher Gesundheitseinrichtungen und deren Teilbereiche eine zentrale Rolle bei struk-

Bei hypotonen Beschwerden:

Physikalische Therapie allein genügt nicht*



* Hammer, O.: Rehabilitation des Hypotonikers,
Therapiewoche 27, 6304-6309 (1977)

Amphodyn[®]



retard

Indikationen: Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie (insbes. bei Jugendlichen), bei allen symptomatischen Formen der hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit.

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält Ethylefrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescinl.

Kontraindikationen: Phäochromozytom, Thyreotoxikose.

Anwendung und Dosierung: Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite.

Packungsgrößen und Preise: 20 Retardkapseln DM 10,68 · 50 Retardkapseln DM 24,80 · 100 Retardkapseln DM 42,45 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:
Venös
und arteriell



Zum Thema: Arzt und Unfall

Gerade in jungen und mittleren Jahren ist der Unfall die häufigste Ursache von Tod und Invalidität. Vor seinen materiellen Folgen schützt besonders umfassend die kumulative Unfallvorsorge der «Winterthur». Sie bedeutet wesentlich erhöhte Leistungen bei mittlerer und schwerer Invalidität. Also dann, wenn finanzielle Hilfe am wichtigsten ist.

Zahlreichen Unfallgefahren sind auch die Ehefrau und die Kinder des Arztes ausgesetzt. Ihnen bietet die «Winterthur» ebenfalls günstigen Unfallversicherungsschutz. In der Kinder-Unfallversicherung läuft beim Tode des Versicherungsnehmers die Versicherung für die Kinder ohne Beitragszahlung weiter.

Der Beitrag ist gering und außerdem von der Steuer abzusetzen. Ein Grund mehr, sich ausführlich zu informieren. Auch über das übrige Versicherungsprogramm der «Winterthur», das besonders auf die Bedürfnisse des Arztes abgestellt ist und umfassenden Schutz aus einer Hand bietet.

Bitte ausschneiden und einsenden an:

winterthur
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34/38, 8 München 40
Telefon (089) 3836-1

Ich wünsche unverbindliche
Auskunft über:

- kumulative Unfallvorsorge
- andere Versicherungsparten
- Ich bitte um Anlage Ihres
Versicherungsorders für Ärzte

BA

Adresse:

tureller Gestaltung des gesamten Systems spielen. Leider wird in vielen Passagen nicht klar umrissen, was konkret diese leerformelhaften Postulate bezwecken sollen. An einer Stelle ist allerdings ein alter Hut neu angepriesen worden: „Direkte Leistungsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere in Eigeneinrichtungen“, sollen mit Hilfe der Wissenschaft offenbar zu neuem Leben erweckt werden. Als gäbe es nicht genug kostennegatives Erfahrungsmaterial über solche kasseneigene Ambulatorien im In- und Ausland ...!

Der Erörterung alternativer Finanzierungsmodelle (z. B. über Beiträge, Steuern, Selbstbeteiligung oder Wahltarife) mutet zwar wissenschaftlich offen nach allen Richtungen an, läßt aber den Verdacht aufkommen, daß doch die Egalisierung und Staatsfinanzierung anstelle der bisher versicherungsbezogenen Beitragsfinanzierung Platz greifen sollen, sofern man nur eine Spur besserer Kosten-Nutzen-Relation oder mehr Machtfülle spekulativ daraus ableiten könnte.

Krankenhausforschung als Zweckforschung?

So nebulös die Strukturforschungsprojekte im Bereich der Krankenversicherung und des Kassenarztes auch klingen, so konkret sind sie bereits im Bereich des Krankenhauswesens formuliert worden. Wie weit diese bereits in Angriff genommen worden sind (was im Regierungsbericht aber mit keinem Wort erwähnt worden ist), hat unlängst der für das Krankenhauswesen zuständige Referent des Bundesarbeitsministeriums, Dr. Hartmut Haines, im Heft 5/1978 des offiziellen „Bundesarbeitsblattes“ dargestellt. Bereits zehn konkrete Projekte der Krankenhausforschung sind inhaltlich umrissen worden und an Projektnehmer (auf deren Unvoreingenommenheit und Objektivität man nicht immer schließen kann) vergeben worden. Danach werden durch Bundesmittel in Höhe von 4 bis 4,5 Millionen DM Projekte gefördert, wie beispielsweise „Auswirkungen der Einführung von Festgehältern für leitende Krankenhausärzte“ oder das zweigeteilte, im ersten Abschnitt bereits fertiggestellte Projekt des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf, über „Untersuchungen

über die personellen und finanziellen Entlastungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung durch differenzierte Krankenhausaktivitäten nach voll- und semistationärer Behandlung“ (also hier wiederum im Klartext: beabsichtigte Öffnung der Krankenhäuser für die semistationäre, ambulatorische Versorgung als Institution). Wenn nach diesem Muster die meisten Forschungsprojekte der Bundesregierung konzipiert sein sollten (und man muß dies ernstlich befürchten), dann wäre tatsächlich der Vorwurf von Dr. med. dent. Hanna Neumeister (MdB), CDU/CSU-Fraktion, begründet, die die unübersehbare „Zweckforschung“ als Kardinalfehler des regierungsamtlichen Programmes gebrandmarkt hat. Letztendlich werde trotz verbaler Beteuerungen der Bundesregierung, man wolle mehr Humanität im Gesundheitswesen und deshalb die Individualmedizin stärken, die Kollektivmedizin langfristig begünstigt.

Anzumerken ist noch dieses: Die Aufarbeitung und Durchführung vieler Projekte ist ureigenste Aufgabe der Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Kassenärzteschaft. Die Bundesregierung ist deshalb zu fragen, ob die wissenschaftlichen Einrichtungen beider Selbstverwaltungspartner (beispielsweise das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen – WIdO – und das Zentralinstitut der Kassenärzteschaft – ZI –), aber auch andere durch profunde Erfahrungen und Kenntnisse ausgewiesene Institutionen als originäre Forschungsträger mit Teilbereichen der Strukturforschung in der Krankenversicherung betraut werden sollten. Im übrigen hat das Kölner Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bereits eine Reihe einschlägiger Gutachten vorgelegt, die das jetzt veröffentlichte Forschungsförderungsprogramm der Bundesregierung völlig ignoriert, weil sie offenbar weiter zielgerichtete und teuer zu bezahlende Doppel- und Zweckforschung betreiben will. Von ideologiefreien, harten wissenschaftlichen Kriterien genügenden Forschungsansätzen ist das mit großen Vorschublorbeeren bedachte „Gesundheitsforschungsprogramm mit politischem Hintergrund“ jedenfalls noch weit entfernt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. rer. pol. Harald Clade, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41

Aufbau einer Nachbarschaftshilfe

Die zunehmenden sozialen Aufgaben im Lande verlangen mehr freiwillige Helfer (1). Nicht nur die Zunahme der Bevölkerung über 65 Jahre in der nächsten Zeit mit einer naturgemäßen Zunahme von Pflegefällen, auch die Verbesserung der Arbeit für die Behinderten, die psychisch Gestörten, die Alkoholiker und Süchtigen kann nicht mehr allein von hauptamtlich angestellten und vom „Staat“ bezahlten Kräften geleistet werden. Dazu ist der Dienst am Nächsten eine humanitäre und christliche Aufgabe, die jeden Menschen zur Mithilfe auffordert.

Man sollte daher überall im Lande daran gehen, Nachbarschaftshilfen mit freiwilligen Mithelfern zu gründen und aufzubauen. Dazu eignen sich eine oder mehrere Landgemeinden, ein Marktflecken oder eine Kleinstadt;

Großstädte erfordern Stadtviertel in der Größenordnung von 20 000 bis 30 000 Einwohnern. Zwar ist die Nachbarschaftshilfe für Notfälle auf allen Gebieten des menschlichen Lebens und für alle Altersklassen da, die Hauptarbeit wird aber für den älteren Menschen sein.

Der Aufbau wird durch eine oder mehrere tatkräftige Frauen oder Männer erfolgen können und mit einer Gründungsversammlung beginnen. Es wird zweckmäßig sein, sich an die Kirchengemeinden der beiden Konfessionen, schon bestehende Hilfsorganisationen, wie beispielsweise das Rote Kreuz oder den VdK, anzulehnen. Aus diesen Kreisen wird man am ehesten Helfer gewinnen können. Ein Zeitungsauftritt in der örtlichen Presse, Handzettel zur Verteilung in Kirchen, Ge-

schäften und Apotheken werden mit Sicherheit eine große Anzahl von freiwilligen und oft schon gleich für die Sache begeisterten Helfern finden.

Je nach Lage und dem Willen der freiwilligen Helfer wird man daran gehen, die Nachbarschaftshilfe als Verein eintragen zu lassen oder als frei bestehenden Verband zu belassen. Beides hat Vor- und Nachteile. Bei Vereinsgründung braucht man Vorsitzende, Schriftführer, Beiträge, hat aber auch die Möglichkeit, staatliche oder gemeindliche Spenden zu empfangen bzw. staatliche Unterstützung für bestimmte Einrichtungen, z. B. „Essen auf Rädern“, in Anspruch nehmen zu können.

In vielen Fällen wollen aber die Helfer keine Vereinsgründung, keine „Vereinsmeierei“, sie wollen helfen in der Form, daß „die linke Hand nicht weiß, was die rechte tut“. Aber auch in dieser Form braucht man einen Leiter oder besser mehrere Gleichgestellte aus verschiedenen Gruppen, etwa den beiden Konfes-

koetengünetig. beseitigt entzündungschmerz koetengünetig. beseitigt entzündungschmerz

aktuell
von Siegfried

Volltreffer gegen Entzündungs- Schmerz



slonen, einer Hilfsorganisation, einen jüngeren und einen älteren. Auch hier wird man einen Kassenverwalter brauchen, denn ohne Geld geht es auch hier nicht. Es kommen aber erfahrungsgemäß immer wieder Spenden, dann Geschenke von Versorgten, freiwillige Zuschüsse von Pfarrgemeinden usw.

Durch eine Befragung der Helferinnen und Helfer wird man erfahren können, für welche Hilfstätigkeit sie sich interessieren und wieviel Zeit sie darauf verwenden können.

Wichtig ist hauptsächlich am Anfang, aber auch später immer wieder die Schulung der Helfer durch Filme und Vorträge, aber auch durch praktische Übungen in Kursen über häusliche Krankenpflege usw., um Bescheid zu wissen, um helfen zu können. Guter Wille allein hilft nicht weiter, es müssen auch Kenntnisse dazu kommen.

Besonders wichtig ist die von Zeit zu Zeit notwendige Abhaltung von Altenhilfekursen, da sie die Fähigkeiten vermitteln, den alten Menschen wirklich zu helfen und Verständnis für ihre geistige und körperliche Situation zu geben. Sie finden an acht Nachmittagen statt, wer den Kurs ganz absolviert hat, erhält ein Zertifikat. Kräfte zur Abhaltung der Altenhilfekurse gibt es in den Zentralen der großen Wohlfahrtsverbände, örtliche Ärzte, Pfarrer und Krankenschwestern kann man dazu einsetzen. Gerade aus dem Kreise der Teilnehmer der Altenhilfekurse wird man wieder neue Helfer finden. Daher wird man für die Werbung in Presse, örtlichen Kirchengemeinden und Vereinen Zeit und Geld aufwenden müssen.

Im Kursprogramm der Altenhilfekurse sind nicht nur theoretische Fächer, wie Altenpsychologie, Krankheitslehre beim alten Menschen, Glaubens- und Lebensfragen des alten Menschen, sondern hier wird vor allem praktisch gearbeitet: Es wird Fuß- und Krankenpflege geübt, es werden Anleitungen zum Werken und zur Beschäftigung gegeben, aber auch zur Gymnastik mit alten Leuten. Wichtig ist auch, die Diät für den alten Menschen mit Anleitung zum Kochen durchzubesprechen. Die Nachmittagskurse können immer wieder durch kleine Kaffeepausen unterbrochen werden; dabei kann man ab und zu Lieder einüben,

die man gut für Altnachmittage brauchen kann. Dazu kann man das Liederbuch des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (2) benützen, das extra in Großschrift gedruckt ist und sich für alte Menschen besonders gut eignet. Für häusliche Krankenpflege kann als Anleitung für Lehrer und Schüler das umfassende Heft „Hauskrankenpflege“ besonders empfohlen werden (3).

Die Helferinnen und Helfer der Nachbarschaftsgruppe müssen sich frei entscheiden, wo sie mithelfen wollen. Hauptgebiete des Einsatzes sind: ambulante Kranken- und Altenpflege, zeitweise Betreuung chronisch Kranker und Gebrechlicher, Besuchsdienst bei alleinstehenden Kranken und Alten im Krankenhaus oder zuhause, Versorgung mit warmem Essen („Essen auf Rädern“) bei Bettlägerigen, Gelähmten, Alleinstehenden. Zur Versorgung mit dem Essen kommt noch viel mehr der Besuch, das kurze Gespräch beim Essenbringen. Auch Beratung in Renten- und Versorgungsangelegenheiten ist wichtig. Eine große Hilfe kann für den alten Menschen der „Wäschewaschdienst“, der „Vorlese- und Schreibdienst“ sein. Vielerorts hat man alte Menschen, die sich etwa im Altenclub kennenlernten, aufgefordert, Telefonketten zu bilden. Sie rufen sich alle paar Tage an und fragen, wie es geht und unterhalten sich miteinander. So kommen sie sich nicht einsam vor.

Neuerdings hat das Bayerische Rote Kreuz für ältere und gebrechliche Personen, die kein Telefon haben, ein Schild verteilt, das in Notfällen ans Fenster gestellt werden kann und in großen Lettern die Aufschrift „Hilfe bitte“ trägt.

Zu den Gebieten, die außerhalb der Altenbetreuung liegen, kommt die Hilfe für die Schwangere, die alleinstehende Mutter, Babysitter-Dienst, Betreuung von Kindern und Familie, wenn die Mutter plötzlich krank wird oder ins Krankenhaus muß, dann die Betreuung und Beratung von psychisch Kranken, Streifälligen, Süchtigen.

In vielen Fällen wird der freiwillige Helfer überfordert, aber er muß wissen, wo Spezialkräfte zur Beratung und Hilfeleistung zur Verfügung stehen. Dazu ist notwendig, daß er Adressen kennt, wohin er den Hilfe-

suchenden schicken kann. Deshalb sollte jedes Landratsamt, jede kleine bis mittelgroße Stadt, jeder Stadtteil einer Großstadt ein Blatt oder ein Heft zusammenstellen, in dem alle Hilfsmöglichkeiten für den Kranken, elten und hilfesuchenden Menschen aufgeführt sind.

Der Regierungsbezirk oder die Großstadt sollten dann in einer Broschüre eine Zusammenstellung aller sozialen Dienste herausbringen unter Aufführung der nur an zentralgelegenen Orten möglichen ärztlichen, psychologischen und sozialen Spezialberatungsstellen und Spezialabteilungen. Wohi der erste Versuch dazu in der Bundesrepublik Deutschland ist die von der Nachbarschaftshilfe Solln herausgegebene Broschüre „Wer hilft in München“ (4).

Eine solche Übersicht hilft nicht nur dem Helfer in der Nachbarschaftshilfe und dem Sozialarbeiter, sondern auch dem Arzt, dem Richter, dem Psychologen. Sie gibt aber auch dem einzelnen Bürger Auskunft und Hilfe und damit die Sicherheit und Gewißheit, nicht allein zu stehen. Er hat feste Anhaltspunkte, wohin er sich in Notsituationen sofort wenden kann.

Die Übersicht der sozialen Hilfen gehört daher in jeden Haushalt und jede Familie. Man wird eine solche Broschüre durch Werbung und Annoncen für örtliche Geschäfte, Banken usw. finanzieren können.

Zweckmäßig ist es, eine Reihe von Nachbarschaftshilfen zu einem größeren Nachbarschaftshilfekreis zusammenzuschließen, vor allem, um gemeinsam größere Veranstaltungen, Schulungen und Vorträge durchzuführen. Aus solchen Nachbarschaftshilfekreisen mit mehreren Nachbarschaftshilfen könnte dann auch einmal eine Sozialstation „wachsen“. Dieses „Wachsen“ ist sicher gesünder, als Sozialstationen „einzurichten“ und dann erst die freiwilligen Helfer zu sammeln. Nachbarschaftshilfekreise können in Landratsämtern oder in Großstadtvierteln etwa einen Kreis von 50 000 bis 80 000 Menschen betreuen.

Andererseits sollen auch nicht Sozialstationen in Gebiete mit schon bestehenden freiwilligen Helferkreisen gesetzt werden. Mit Recht sagt Staatsminister Dr. Pirkel im Vorwort

zu dem „Handbuch für Soziale Dienste“, Teil 2 (5): „Es gilt aber gerade hier, wo so viel persönliches Engagement einzelner Bürger, so viel organisatorische Hilfe durch die Wohlfahrtsverbände und die Kirchen eingebracht worden ist, neue Wege nur in engster Zusammenarbeit mit den bereits bestehenden Einrichtungen zu beschreiten.“

Schrifttum

1. GRASSL, Erich: Mehr freiwillige Helfer im Sozialen Dienst. Bayer. Ärzteblatt, 9/1978.
2. Wir singen; hsgg. vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband e. V., Frankfurt/Main, Verlag Georg Zwickelpflug, Regensburg, Ocolmitenstraße 1.
3. Heuskrankenpflege, Anleitung zu Hilfen für Gruppenarbeit und Selbststudium; hsgg. vom Deutschen Caritasverband e. V., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974.
4. Wer hilft in München; hsgg. von der Nebenschleifenhilfe Solln, von Erich GRASSL, Reiners Verlag, München, 1976.
5. Soziale Dienste in Bayern, Teil 2: Ambulante Krankenpflege. Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1977.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. et phil. Erich Grassl, Boschetsrieder Straße 75/1, 8000 München 70

Bayerisches Ärzteblatt 10/78

Wozu Ärztemuster?

Nicht nur der Arzt in Klinik und Praxis, der unter Ausschaltung aller Zufälligkeiten ein neues Arzneimittel mit einem bereits bewährten vergleicht, braucht Ärztemuster. Auch in der täglichen Praxis kann auf einen angemessenen Vorrat an Mustern häufig verschriebener Arzneimittel nicht verzichtet werden. Dadurch, daß der Patient seine Arzneimittel nur selten in die Praxis mitbringt, weiß der niedergelassene Arzt oft nicht, wie die einzelnen Darreichungsformen aussehen, wie sie verpackt sind und vor allem, was in der Packungsbeilage steht (denn nur wenige Unternehmen informieren den Arzt über den Inhalt der Packungsbeilage). Gerade ältere Menschen, die mehrere Arzneimittel

einnehmen müssen, erinnern sich oft nur an Farbe oder Aussehen der Kapseln, Dragées oder Tabletten. Häufig muß der Arzt ihnen den Einnahmemodus anhand des Aussehens der Darreichungsform erklären, um die Einnahmezuverlässlichkeit zu gewährleisten. Schließlich braucht der Arzt Muster, um eine Behandlung rasch einzuleiten oder weil für den alleinstehenden Patienten die Arznei erst am nächsten Tage aus der Apotheke geholt werden kann. Ärztemuster sind jedoch nicht dazu da, um die Verordnung scheinbar wirtschaftlicher zu gestalten, denn auch das Ärztemuster muß über den Preis des Arzneimittels von der Versichertengemeinschaft bezahlt werden.

1119

koetengünetig. beseitigt entzündungsechmerz koetengünetig. beseitigt entzündungsbohme

tage je eine gelbe, abends zwei blaue Filmtabletten nach dem Essen einnehmen. DOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN® 300 überzugehen. Besonders Hinweis: DOLO-PROLIXAN® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen. Dies gilt in verhältnismäßig hohem Maße im Zusammenhang mit Alkohol, beruhigenden Präparaten sowie Psychopharmaka (z. B. Phentolamin, MAO-Hemmer). Bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie ist eine häufigere Bestimmung des Quickwertes bei Anbehandlung mit DOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (sich kardial bedingten) Insuffizienzen sollten die Patienten sorgfältig beobachtet werden. Packungen und Preise: 24 Filmtabletten DM 13,75 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 25,85 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 55,99 m. MwSt., Anstaltspackungen, Verschreibungspflichtig.

aktuell
von Siegfried

Volltreffer gegen Entzündungs-Schmerz

Corticoidfreies Antiphlogistikum der modernen Generation
Intensiv entzündungshemmend – bewährt auch in der Langzeittherapie

Hervorragend magenverträglich, keine Schädigung der Leber, der Nieren und des hämatopoetischen Systems.

Azapropazon

+ stark und rasch wirkendes Analgetikum · kein Aminophenazon
Dextropropoxyphen

+ löst muskuläre Verspannungen und fördert Mobilität
Phenprobamat

Dolo-Prolixan

gezielt gegen den Krankheits-Rhythmus



Zusammensetzung: 1 gelbe Filmtablette (für den Tag) enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat (Prolixan®) und 60 mg Dextropropoxyphen, 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Dihydrat und 200 mg Phenprobamat (Gamaquil®). **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extramuskulären Bereichen, mit Muskelspannungen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humerocapularis, Lumbalgie und ischämische sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondylrosen und Spondylarthrosen; entzündlichen Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute Ulcera ventriculi et duodeni, Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte DOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich. **Dosierung:** Morgens und mit-

aktuell eue der siegfried-forechung. aktuell eue der siegfried-forechung. aktuell eue der siegfried-forechung.

HYPERURIKÄMIE

ALLOPURINOL 300

von RHEINGOLD®

Preiswerteste
Präparate!

SIEHE
transparenz
telegramm 2/77

OP mit 30 Tabl.

13.50

OP mit 60 Tabl.

19.98

Indikationen: Gicht, Harnsäuresteine, Hyperurikämie.

Dosierung: tagl. 100–900 mg mit reichlich Flüssigkeit zu den Mahlzeiten.

Kontraindikation: Schwangerschaft und Stillzeit.

Nebenwirkungen: vereinzelt Magenunverträglichkeiten, Fieber, Exantheme, Juckreiz, Eosinophilie, Leukopenie.

Hinweis: bei gleichzeitiger Gabe von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin muß deren Dosis reduziert werden. Für Kleinkinder Allopurinol nur bei sekundärer Hyperurikämie.

DIABETES MELLITUS

TOLBUTAMID 1,0

von RHEINGOLD®

Preiswerteste
Präparate!

SIEHE
transparenz
telegramm 2/77

OP mit 30 Tabl.

11.52

OP mit 120 Tabl.

35.60

Indikationen: Zur oralen Behandlung des Diabetes mellitus („Altersdiabetes“).

Dosierung: Grundsätzlich individuell!
In den ersten Tagen 2mal täglich 1,0 g, anschließend täglich 1,0 g, evtl. zusätzlich 0,5 g, Stoffwechsel-Kontrolle!

Kontraindikation: Insulinmangeldiabetes, schwere Funktionsstörungen der Nieren; Gravidität; Pracom und Coma diabeticum; Azidose und Ketose.



RHEINGOLD-ARZNEIMITTEL GMBH
+ Co KOMMANDITGESELLSCHAFT
4040 NEUSS AM RHEIN

Der Ärztemustervorrat in einer Praxis eignet sich gut dazu, dem Arzt seine Verschreibungsgewohnheiten bewußt zu machen. Beschränkt er sich auf eine vernünftige, gut überschaubare Zahl bewährter Arzneimittel, so ist auch sein Mustervorrat leicht unterzubringen, gut zu übersehen und auf dem letzten Stand zu halten. Bei der regelmäßigen Durchsicht können kaum noch verschriebene Präparate ausgesondert und es kann überlegt werden, wo noch arzneitherapeutische Wünsche offen sind. Die regelmäßige Durchsicht ist auch aus einem anderen Grunde notwendig: Der Arzt übernimmt mit der Abgabe eines Ärztemusters an den Patienten alle Pflichten, die vom Apotheker bei der Abgabe von Arzneimitteln an seine Kunden gefordert werden. Das heißt, daß der Arzt seine Ärztemuster sachgerecht lagern muß, z. B., wenn dies vorgeschrieben, im Kühlschrank. Er darf auch keine Präparate mit abgelaufenem Verfallsdatum oder solche, die über fünf Jahre alt sind, abgeben. Gleiches gilt für Arzneimittel, die bei äußerer Inspektion Mängel aufweisen, z. B. verfärbt sind. Auch diese Notwendigkeit spricht dafür, den Mustervorrat begrenzt und überschaubar zu halten.

Der zunehmende Mißbrauch von Arzneimitteln macht deutlich, wie notwendig die Kontrollfunktion des Arztes und des Apothekers bei der Abgabe von Arzneimitteln an den Verbraucher ist. Wird ein Arzneimittel, wie das Ärztemuster, nicht über die Apotheke bezogen, so muß sichergestellt werden, daß insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht in unbefugte Hände kommen. Fälle, in denen Ärztemuster durch verantwortungslose Mitarbeiter pharmazeutischer Unternehmen veruntreut wurden, sind noch in frischer Erinnerung. Wird ein Ärztemuster schriftlich beim Hersteller angefordert, so ist es durch die Kontrolle im Unternehmen und den Postversand an den Arzt dem Zugriff Dritter weitgehend entzogen. Auch bei der direkten Abgabe von Ärztemustern durch Pharmareferenten ist eine Kontrolle notwendig. Die Bundesärztekammer hat mit dem Herstellerverband vereinbart, daß die schriftliche Anforderung durch den Arzt vereinheitlicht und auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt wird. Jedoch muß dem Arzt ersichtlich sein, welche Menge welches Arzneimittels er enforderte.

Das Arzneimittelgesetz schließt zwar die Unterzeichnung der Anforderung durch die Arzthelferin nicht aus, jedoch stellt die Abgabe an nichtärztliche Mitarbeiter eine Ordnungswidrigkeit (Geldbuße bis DM 50 000) dar.

Mit dieser bei Beschränkung auf einen vernünftigen Mustervorrat geringen Mühe unterbinden wir den Mißbrauch von Ärztemustern durch Nichtärzte. Durch Erfüllung dieser im neuen Arzneimittelgesetz vorgesehenen, eigentlich selbstverständlichen Auflage, stellen wir sicher, daß der Arzt nach wie vor über Muster der von ihm verschriebenen Arzneimittel verfügt, um in Notfällen sofort zu helfen und den Patienten, insbesondere den älteren Kranken, besser über die Arzneimittelaufnahme beraten zu können.

Dr. med. Karl H. Kimbel
Arzneimittelkommission der
Deutschen Ärzteschaft

Schutzhelmpflicht für Moped- und Mofafahrer eingeführt

Ein Anliegen der bayerischen Ärzteschaft durchgeführt

Eine Verordnung zum erweiterten Schutz der Motorradfahrer im Straßenverkehr, auch zum Schutz vor ihrer eigenen Sorglosigkeit, ist Ende Juli 1978 in Kraft getreten. Die im August 1976 Gesetz gewordene Schutzhelmpflicht, die sich bisher auf Maschinen über 40 Stundenkilometer Leistung beschränkte, ist auf alle Krafträder ausgedehnt worden, die schneller als 25 Stundenkilometer fahren.

Damit entsprach der Verordnungsgeber auch dem Appell des 29. Bayerischen Ärztetages 1976, der in Form einer Entschließung von Dr. Dr. Erich Grassl, München, eingebracht und vom Ärztetag angenommen worden ist.

Da die bisherigen Quizspiel-Anzeigen großen Anklang gefunden haben, möchten wir

Sie nun zu einer weiteren Quiz-Runde einladen. Viel Spaß und gute Unterhaltung!

Rock und Rock sind zwei Paar Stiefel.



Unsere Quiz-Frage:

Im Mittelalter hatte die Bezeichnung »Kurzrockchirurg« eine bestimmte Bedeutung. Welche? Kreuzen Sie bitte die richtige Antwort im Coupon an.

Quellenhinweis:
»Die Jünger des Hippokrates«
Kurt Pollak, Econ-Verlag, Düsseldorf – Wien

Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer
und des Marburger Bundes
Generaldirektion
Leopoldstraße 24
8000 München 40



Ihr Quiz-Gewinn:

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Band mit 36 Kupferstichen Facicle »Chirurgie« aus der Enzyklopädie von Diderot et D'Alembert, Paris 1756. Einsendeschluß ist der 15. 11. 1978 und der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach verstand man
unter »Kurzrockchirurg«
 niedriger Chirurg, speziell für
Wundbehandlungen und
Knochenbrüche
 weitläufiges Schmah-
wort für Geburtshelfer
und Frauenärzte
 weibliches Hilfspersonal
in der Krankenpflege

Adresse _____

KX4 C

Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 1977/78

Der nachstehend abgedruckte Bericht über die Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer wurde den Delegierten als Beratungsunterlage zugesandt

Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer

Präsident:

Professor Dr. Hans J. Sewering,
Dachau

Vizepräsident:

Dr. Hermann Braun, Nittendorf

Vorstandsmitglieder:

Professor Dr. Dr. Dieter Adam, Baierbrunn

Dr. Elisabeth Alletag-Held, Starnberg

Dr. Ernst Bauer, Nürnberg

Dr. Fritz Brendler, Münchberg

Dr. Bernhard Brückl, Würzburg

Dr. Klaus Dehler, Nürnberg

Dr. Hans-Joachim Friedrich, Coburg

Akademischer Rat Dr. Georg Fuchs,
Würzburg

Dr. Alfred Gahbauer, Stadtbergen

Professor Dr. Waldemar Hecker,
Gräfelfing

Dr. Klaus Hellmann, Augsburg

Dr. Rüdiger Hohenbleicher, Augsburg

Dr. Hartwig Holzgartner, München

Dr. Fritz Keller, Aschaffenburg

Dr. Friedrich Kolb, Nürnberg

Dr. Hans Joachim Lössl, Landshut

Dr. Ernst Theodor Mayer, München

Dr. Anton Platiel, Wolfratshausen

Dr. Adolf Rixner, Plattling

Dr. Otto Schloßer, Rosenheim

Dr. Erwin Stetter, Amberg

Dr. Gerhard Friedrich Wündisch,
München

Der Vorstand hielt im Berichtsjahr vier Sitzungen ab.

In der ersten Sitzung nach dem 30. Bayerischen Ärztetag in München, die im Anschluß an die Beratungen des Ärztetages am 9. Oktober 1977

stattfand, wurde eine große Zahl vorbereiteter Anträge von Ärzten auf Ermächtigung zur Weiterbildung für verschiedene Gebiete, Teilgebiete und für die Vermittlung der Voraussetzungen für die Genehmigung von Zusatzbezeichnungen entschieden.

Ein weiterer wichtiger Gegenstand waren die Grundsätze für die Ausstellung von Bescheinigungen über die medizinische Fachkunde im Umgang mit radioaktiven Stoffen.

Der zentrale Widerspruchsausschuß der Kammer, der für Widersprüche gegen abgelehnte Anträge auf Anerkennung als Arzt eines Gebietes oder einer Teilgebietsbezeichnung eingerichtet worden ist, wurde personell ergänzt.

Einen breiten Raum nahm die Aussprache über den Entwurf eines Fragebogens zur Famulatur im Zusammenhang mit dem Dokumentationsbogen „Famulatur“ und die Frage der Handhabung des ersteren Fragebogens ein.

Ferner wurde eine Reihe anderer die Berufsausübung des Arztes berührende Angelegenheiten erörtert.

Die zweite Sitzung im Januar 1978 wurde mit einem ausführlichen Bericht des Präsidenten über aktuelle, den Arzt und seine berufliche Tätigkeit betreffende Probleme der Sozialpolitik eingeleitet.

Weiterhin wurde aufgrund der Presseberichte über von Ärzten unerkannte Fälle gewaltsamen Todes beschlossen, die Fortbildung der Ärzteschaft auch in diesem Bereich zu verstärken.

Die Entschließung des 30. Bayerischen Ärztetages, welche die Frühförderung und Betreuung behinderter und von Behinderung bedrohter Säuglinge und Kleinkinder zum Gegenstand hatte, wurde nach vorangegangenen Gesprächen mit den

Bayerischen Staatsministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie für Unterricht und Kultus ausführlich erörtert.

Als weiteres aktuelles Thema wurde das Problem der Kindsmißhandlungen, die Möglichkeit der Erfassung der Zahl solcher Fälle sowie die Frage der Dunkelziffer und in diesem Zusammenhang auch das Problem der ärztlichen Schweigepflicht erörtert.

Der Vorstand befaßte sich in dieser Sitzung ferner mit der ärztlichen Fortbildungspflicht gemäß § 368 n Abs. 5 RVO und die hierzu vorgesehene Änderung der Satzung der KVB.

Der Vorstand wurde über den Stand der Vorbereitungen der „Münchener Perinatal-Studie“ und die damit verbundenen Kosten unterrichtet sowie über die von der Kammer hierbei erbrachten eigenen Leistungen.

Einen breiteren Raum nahmen Erörterungen der Beratungsergebnisse der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung über geeignete, den Anforderungen des Kammergesetzes und der Berufsordnung entsprechenden Fortbildungsnachweise ein. Dabei wurden auch die Schwerpunktthemen für die ärztliche Fortbildung in den Ärztlichen Kreisverbänden für das Jahr 1979 festgelegt.

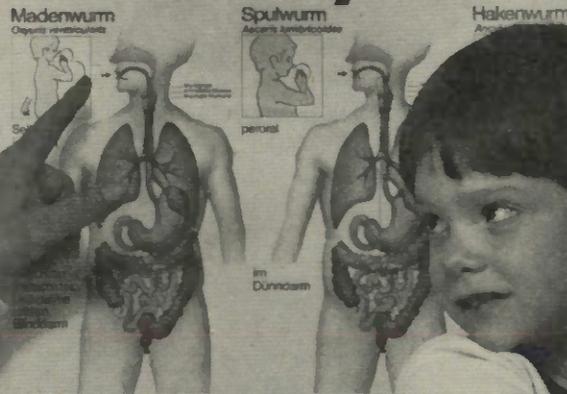
Der Vorstand stimmte der Fortführung der Zentralen Famulaturstelle bis zu einer entsprechenden Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zu.

Wie in jeder Sitzung des Vorstandes wurden zahlreiche Anträge im Bereich der Weiterbildung beraten und entschieden.

Ausführlich erörtert wurden das Problem der fachgebundenen internen Röntgendiagnostik und die Schwierigkeiten, die sich bei der Ableistung der einjährigen Weiterbildungszeit bei den dafür ermächtigten Ärzten ergeben.

Aus Anlaß der erforderlich gewordenen Anhebung der Prämien der ambulanten Tarife des Gruppenversicherungsvertrages mit der Vereinigten Krankenversicherung war das Liquidationsverhalten der Ärzte untereinander Gegenstand eingehender Diskussion mit dem Ergebnis,

Wurmzyklen.



Symptome: Juckreiz im After
Leibschmerzen, Übelkeit, Erbs, Verstopfung, allgemeine Unruhe

Diagnose: Ei-Nachweis durch Abstrich der Analfhaut (Helmix Diagnostikstreifen)
Ei-Nachweis bzw. Wurm-Nach im Stuhl

Therapie: **Helmex** – wirksam gegen alle Maden-, S-
Mit einer einzigen Dosis.

Indikationen:

Helmex® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Eindosis-Behandlung von Infestationen mit Enterobius (Oxyuris) vermicularis (Madenwurm), Ascaris lumbricoides (Spulwurm), Ancylostoma duodenale und Necator americanus (Hakenwürmer) bei Kindern und Erwachsenen. Nach zur Zeit noch begrenzten klinischen Erfahrungen scheint Helmex® auch sehr wirksam zu sein bei Infestationen mit Trichostrongylus colubriformis.

Zusammensetzung:

1 Kautablette bzw. 5 ml Suspension (≈ 1 Meßlöffel) enthalten 720 mg Pyrantelpamoat (entspr. 250 mg Pyrantelbase).

Dosierung:

Kinder und Erwachsene erhalten in einer Dosis – ein einziges Mal 1 Tablette bzw. 1 Meßlöffel pro 25 kg Körpergewicht.

Zur Beachtung:

Obwohl Helmex® nur wenig vom Darmtrakt resorbiert wird und Untersuchungen bei Tieren keine teratogenen Wirkungen gezeigt haben, ist Helmex® in der Schwangerschaft nur angezeigt, wenn dies aus ärztlicher Sicht notwendig ist. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Helmex® zu Erhöhungen der Serumtransaminasen kommen, worauf bei Patienten mit Leberschaden zu achten ist.

Verträglichkeit:

Helmex® ist gut verträglich. Nebenwirkungen, vor allem Erbrechen und Diarrhoe, sind selten. Gelegentlich kann es bei Erwachsenen zu Blähungen kommen. Zusätzliche Diät, Abführmittel oder Darmspülungen sind nicht notwendig.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 3 Kautabletten DM 11,77
Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,14

Neu zur Familienbehandlung:

Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,08

Klinikpackungen



Pfizer GmbH · Karlsruhe
Abt. Roerig Pharmazeutika

System Helmex®

Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

- **Schnell einsetzende Wirkung** – bereits nach 15 Minuten stellen Ascariden ihre Spontanbewegung ein
- **Hohe Erfolgsquoten** 95% bis 100% – Erfolgsquoten bei Maden-, Spul- und Hakenwürmern



Helmex® wirkt sofort und gründlich. In einer einzigen Dosis.

Das Helmex®-System
zur kostenlosen Anforderung:

1. Wurmzyklus-Wandtafel
2. Diagnostikstreifen
3. Mehrsprachige Patienten-Merkblätter

Senden Sie eine Postkarte an PFIZER GmbH,
Abt. Roerig Pharmazeutika, Postf. 4949,
7500 Karlsruhe 1.

daß die Ärzte Bayerns an der Gepflogenheit der kostenlosen Kollegenbehandlung sowie der in ihrem Unterhalt stehenden Angehörigen erinnert werden sollten. Dieser Beschluß wurde durch ein entsprechendes Rundschreiben an die Ärztlichen Kreisverbände weitergegeben.

Schließlich wurde aus gegebenem Anlaß die durch die Änderung des § 218 StGB dem Arzt zugestandene Gewissensentscheidung hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruches nachdrücklich hervorgehoben.

Die dritte Sitzung am 1. April 1978 wurde mit einer gemeinsamen Sitzung mit dem Vorstand der KVB eingeleitet.

Beide Vorstände wurden vom Präsidenten über die bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Auswirkungen des Krankenkostenrückgangsgesetzes eingehend unterrichtet sowie über die Beratungen in der Konzertierte Aktion, die auf der Grundlage des Jahreswirtschaftsberichtes der Bundesregierung mit der Situation der Rentenversicherung im Hintergrund geführt wurden.

Ein weiteres Beratungsthema war die in den nächsten Jahren auf die deutsche Ärzteschaft zukommende Ärzteschwemme und ihre Auswirkung auf die Stellen für nachgeordnete Ärzte; ferner die erforderliche praktische Ausbildung des approbierten Arztes vor der Niederlassung als praktischer Arzt bzw. für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt und Arzt eines Gebietes.

Des weiteren wurden in der Presse veröffentlichte Denkmodelle über die Wiedereinführung des Hausarztes nach ausländischem Vorbild diskutiert.

Schließlich wurde die Gründung der Bundesvereinigung deutscher Ärzte-

verbände e.V. und damit zusammenhängende berufspolitische Fragen erörtert.

Weitere Beratungsgegenstände waren die durch die Änderung des Kammergesetzes notwendig gewordenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung und der Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer.

Der Vorstand wurde über die wesentlichsten Bemerkungen des Bayerischen Obersten Rechnungshofes in seinem Bericht über die Rechnungsprüfung 1976 unterrichtet. Dabei wurde auch die darin angesprochene Frage der Beibehaltung der an Mitglieder tariffähiger ärztlicher Vereinigungen durch Beschluß der Ärzttage gewährte Ermäßigung des Kammerbeitrages diskutiert.

Als das zuständige Gremium befaßte sich der Vorstand auch in dieser Sitzung mit Angelegenheiten der Weiterbildung. Dabei wurden die fachgebundene interne Röntgendiagnostik und die sich daraus ergebenden Probleme erneut eingehend beraten.

Die letzte Sitzung des Vorstandes fand am 8. Juli 1978 statt. Neben der Erörterung aktueller gesundheitspolitischer Angelegenheiten waren die Beratung der durch das geänderte Kammergesetz für die Heilberufe erforderliche Änderung bzw. Ergänzung der Satzung der Kammer sowie die Mustersatzungen für die Ärztlichen Bezirksverbände und Ärztlichen Kreisverbände Themen dieser Sitzung.

Ferner wurde der Rechnungsabschluß 1977 und der Haushaltsvoranschlag 1979 eingehend beraten und gebilligt.

Des weiteren billigte der Vorstand die durch das neue Kammergesetz notwendig gewordene Änderung der

Meldeordnung für Ärzte bei den Ärztlichen Kreisverbänden.

Es wurden der Landeswahlleiter und der Landeswahlausschuß für die Delegiertenwahl Ende 1978 bestellt.

Der Vorstand setzte die Tagesordnung für den 31. Bayerischen Ärztetag fest sowie den Ablauf des Rahmenprogramms.

Weitere Beratungspunkte waren An gelegenheiten der Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht sowie der ärztlichen Weiterbildung mit einer großen Zahl von Anträgen.

Fragen der ärztlichen Fortbildung und das Ergebnis ihrer Erörterung in der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung waren ebenfalls Gegenstand der Beratungen durch den Kammervorstand.

Den von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Richtlinien für Ärzte bei ihrer Zusammenarbeit mit Presse, Rundfunk und Fernsehen wurde zugestimmt.

Der Vorstand billigte Beschlüsse, die der Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer zur Durchführung der Ausbildung von Arzthelferinnen gefaßt hatte.

Finanzausschuß

Für den im Mai 1977 verstorbenen Dr. Fluch wählte der 30. Bayerische Ärztetag Dr. Muth, Würzburg. Dr. Platiel wurde zum 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern gewählt und wurde in dieser Eigenschaft Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landes-

STAATL. FACHINGEN
Rein natürlich

Fachingen

■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt und verhütet u. o. Sodbrennen, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor. ■ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Gieß- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.

Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschaftl. Prospektmaterial unverbindlich durch:

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 61 21) 42 20 41 - 45

ärztekammer, so daß an seine Stelle Dr. Roth, Wolnzach, gewählt wurde. Das gleiche trifft für Dr. Hellmann zu, der zum 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben gewählt wurde; an seine Stelle wurde Dr. Thäle, Weißenhorn, gewählt.

Im Berichtszeitraum hielt der Finanzausschuß eine Sitzung am 1. Juli 1978 ab. Dem Ausschuß lagen der Rechnungsabschluß 1977 sowie der Voranschlag 1979 zur Beratung vor. Beide Entwürfe wurden sehr eingehend behandelt und anschließend mit der Empfehlung an den Vorstand gebilligt, hierzu seine Zustimmung zu erteilen und beide Vorlagen dem 31. Bayerischen Ärztetag zur Beschlußfassung vorzulegen.

Im Hinblick auf die im Jahre 1977 ausgeglichene Finanzlage kam der Ausschuß zu dem Ergebnis, daß auch für das Jahr 1979 eine Beitragserhöhung nicht notwendig ist. Dem Vorstand wurde daher vom Ausschuß empfohlen, dem 31. Bayerischen Ärztetag vorzuschlagen, den Gedanken einer neuen Beitragsordnung erst wieder aufzugreifen, wenn die Finanzlage der Kammer dies erfordert. Das entspricht auch der Anregung des Bayerischen Obersten Rechnungshofes in seinem jetzt vorliegenden Prüfungsbericht.

Ausschuß für Hochschulfragen

Gegenstand der Beratungen in der Sitzung am 16. Dezember 1977 war zunächst ein Rückblick auf die Diskussionen des 30. Bayerischen Ärztetages, bei denen die Themen „Entwurf eines neuen bayerischen Hochschulgesetzes und eines Hochschullehrergesetzes“ weiten Raum einnahmen. Dies zeigte sich auch darin, daß von insgesamt 27 Entschlüssen neun der Problematik gewidmet waren, die sich für die Ärzte aus diesen Entwürfen ergab. Der Ausschuß forderte die Kammer auf, beim Staatsministerium für Unterricht und Kultus darauf zu dringen, daß die ärztliche Berufsvertretung entgegen der bisher von diesem Ministerium vertretenen Auffassung zu den Gesetzentwürfen gehört und an Anhörungen beteiligt wird.

Ein weiterer Gegenstand einer ausführlichen Beratung war der Ent-

wurf zum Nebentätigkeitsrecht im Hochschulbereich.

Die in der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung erarbeiteten Fortbildungspläne wurden diskutiert mit dem Ergebnis, daß der Ausschuß seine Bereitschaft erklärt, bei der Vervollständigung der Referentenlisten mitzuwirken.

Die Mitglieder des Ausschusses wurden von der Kammer laufend mit Material versehen, das für seinen Aufgabenbereich in Betracht kam. Insbesondere wurden sie von einschlägigen Gesetzesvorhaben und Verordnungsentwürfen unterrichtet.

Ausschuß „angestellte und beamtete Ärzte“

Dieser Ausschuß tagte im Berichtsjahr dreimal (1. Juli 1977, 23. September 1977 und 14. April 1978).

Die Juli-Sitzung befaßte sich mit der Münchener Krankenhausreform (Hearing des Betriebs- und Krankenhausreferates vom 21. Juni 1977), dem Thema „Betriebsärzte“ und mit limitierten Verträgen in der Weiterbildung. Kollege Wündisch erläuterte kurz die Entwicklung, die zum jetzigen Änderungsentwurf des Münchener Krankenhausreformmodells geführt hat. Danach ging er auf verschiedene Punkte des Protokolls ein und informierte den Ausschuß über wesentliche Teilaspekte. In diesem Protokoll ist die vom ärztlichen Hilfspersonal gewünschte Bezeichnungsänderung in „medizinisches Assistenzpersonal“ fixiert, ferner die paritätische Besetzung der Zentrumskonferenz sowie das Anhörungsrecht des Pflegepersonals in der Zentrumskonferenz und die Wiederwählbarkeit des Ärztlichen Direktors. Bezüglich der hier vorgeschlagenen weiteren Bezeichnungsänderungen war der Ausschuß einhellig der Meinung, daß der Begriff „Assistenzarzt“ für Kollegen während der Weiterbildung nach wie vor sinnvoll erscheint, Kollegen mit abgeschlossener Weiterbildung in einem Gebiet jedoch dadurch herausgehoben werden sollten, daß der Betreffende z. B. „Internist der II. Medizinischen Abteilung“ genannt werden könnte. Die geplante Konsiliararztregelung sei von der Idee her gut und sinnvoll. Zum Thema der offenen Krankenhausambulanzen in Verbindung mit ambulan-

MAKATUSSIN MAKATUSSIN FORTE

Tageskosten* DM 0,58

Indikationen:

Bronchitis, Begleitbronchitis bei Infektionskrankh. — insbes. Grippe —, Tracheitis, Laryngitis, Pharyngitis.

Zusammensetzung:

1 g (ca. 30 Tropfen): Extr. fld. Dros. 40 mg, — Liquir. 150 mg, — Pimp. 60 mg, — Seneg. 60 mg, — Thymi 180 mg; Acid. benzoic. 5 mg, Camphor. 8 mg, Ephedrinhydrochlorid 7 mg, Menthol. 15 mg, Ol. Anisi 9 mg, Ol. Eucalypti 6 mg, Constit. ad 1 g. — **MAKATUSSIN FORTE:** zusätzlich 0,05 g Dihydrocodeinum hydrochlor. in 15 g, 0,10 g in 30 g.

Dosierung:

Erw. u. Jugendl. nehmen 3 x tägl. 25 Tropfen in etwas heißem Wasser — notfalls auch auf Zucker.
Kinder: von 10-14 Jhr. 15 Tropfen, von 6-9 Jhr. 10 Tropfen.

Handelsformen:

MAKATUSSIN:

O.P. 15 ml DM 4,10; 30 ml DM 6,85; A.P. 5 x 30 ml.

MAKATUSSIN FORTE:

O.P. 15 ml DM 5,—; 30 ml DM 8,28; A.P. 5 x 30 ml.

Literatur:

1. Ansoerge H., Arzneipfl.-Therap. u. Erg. Hyg. 20/60; 2. Hössl E., Medizinische 4/59; 3. Dr. Seri I. u. Dr. Gyenei I., Arztl. Prax. 43/66; 4. Braun H., Z. f. Therapie 1/65; 5. Med. Klin. 8/62.

* bezogen auf MAKATUSSIN 30 ml.

MAKATUSSIN BALSAM

Indikationen:

Bronchitis, Begleitbronchitis bei Infektionskrankh. — insbes. Grippe —, Rhinitis, Tracheitis, Laryngitis, Pharyngitis.

Zusammensetzung:

Camphor. 11 g, Menthol. 3,5 g, Ol. Cupressi 3,5 g, — Eucalypti 9 g, — Pini pumil. 5 g, — Pini silvestr. 3 g, — Therebinthinae rect. 1 g, — Thymi 1 g. Salbengrundlage ad 100 g.

Dosierung u. Anwendungswise:

Erwachsene ein haselnußgroßes, Kinder ein erbsengroßes Stück MAKATUSSIN BALSAM mehrmals täglich auf Brust, Hals und Rücken auftragen und verreiben.
Nicht für Kinder unter 2 Jahren.

Handelsformen:

O.P. 25 ml DM 4,29; 50 ml DM 6,82; A.P. 6 x 50 ml.

Literatur:

Breitsohl, Z. f. Therapie 6/65.



MAKARA

Pharmazeutische Fabrik
4000 Düsseldorf 34

ter Nebentätigkeit nachgeordneter Ärzte ist der Ausschuß einstimmig der Meinung, daß dies nur nach vor-heriger strenger Prüfung der Be-dürfnisfrage sinnvoll und zu be-jahren ist. Wie sich die Übergangs-lösung zur Teamarztstruktur be-währe mit den neu zu schaffenden Stellen der leitenden Oberärzte, bleibe nach Auffassung der Aus-schußmitglieder abzuwarten. Kol-lege Wündisch und Rechtsanwalt Dr. Guido Braun wurden vom Aus-schuß gebeten, die Verhandlungen weiterzuführen.

Zum TOP: „Betriebsärzte“ gab Dr. Rusche, selbst seit zwanzig Jahren hauptberuflicher Betriebsarzt, zu-nächst einen Überblick über die Ent-wicklung auf dem Sektor Betriebs-ärztegesetz. Ausgehend von der Tatsache, daß seit 110 Jahren be-reits Arbeitsmediziner in Betrieben tätig sind, erwähnte er kurz das Ge-setz des Jahres 1954 (Ärzte und Sicherheitsfachkräfte), ging auf das Werksarztgesetz des Jahres 1966 ein, das zur Basis des neuen Ar-beitssicherheitsgesetzes vom 11. Dezember 1973 wurde, welches am 1. Dezember 1974 in Kraft trat. Er stellte fest, daß die überwiegende Zahl der Industriebetriebe in der Bundesrepublik Deutschland Klein-betriebe sind und nur 13 000 Betrie-be je 1000 und mehr Beschäftigte aufweisen. Danach führte er wesent-liche Punkte des Arbeitssicherheits-gesetzes auf: Grundzüge der be-triebsärztlichen Aufgaben, Zusammenarbeit mit Betriebsarzt und Sicherheitsingenieuren, Arbeits-schutzausschüsse und die Einteilung des betriebsärztlichen Dienstes In drei Bereiche: hauptberufliche Betriebsärzte, nebenberufliche Be-triebsärzte und überbetrieblicher ärztlicher Dienst. Weiter ging Dr. Rusche auf die Durchführung des Arbeitssicherheitsgesetzes in den sogenannten Unfallverhütungsvor-schriften der einzelnen Berufsge-nossenschaften ein, die von den ins-gesamt 74 verschiedenen Berufs-genossenschaften separat erarbei-tet werden mußten. Der Ausschuß befaßte sich anschließend sehr ein-gehend mit der betriebsärztlichen Versorgung und regte an, daß die Landesärztekammer auf die nieder-gelassenen Ärzte intensiv einwirken sollte, damit sich möglichst zahl-reiche niedergelassene Kollegen für die nebenberufliche betriebs-ärztliche Tätigkeit zur Verfügung stellen. (Anmerkung: Von der Baye-

rischen Landesärztekammer wurden seit Inkrafttreten des Arbeitssicher-heitsgesetzes bis zum 1. Juli 1978 insgesamt 1047 Fachkundebeschei-nigungen, ferner 382 Zusatzbezeich-nungen „Arbeitsmedizin“ bzw. „Be-triebsmedizin“ sowie nach Inkraft-treten der neuen Weiterbildungs-ordnung am 1. Januar 1978 bisher 106 Anerkennungen als Arbeits-mediziner ausgestellt.)

Die Ausschußsitzung vom 23. Sep-tember 1977 befaßte sich aus-schließlich mit dem Bericht des Aus-schußvorsitzenden Dr. Eilert vor dem 30. Bayerischen Ärztetag.

In der April-Sitzung 1978 standen der Krankenhauspool München, die Kammerbeiträge für Mitglieder des Marburger Bundes sowie die Pro-blematik fachgebundener Röntgen-diagnostik für angehende Interni-sten auf der Tagesordnung.

Rechtsanwalt Dr. G. Braun infor-mierte den Ausschuß zunächst über die Passagen des Rechnungsprü-fungsberichtes 1976 des Baye-rischen Obersten Rechnungshofes, in denen das Verfahren der Ermäßi-gung für Mitglieder tariffähiger Ver-bände beanstandet wurde. Für das laufende Jahr 1978 ist eine Annu-lierung der bisherigen Ermäßigung rechtmäßig fragwürdig und verwal-tungstechnisch kaum durchführbar, da der Veranlagungstichtag der 1. Februar ist. Für das Jahr 1979 be-stehen angesichts dieser Lage nur wenig Chancen, die bisherige Hand-habung aufrecht zu erhalten und der Vorstand des Marburger Bun-des, Landesverband Bayern, müsse sich hierzu äußern, wozu er die be-rufspolitischen und die rechtlichen Argumente nochmals zu überden-ken habe.

Zum „Krankenhauspool München“ legte Kollege Holzer zunächst die Problematik dar. Nach einem kur-zen Überblick über die Entwicklung, die zur „Münchener Krankenhaus-reform 1970“ geführt hat, ging er auf die Schwierigkeiten ein, die sich — seit 1974 beginnend — herausge-stellt haben. Diese basieren auf der Bundespflegesatzverordnung von 1974 mit ihrem sogenannten Arzt-kostenabschlag bei Privatpatienten, woraus der Stadt München ein Defi-zit von 3,5 Millionen DM entstand. Die Gesamtproblematik „Poolbil-dung“ wurde von Dr. Holzer am Bei-spiel des Städtischen Krankenhau-

ses München-Schwabing, von Kol-legen Klein für das Herzzentrum, von Kollegen Hohenbleicher um wei-tere Beispiele aus der Praxis bei Verhandlungen mit Krankenhaus-trägern und Chefarztverträgen so-wie von Kollegen Steurer in Form von eingehenden Diskussionsbel-trägen ergänzt. Dr. Eilert schloß die Diskussion ab mit der Feststellung, daß der „Münchener Krankenhaus-pool“ Modellcharakter habe und im Rahmen des Vollzuges von Be-schlüssen der Deutschen Ärztetage eingerichtet wurde. Das Argument, mit dem Pool qualifizierte Mitarbei-ter zu gewinnen, zieht angesichts der Arzttzahlen in Zukunft in Kürze sicher nicht mehr. Ungeachtet des-sen muß jedoch das Prinzip des Pools in jedem Falle aufrecht erhal-ten werden.

Beim TOP „Verschiedenes“ warf Kollege Steurer die Problematik auf: Fachgebundene Röntgendiagnostik für angehende Internisten. Hierzu wurde folgende Meinungsbildung erarbeitet: Angehende Internisten sollten für die Anerkennung nur sechs Monate ganztägige Röntgen-tätigkeit nachweisen müssen, aller-dings können diese Kollegen spä-ter nicht die Kassenzulassung für fachgebundene Röntgendiagnostik erwerben. Sofern ein angehender Internist später in der Praxis Rönt-genleistungen seines Gebietes er-bringen will, müßte er noch weitere zwölf Monate Röntgendiagnostik nachweisen.

Hilfsausschuß

Der vom Ärztetag gewählte Große Hilfsausschuß hielt, wie alljährlich, im November 1977 seine Sitzung ab. Die zwischen der vorangegangenen Sitzung im November 1976 und die-ser Zusammenkunft angefallenen Anträge auf Beihilfe bzw. Darlehen in Not geratener Ärzte und Hinter-bliebenen wurden von dem soge-nannten Kleinen Hilfsausschuß be-raten und entschieden, der aus Mit-gliedern des Großen Hilfsausschus-ses für diesen Zweck gebildet wor-den ist, um die verhältnismäßig ge-ringe Zahl von Anträgen wie auch dringliche Fälle rasch zu entschei-den.

Der Große Hilfsausschuß nahm die Einnahmen- und Ausgabenrechnung des Hilfsfonds für die zwölf Monate

Hypothyreose

vorzugsweise L-Thyroxin =

Euthyrox®



Euthyrox

Reines L-Thyroxin

HORMON
FORSCHUNG



MERCK

E. Merck, Postfach 1015, D-65000 Frankfurt am Main

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium). **Indikationen:** Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormon-Therapie, vorzugsweise bei Hypothyreose und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose; außerdem bei blander (euthyreoter) Struma; zur Rezidivprophylaxe nach Struma-resektion, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ). **Kontraindikationen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Bei koronarer Überdosierungserscheinungen wie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfall oder Gewichtsabnahme erfordern eine Reduktion der Dosis. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindenauffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrillen versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Tagesdosis wird am zweckmäßigsten als einmalige Gabe morgens nach dem Frühstück verabreicht. **Handelsformen:** Euthyrox® 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,54, 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 17,53. Ferner Anstalts-Packung, Apoth.-Abgpreise, Stand 11/1979. Weitere Informationen enthält der Wissenschaftliche Prospekt, den wir Ihnen auf Wunsch gerne zusenden.

zur Kenntnis, welche ergeben haben, daß die Aufwendungen für Beihilfen in Folge der Abnahme der Zahl der Bezieher zurückgegangen ist.

Der Große Hilfsausschuß bewilligte für 1977 die Weihnachtsbeihilfe an die Bezieher monatlicher Beihilfen in der Höhe des Vorjahres von DM 150,—.

Personen, die nur zeitweise eine monatliche Beihilfe im Jahre 1977 erhalten haben, wurde eine Weihnachtsbeihilfe von DM 100,— gewährt. Darüber hinaus wurde in vereinzelten Fällen bei Vorliegen entsprechender Bedürftigkeit eine Zuwendung zu Weihnachten beschlossen.

Ferner billigte er die vom Kleinen Hilfsausschuß getroffenen Entscheidungen.

Der Richtsatz für die Gesamteinnahmen der Empfänger von Beihilfen aus dem Hilfsfonds bzw. neu hinzukommender bedürftiger Antragsteller wurde

für alleinstehende Ärzte und Ärztinnen mit

DM 1000,— bis DM 1200,—,

für Arztwitwen und -waisen mit

DM 850,— bis DM 900,—

festgelegt. Es handelt sich um Richtzahlen, bis zu deren Betrag darunterliegende Gesamteinnahmen nach Maßgabe der Umstände des Einzelfalles durch eine Beihilfe angehoßen werden können. Im Einzelfall können sie auch überschritten werden, sofern entsprechende Gründe vorliegen.

Die Leistungen des Hilfsfonds werden in Fällen des Bezuges der gesetzlichen Sozialhilfe subsidiär gewährt.

Der Ausschuß war in seiner Sitzung mit der Beratung und Beschlußfassung über die Weitergewährung monatlicher Beihilfen nach Ablauf des bewilligten Zeitraumes für die nahezu gesamte Zahl der Bezieher solcher Beihilfen befaßt.

Die nach dieser Sitzung eingegangenen Anträge wurden — wie bisher — vom Kleinen Hilfsausschuß entschieden.

Die Verteilung der Zahl der Beihilfempfeänger und ihre Entwicklung in der Zeit seit dem letzten Geschäftsbericht stellt sich wie folgt dar:

Im Durchschnitt wurden monatlich ca. 14 Ärzte und 126 Arztwitwen und -waisen unterstützt. Das sind insgesamt 140 Personen gegenüber 161 Personen im vorangegangenen Zeitraum. — Im Jahr 1975 waren es noch 185 Beihilfempfeänger.

Im ersten Halbjahr 1978 verminderte sich die Zahl der Unterstützten von 140 auf 134. Sie setzt sich aus 14 Ärzten und 120 Arztwitwen und -waisen zusammen.

Der Altersgipfel liegt mit 50 Personen zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr.

In der Altersgruppe zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr befinden sich 49 Beihilfempfeänger.

Vier Arztwitwen haben ein höheres Alter.

Den Altersgruppen bis zum 69. Lebensjahr gehören 31 Personen an.

Nach einer Vereinbarung zwischen der Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns werden nur jene Personen aus Mitteln des Hilfsfonds unterstützt, die ihre Kassenpraxis im Jahre 1953 aufgegeben haben. Für die Hinterbliebenen solcher Ärzte gelten diese Voraussetzungen entsprechend. Alle übrigen Kassenärzte erhalten aus Mitteln der Sozialwerke der KVB Leistungen nach Maßgabe der Richtlinien dieser Einrichtungen. Ferner erhielten schuldlos in Not geratene Nichtkassenärzte sowie schuldlos geschiedene Arztehefrauen oder -witwen nach Prüfung durch den Ausschuß Leistungen aus dem Hilfsfonds.

Seit dem letzten Geschäftsbericht konnten kostenlose Erholungsaufenthalte an bedürftige Arztwitwen zum Teil mit gleichzeitiger ärztlicher Behandlung in Heimen des BRK und in der Privatklinik Dr. Schlemmer, Bad Wiessee, einer guten Tradition folgend, durch dessen neuen Inhaber, Dr. Drisch, gewährt werden. Es sei diesen Damen und Herren auch an dieser Stelle dafür herzlich gedankt.

Mitarbeit in den Ausschüssen und Konferenzen der Bundesärztekammer sowie in anderen Gremien

Auf dem 81. Deutschen Ärztetag 1978 war die Bayerische Landesärztekammer mit 42 Delegierten vertreten.

Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer arbeiteten in folgenden Ausschüssen und Ständigen Konferenzen der Bundesärztekammer mit:

Ausschuß für Finanzfragen:

Dr. Hellmann, Augsburg

Ständige Konferenz für Finanzfragen:

Ltd. Med. Dir. a. D. Dr. Vierheilig, Würzburg

Ständige Konferenz der Rechtsberater der Ärztekammern des Bundesgebietes:

Rechtsanwalt Poellinger, München

Ausschuß „Approbationsordnung“:

Dr. Wündisch, München

Ständige Konferenz „Approbationsordnung“:

Dr. Hohenbleicher, Augsburg

Ausschuß „Hochschulreform und Medizinische Fakultäten“:

Dr. Wündisch, München

Ständige Konferenz „Hochschulreform und Medizinische Fakultäten“:

Professor Dr. Groß, Würzburg

Ausschuß und Ständige Konferenz zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte:

Dr. Braun, Nittendorf

Rechtsanwalt Poellinger, München

Deutsche Akademie der praktischen Ärzte:

Dr. Braun, Nittendorf

Privatdozent Dr. Pillau, München

Deutsche Akademie der Fachärzte:

Dr. Schloßer, Rosenheim

Dr. Holzgartner, München

Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“:

Professor Dr. Sewering, München

Professor Dr. Dr. Adam, Baierbrunn

Dr. Stordeur, München

Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung (Großer Senat):

Dr. Goßner, Zusmarshausen
Professor Dr. Hirsch, Traunstein
Dr. Kaiser, Bad Wörishofen
Dr. Neresheimer, Bad Wiessee
Professor Dr. Schmid, Aschaffenburg
Professor Dr. Schretzenmayr, Augsburg
Dr. Stolze, München
Professor Dr. Wieck, Erlangen
Professor Dr. Wollheim, Würzburg

Ausschuß „Film in der ärztlichen Fortbildung“:

Dr. Gastinger, München

Ausschuß für Kongreßgestaltung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung:

Professor Dr. Mehnert, München

Wissenschaftlicher Beirat:

Professor Dr. Blaha, Gauting
Professor Dr. Döring, München
Professor Dr. Dr. h. c. Haas, Kempten
Professor Dr. Hecker, München

Professor Dr. Naumann, München
Professor Dr. Sewering, München
Professor Dr. Dr. Stamm, München
Professor Dr. Stickl, München
Professor Dr. Valentin, Erlangen
Professor Dr. Wieck, Erlangen

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

Professor Dr. Eisenreich, Ingolstadt
Professor Dr. Henschler, Würzburg
Professor Dr. Kühn, Würzburg
Professor Dr. Reiter, München
Professor Dr. Dr. Stamm, München
Professor Dr. Oberla, München
Professor Dr. Zöllner, München

Ständige Konferenz „Strahlenschutz“:

Professor Dr. Wolf, Erlangen

Ständige Konferenz für Krankenhaushausfragen:

Med. Dir. Dr. Birkner, Nürnberg

Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“:

Dr. Otto, Schrobenhausen

Ausschuß „Ärzte im öffentlichen Dienst“:

Ltd. Med. Dir. Dr. Böhm, Neusting

Ausschuß „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der statistischen Qualitätskontrolle und von Ringversuchen im Bereich der Heilkunde“:

Professor Dr. Dr. Stamm, München

Ausschuß „Arbeitsmedizin“:

Professor Dr. Valentin, Erlangen

Ständige Konferenz „Qualitätssicherung im medizinischen Laboratorium“:

Dr. Bäcker, München

Ständige Konferenz „Gebührenordnung“:

Dr. Sartori, München

Ständige Konferenz „Fürsorge und Versorgung“:

Dr. Dehler, Nürnberg

TIEFENWIRKUNG



hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Schmerzen der Muskeln und Gelenke

Marament[®] Balsam

Zusammensetzung:

100 g Aethylenum chloratum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphora synthetica, 0,05 mg Toxine der Naja tripudians, Emulgator ad 125 g -- 100 ml.

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,90;
O.P. Flasche mit 250 ml DM 15,-.

Dr. Wider & Co 7250 Leonberg

WIDER



Ausschuß „Medizinische Assistenzberufe“:

Dr. Sluka, München

Ständige Konferenz „Medizinische Assistenzberufe“:

Dr. Mayer, München

Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“:

Dr. Rothlauf, Erlangen

Gemeinsamer Ausschuß der BÄK und KBV „Krankheitsfrüherkennung“:

Dr. Kolb, Nürnberg
Dr. Wündisch, München

Ausschuß „Gesundheitserziehung“:

Dr. Goßner, Zusmarshausen
Dr. Kleinschmidt, Bad Tölz

Ständige Konferenz „Verkehrs- und Notfallmedizin“:

Dr. Sluka, München

Ausschuß „Privatversicherungen“:

Professor Dr. Sewering, München

Die Kammer gehört dem Verband freier Berufe in Bayern an. Vizepräsident Dr. Hermann Braun ist zugleich Präsident dieses Verbandes. Die Kammer hat Sitz im Gesamtvorstand. Der Delegiertenversammlung gehören zehn Ärzte an.

Dem Bayerischen Landesgesundheitsrat gehören der Präsident der Kammer und die Mitglieder des Kammer Vorstandes Dr. Schloßer, Rosenheim, als Vorsitzender, sowie Dr. Fuchs, Würzburg, und Dr. E. Th. Mayer, München, an.

Im Krankenhausbeirat ist die Kammer durch ihren Präsidenten vertreten.

Vertreter der Kammer wirken ferner im Landesplanungsausschuß für die Krankenhausbedarfsplanung, im Landesberufsbildungsausschuß, in der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege, im Landesausschuß für Jugendarbeitsschutz, im Wissenschaftlichen Beirat des TÜV und in der Landesverkehrswacht Bayern mit.

Ein Vertreter der Arbeitgeberseite gehört der Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege an.

Ständige Konferenz der Schriftleiter der Blätter der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen und der Leiter der Informations- und Pressestellen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen:

Freu Horn, München
Dr. Kolb, Nürnberg
Dr. Stordeur, München

Ständige Konferenz der Geschäftsführer der Ärztekammern des Bundesgebietes:

Jürgens, München
Dr. Sluka, München
Dr. Stordeur, München

Berufsaufsicht

Obwohl der Kammer nach dem Kammergesetz für die Heilberufe in der bisherigen Fassung bis zum Ende des Jahres 1977 das Antragsrecht auf Einleitung berufsgerichtlicher Verfahren zustand (mit Inkrafttreten des Änderungsgesetzes am 1. Januar 1978 liegt dieses Recht der Berufsvertretung ausschließlich bei den Ärztlichen Kreisverbänden), beschränkte sie sich darauf, ihr bekanntgewordene Verstöße oder Vorgänge, die einen Verdacht auf eine Verletzung ärztlicher Berufspflichten zu beinhalten schienen, dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband zur Prüfung, d. h. zur Ermittlung des Sachverhaltes und gegebenenfalls zur berufsgerichtlichen Würdigung, zuzuleiten. In schwierigen Fällen unterstützte und beriet die Kammer die Ärztlichen Kreisverbände hinsichtlich der Interpretation allgemein gehaltener Vorschriften der Berufsordnung. Soweit es sich um schwere Verstöße oder um Vorgänge handelt, deren Klärung im Wege eines berufsgerichtlichen Verfahrens notwendig erschien, machte sie von ihrem Antragsrecht Gebrauch. Entscheidungen, die hierzu ergingen, wurden unter Mitwirkung des Justitiars der Kammer im „Bayerischen Ärzteblatt“ zur Unterrichtung der Ärzteschaft abgedruckt und teilweise auch im „Deutschen Ärzteblatt“ sowie in den Mitteilungsblättern anderer Landesärztekammern wiedergegeben.

Ausländische Ärzte

Mit einer Arbeiterlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) sind in Bayern knapp 900 ausländische

Kollegen tätig, fast ausschließlich in der Weiterbildung an Krankenhäusern. Im Berichtsjahr mußte die Kammer auf Anfrage der zuständigen Bezirksregierung in 27 Fällen den gesamten Weiterbildungsgang überprüfen und hierzu eingehende Stellungnahmen abgeben.

In freier Praxis sind derzeit 44 ausländische Ärzte mit einer befristeten Arbeiterlaubnis nach § 10 BÄO tätig, davon 40 als praktische Ärzte/Allgemeinärzte, zwei Internisten, ein Nervenarzt und ein Augenarzt.

Die Abgabe von Stellungnahmen zu Einbürgerungsanträgen ausländischer Ärzte ist eine weitere Aufgabe. Im Berichtsjahr gingen hierzu 23 Anfragen ein und wir haben in jedem Einzelfall eine entsprechende Rückfrage beim zuständigen Ärztlichen Kreisverband gehalten.

Vermittlung von Praxisvertretern und Familien

Im Berichtsjahr gingen 1148 Anträge auf Vermittlung eines Praxisvertreters ein, wobei wir in 947 Fällen helfen konnten, 123 Anträge sind derzeit noch in Bearbeitung und nur 78 Anträge konnten von uns nicht positiv erledigt werden.

Die seit dem 1. März 1977 eingerichtete **Zentrale Famulaturvermittlungsstelle** hat sich in ihrer Notwendigkeit bestätigt. Der jetzt genau festgelegte Vermittlungsmodus bewährt sich, Fehlleitungen können vermieden werden. Dies wird sowohl von den auszubildenden Praxisinhabern als auch von den zur Ausbildung anstehenden Studenten angenehm vermerkt. Indem bei jeder Vermittlung telefonisch mit dem Praxisinhaber der ausgesuchte Student vorgestellt wird, ist das Einvernehmen mit den Ärzten entscheidend verbessert worden. Eine Reihe von Mißhelligkeiten konnte ausgeräumt werden, so daß heute wieder mancher Arzt Studenten ausbildet, der zunächst einmal abgesagt hatte.

Im einzelnen ergeben sich jetzt folgende Zahlen:

Im Berichtszeitraum gingen 758 schriftliche Bewerbungen ein. Nicht eingerechnet ist die Zahl telefonischer Anfragen, die zusätzlich fortlaufend eingehen. Vermittelt davon wurden 452.

Zur Normalisierung
psychisch-vegetativer
Störungen der Frau

Remifemin[®]

ein Phytotherapeutikum
zur problemlosen
Therapie bei

*Klimakterischen oder
postoperativen
Begleitstörungen*

*Störungen in
der Pubertät*

*Für Ergänzung
einer notwendigen
Hormontherapie*

*prae- und post-
menstruellen
Verstimmungen*



Zusammensetzung

Perkolat Rhiz. Cimicifugae, eingestellt auf 4% Gew./Vol. Trockenextraktgehalt.

1 Tablette enthält: Extr. Rhiz. Cimicifugae sicc. 2 mg.

Indikationen

Klimakterische oder postoperative Ausfallserscheinungen, Schwangerschaftsbeschwerden, Störungen in der Pubertät, Prae- und postmenstruell zum psychischen und vegetativen Ausgleich, ferner zur Unterstützung der Hormon-Therapie.

Dosierung

Es empfiehlt sich, längere Zeit 3mal täglich 10 – 30 Tropfen Remifemin unverdünnt, möglichst auf Zucker, oder 3mal täglich 1/2 bis 1 1/2 Tabletten im Munde langsam zergehen zu lassen. Zweckmäßigerweise steigert man die Dosis allmählich, um bei eintretendem Erfolg wieder langsam auf niedrigere Gaben zurückzugehen.

Verordnung

50 ml Remifemin liquidum DM 10,95
50 Remifemin-Tabletten DM 5,30
Klinikpackungen



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Durch eine erneute Information zum Jahresbeginn konnte die Zahl der Allgemeinärzte auf 480 gesteigert werden, wobei zusätzlich 266 Ärzte aller weiteren Gebiete zur Verfügung stehen, insgesamt ergeben sich demnach 746 Ausbildungsstellen, von denen, abgesehen von zeitlichen Einschränkungen wie Urlaub, Krankheit oder Kongreßbesuche, tatsächlich alle ausbildungsbereit sind. Dies bedeutet, daß diese Zahl fortlaufend aktualisiert wird, denn die Fluktuation ist nicht unbedeutend. Ärzte treten in den Ruhestand, es müssen neue geworben werden.

Seit dem 1. Juli 1977 wird auch eine Poststatistik durchgeführt. Die dabei gewonnenen Zahlen sind nicht minder interessant:

Bei einem Posteingang von 1691 und einem Postausgang von 1278 wird die neben der telefonischen Vermittlungsarbeit fällige Dienstleistung deutlich, die in Beretung, Zeitempfehlung und Klärung besonders von Studienfragen besteht.

Ein nicht übersehbares Problem war zunächst der Rücklauf der Dokumentationsbogen, der ausschließlich zur Verbesserung der Vermittlungstätigkeit geplant war. Es ging dabei vor allem darum, die Wünsche des Praxisinhabers konkret zu erfassen und sie in Übereinstimmung zu bringen mit den Vorstellungen der Studenten. Denn der an anderer Stelle schon mehrfach dargestellte Moment der Prägung des eigenen Nachwuchses hat besondere Bedeutung. Dies gelingt aber nur dann, wenn bereits mit der Vermittlung eine gegenseitige Abstimmung die günstigsten Voraussetzungen bietet, die gemeinsame Ausbildungszeit effektiv werden zu lassen. In erster Linie bezieht sich dies auf die Berufsvorstellungen, und erst sekundär auf die regionalen Wünsche, die wesentlich flexibler gehandhabt werden können, als zunächst angenommen.

Mitunter mit mehrfachen Mahnungen ist es gelungen, mit einer Verzögerungszeit von drei bis vier Monaten doch 95 Prozent aller Dokumentationsbogen von den Studenten wiederzubekommen. Vielleicht mag dabei die Einführung der Kautionsgebühr in Höhe von DM 20,- eine Rolle spielen. Sie wird erst dann erstattet, wenn der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Nicht in allen Fällen jedoch hilft dieses Mittel, den Dokumentationsbogen wieder zu erhalten. Dadurch kann leider niemals vollständig eine Zusammenfassung der Vermittlungsergebnisse erzielt werden.

Bei den eingegangenen Dokumentationsbogen ergibt sich folgende Verteilung:

61 Prozent der Vermittelten waren auch bei kritischer Wertung des Dokumentationsbogens mit der Ausbildungszeit zufrieden. In diesem Kontingent reicht das Spektrum von neutral-positiven bis zu sehr lobenden und anerkennenden Äußerungen. Eine zweite Gruppe mit 31 Prozent äußert sich neutral; der Dokumentationsbogen kann aber nur im positiven Sinn interpretiert werden, so daß auch hier der Schluß nahe liegt, daß die Ausbildungszeit erfolgreich war. Die verbleibenden acht Prozent äußern sich in jeweils einem Punkt skeptisch, wobei keine ernsthaften Unzulänglichkeiten beschrieben werden. Nur in einem einzigen Fall erwies sich die Vermittlung als „grundsätzlich unmöglich“, was sich am besten mit der Einstellung des Studenten erklären läßt. Er war an Kompromissen eben nicht interessiert.

Da bei den ausbildenden Ärzten wesentlich mehr Gelassenheit und Weitblick vorhanden ist, bedarf es dort keiner Dokumentation. Trotzdem ist es interessant zu betonen, daß zahlreiche Praxisinhaber in der

Famulantenausbildung — trotz der anfänglichen Engpässe bei der Einarbeitung — auch eine gewisse Möglichkeit der Anregung sehen. Denn durch die Berichte, die der Student vom Geschehen an der Universität und während seiner Ausbildung liefert, werden Informationen zum Arzt gebracht, die ihm sonst unerreichbar bleiben.

Der durch den Praxisinhaber erfahrene Einfluß ist, wie aus den Dokumentationsbogen belegt werden kann, vielfach enorm gründlich, ja bestimmt oft das weitere Vorgehen bei der Berufsfestlegung. Viele Ärzte nutzen sehr anerkennenswert diese ausgezeichnete Möglichkeit, neben der Universitätsausbildung eine Berufsprägung zu vollziehen, die sehr nachhaltig sein kann.

An anderer Stelle wurde über die zweite Novellierung der Approbationsordnung berichtet. Auch wenn jetzt zusätzlich zwei Monate Famulaturzeit an einem Krankenhaus vorgesehen ist, bleibt der bis jetzt geforderte Tatbestand unverändert: Jeder Student muß mindestens einen Monat in einer Allgemeinpraxis oder in einer Praxis weiterer Gebietsbezeichnungen ausgebildet werden. Denn die weiteren Famulaturmöglichkeiten sind zahlenmäßig so gering, daß sie nur wenige Prozent aller Studenten versorgen können. Bleibt die Konsequenz: Die Tätigkeit der Zentralen Famulaturvermittlungsstelle ist auch in Zukunft notwendig. Sie wird nach dem gleichen Modus erfolgen, wie er sich jetzt seit fünf Vierteljahren eingeübt und bewährt hat.

Dabei wird die Zahl der Ausbildungspraxen noch deutlich gesteigert werden müssen, denn die Zahl der Famulaturpflichtigen ist im Steigen, es sollen aber alle wie bislang problemlos weitergeleitet werden können zu einem guten Ausbildungsplatz.

(Schluß folgt)



RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor. nervosa, coronaria und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g.-Valerian. 1,7g. Tinct. Corv. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g.

O.P. 30g DM 5,78

Recorsan-Gesellschaften Gräfelting und Lüneburg

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.

Oberbayern

Titting, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

Altmannstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Moosburg, Lkr. Freising:

1 Augenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

Oberfranken

Heroldsbach, Lkr. Forchheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der aus Gesundheitsgründen verwaisten zweiten Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 4500 Einwohnern.

Trebgast, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des wegen Ablebens des Stelleninhabers verwaisten

Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Waischenfeld, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 a - 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.

Weißenburg,

Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Wiederbesetzung des altershalber frei gewordenen einzigen Nervenarztsitzes im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen (ca. 86 000 Einwohner).

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wittelshofen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Aschaffenburg, Stadttell Lelder:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Schweinfurt:

2 Augenärzte

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

Oberpfalz

Flossenbürg, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von 2000 Einwohnern.

Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von ca. 6000 Einwohnern.

Weldthurn, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung; Einzugsgebiet rund 2500 Einwohner.

Amberg:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Weiden:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Bärnau, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kohlberg, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pleystein, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Heilbech, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haldmühle, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Telsnach, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:

1 Augenerzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hauterzt

Passau-Stadt:

1 Hautarzt

Regen-Stadt:

1 Hauterzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-7, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Neuburg a. d. Kammel, Lkr. Günzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31

Lärmschutz an der Quelle

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Großer, Dr. Zech, Dr. Flath, Kubitz, Hürner, Redepenning (sämtliche FDP):

„Der Bayerische Städteverband hat eine Studie ‚Hinweise, Vorschläge und Erfahrungen zur Bekämpfung des Lärms an der Quelle bei Kraftfahrzeugen, Krafträdern und Baumaschinen‘ vorgelegt.

Wir fragen die Staatsregierung:

1. Wie wird die Studie des Bayerischen Städteverbandes beurteilt?
2. Welche Konsequenzen wird die Staatsregierung für ihren eigenen Zuständigkeitsbereich ziehen?
3. Welche Vorschläge der Studie sollen gegenüber dem Bundesgesetz-

geber aufgegriffen werden und wann wird dies geschehen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltfragen:

„Die schriftliche Anfrage beantworte ich im Einvernehmen mit den Staatsministerien des Innern und für Wirtschaft und Verkehr wie folgt:

Zu 1.:

Die Staatsregierung begrüßt die Ausarbeitung des Bayerischen Städteverbandes über ‚Hinweise, Vorschläge und Erfahrungen zur Bekämpfung des Lärms an der Quelle bei Kraftfahrzeugen, Krafträdern und Baumaschinen‘ vom August 1977 nachdrücklich und wird daraus hergeleitete Maßnahmen der Städte soweit wie möglich unterstützen.

Zu 2.:

e) In dieser Ausarbeitung wird die Staatsregierung in drei Bereichen unmittelbar angesprochen.

1. Überwachung des geräuschtechnischen Zustandes der Kraftfahrzeuge:

Die Staatsregierung hat eigens zu diesem Zweck ein Kraftfahrzeugschallpegelmeßgerät für die Nahfeldmessung entwickeln lassen. Nuncmehr sind 33 derartige Geräte an die Polizei ausgeliefert worden. Damit verfügen alle Verkehrspolizeinspektionen in Bayern und die Grenzpolizei über solche Geräte. Die verwaltungstechnischen Voraussetzungen für eine sinnvolle Überwachung der Kraftfahrzeuge im Verkehr sind durch die entsprechende Fortbildung der mit der Anwendung des Gerätes betrauten Beamten im Januar/Februar 1978 und durch die Ausarbeitung einer vorläufigen Richtlinie geschaffen worden.

In diesem Frühjahr kontrolliert die Polizei in einer landesweiten Schwerpunktaktion motorisierte Zweiräder im Hinblick auf eine unzulässige Ge-

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herz Wirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Zusammensetzung: Eine Zerreibkapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in osophiler Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger In-Kaliumtherapie. **Besondere Hinweise:** Nichtsherzaufhörten (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

wendungswiese: Individual, bis zum bestmöglichen Erfolg, dann Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angine-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt inagiert ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unter Wasser geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1x bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,96 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 14,96 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 52,30 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,96 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 16,96 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 55,96 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

räuschentwicklung, und zwar vornehmlich an bekannten Treffpunkten von Moped- und Motorradfahrern und dort, wo begründete Beschwerden aus der Bevölkerung vorliegen.

Um diese Überwachung noch wirkungsvoller ausgestalten zu können, wird der Bund weiterhin aufzufordern sein, den Nahfeldmeßwert von vornherein, d. h. bei der Zulassung des Fahrzeuges, im Kraftfahrzeugschein eintragen zu lassen.

2. Forschungs- und Entwicklungsvorhaben zur geräuschtechnischen Verbesserung von Kraftfahrzeugen:

Die Staatsregierung wird bemüht sein, soweit es in ihren Kräften steht, an dieser Aufgabe mitzuwirken.

3. Förderung lärmarmen Straßenbeläge:

Die Staatsregierung hat bisher für die Aufbringung lärmarmen Straßenbeläge etwa 3,2 Mio. DM Darlehen gewährt und wird solche Maßnahmen nach Maßgabe des Haushalts auf Antrag weiterhin fördern.

b) Zu der in der Ausarbeitung des Bayerischen Städteverbandes geforderten Aufklärungsaktion für die Verkehrsteilnehmer haben bereits mehrere Gespräche zwischen Vertretern des Städteverbandes und der Staatsregierung stattgefunden. Die Staatsregierung ist zur Mitwirkung daran bereit. Die näheren Einzelheiten werden derzeit abgeklärt. Insbesondere ist beabsichtigt, eine landesweite Plakataktion im Rahmen dieses Vorhabens zu finanzieren. Auch die bayerische Polizei wird an dieser Aktion mitwirken.

Zu 3.:

Gegenüber dem Bund werden in der Ausarbeitung ebenfalls in drei Bereichen Forderungen erhoben.

1. Geräuschtechnische Verbesserung von Kraftfahrzeugen:

a) Der Bundesrat hat bereits im November und Dezember 1974 und nochmals im Mai 1976 auf Antrag Bayerns zur abgestuften Herabsetzung der Geräuschgrenzwerte sowie zu weiteren verbesserten Zulassungsbedingungen von Kraftwagen und motorisierten Zweirädern detaillierte und weitgehende Beschlüsse gefaßt. Inzwischen sind für den Erlaß von Regelungen auf diesem Gebiet fast ausschließlich die Europäischen Gemeinschaften zuständig.

Trotzdem hat Bayern im Februar 1977 den Bundesverkehrsminister gebeten, nötigenfalls für motorisierte Zweiräder in einer nationalen Regelung dem Stand der Technik entsprechende Geräuschgrenzwerte festzusetzen.

Für motorisierte Zweiräder ohne Geschwindigkeitsbegrenzung, die einen Verkehrsanteil von etwa 22 Prozent an den gesamten motorisierten Zweirädern in der Bundesrepublik Deutschland haben, wurde in letzter Zeit eine Übereinstimmung für die Einführung von Geräuschgrenzwerten in den Europäischen Gemeinschaften erzielt. Der vorliegende Entwurf einer entsprechenden Richtlinie sieht dabei nicht nur niedrigere Grenzwerte, sondern auch verschärfte Betriebsbedingungen vor. Mit ihrer baldigen Einführung in das nationale Recht ist zu rechnen.

Allerdings bestehen hinsichtlich der geschwindigkeitsbegrenzten motorisierten Zweiräder, die einen Anteil von 78 Prozent ausmachen, zur Zeit innerhalb der Europäischen Gemeinschaften Meinungsverschiedenheiten in mehreren Punkten. Hier wird sich die Einführung einer Richtlinie verzögern.

b) Um durch verbesserte geräuschtechnische Zulassungsbedingungen niedrigere Kfz-Geräuschemissionen zu erreichen, müssen die vom Städteverband vorgeschlagenen technischen Einzelmaßnahmen ohnehin durchgeführt werden.

c) Die Ausarbeitung des Bayerischen Städteverbandes erweckt den Eindruck, daß alle motorisierten Zweiräder bis 50 cm³ unterschiedslos vergleichsweise starken Lärm verursachen. Dies trifft für neue und ordnungsgemäß erhaltene motorisierte Zweiräder mit Geschwindigkeitsbegrenzung nicht zu. Ein Grenzwert von 84 dB(A) gilt nur für die schweren Kraffräder mit einem Anteil von ca. 13 Prozent am Zweiradverkehr. Für alle motorisierten Zweiräder mit Geschwindigkeitsbegrenzung liegen die zulässigen Werte mit 70 und 73 dB(A) wesentlich niedriger als bei Pkw, Lkw und Omnibussen mit Werten von 80 bis 89 dB(A).

Allerdings fallen hier die Kleinkraftäder (motorisierte Zweiräder mit einem Hubraum bis 50 cm³ ohne Geschwindigkeitsbegrenzung) mit einem Grenzwert von 79 dB(A) und ihrem besonders lästigen hochfre-

quenten Geräusch aus der Reihe. Die Bemühungen richten sich darauf, durch Änderungen der geräuschtechnischen Anforderungen im Zulassungsverfahren, durch eine Neudefinition der Klasse der Kleinkraftäder und durch verbesserte Führerscheinregelungen die belastende Geräuschentwicklung zu mindern. Bei den übrigen motorisierten Zweirädern müssen derzeit vorrangig Manipulationen erschwert werden.

d) Eine vollständige Kapselung der Motoren in Omnibussen ist wesentlich leichter verwirklichtbar, wenn gleichzeitig eine bereits früher von der Staatsregierung beim Bund beantragte Erhöhung der zulässigen Hinterachslast über 10 t hinaus erreicht wird. Da solche Lärmdämmungsmaßnahmen zwangsläufig zur Erhöhung des Eigengewichtes und damit zur Verringerung der Nutzlast bei einer gegebenen höchstzulässigen Achslast führen, soll durch die beantragte Erhöhung die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Unternehmen gegenüber den EG-Staaten gewahrt bleiben.

2. Verbesserung der rechtlichen Möglichkeiten zum Schutz vor Lärm durch verkehrslenkende Maßnahmen:

Die Staatsregierung hat zu Beginn des Jahres 1978 eine Bundesratsinitiative angeregt mit dem Ziel, eine Rechtsgrundlage für Verkehrsregelungen aus Gründen des Städtebaus und des Umweltschutzes zu schaffen. Ein inzwischen vom Bundesverkehrsminister vorgelegter Entwurf zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes trägt diesem Anliegen bereits weitgehend Rechnung.

Außerdem hat Bayern den Bundesverkehrsminister aufgefordert, durch eine Ergänzung der Straßenverkehrsordnung Geschwindigkeitsbeschränkungen aus Gründen des Lärmschutzes zweifelsfrei zu ermöglichen.

Eine entsprechende Erweiterung der Rechtsgrundlagen ist erforderlich, da die Verwaltungsgerichte zunehmend – und vor kurzem durch den Bayerischen Verwaltungsgerichtshof bestätigt – festgestellt haben, daß eine Rechtsgrundlage für ganztätige Geschwindigkeitsbeschränkungen aus Lärmschutzgründen fehle.

Im September 1977 hat auch der Deutsche Städtetag dem Bundes-

verkehrsminister detaillierte Vorschläge zur Verbesserung der Möglichkeiten des Straßenverkehrsgesetzes zum Schutz vor Lärm unterbreitet. Die Staatsregierung wird Initiativen, die einen angemessenen Schutz der Bevölkerung vor Verkehrslärm ermöglichen, im Rahmen ihrer Einflußmöglichkeiten unterstützen.

3. Lärm von Baumaschinen:

Auf dem Baumaschinensektor ist durch die Verwaltungsvorschriften des Bundes zur Festsetzung von Emissionsrichtwerten eine erfreuliche Entwicklung zu lärmarmen Geräten in Gang gesetzt worden, die als beispielgebend auch für den Kraftfahrzeugsektor angesehen werden kann. Hier kommt es – wie auch in der Ausarbeitung des Bayerischen Städteverbandes betont – nicht so sehr auf neue Vorschriften an, sondern auf die Beachtung der bestehenden. Einzelne geräuschtechnische Maßnahmen werden aufgrund der sich weiter verschärfenden Emissionsrichtwerte ohnehin durchgeführt werden müssen.

Die bayerische Staatsbauverwaltung macht z. B. bei ihren Bauaufträgen in Fällen, bei denen erhebliche Lärmbelastungen zu befürchten sind, zur Auflage, daß nur Maschinen verwendet werden dürfen, die den erhöhten Schallschutzanforderungen entsprechen. Derartige Bedingungen können auch die Gemeinden bei ihren Ausschreibungen zu Bauvorhaben setzen.

gez. Dick
Staatsminister“

in memoriam

Dr. Willy Reichstein †

Nach langem, schweren Leiden verstarb am 22. August 1978 Dr. Willy Reichstein, langjähriger Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer und Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“.

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

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

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

Nach einer knapp dreijährigen Tätigkeit als Geschäftsführer der Bundesärztekammer wechselte Dr.

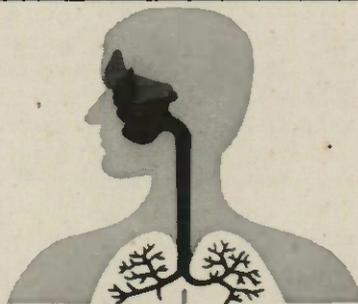
Reichstein wieder in seine Wahlheimat und trat am 1. Januar 1961 in die Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer ein. In dieser Zeit erwarb er sich als Geschäftsführender Arzt, Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebs-erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. und als 2. Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. große Verdienste. Er hatte ganz wesentlichen Anteil an der Münchener Diabetes-Aktion 1967/68 und es ist seiner Tatkraft zuzuschreiben, daß im Juli 1968 die Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf ihren Betrieb aufnehmen konnte, gefolgt von der Schloßbergklinik Oberstaufer 1969.

Am 6. April 1971 fanden seine Verdienste mit der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ihre wohlverdiente Anerkennung.

Am 1. April 1974 trat Dr. Reichstein aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand.

Wir werden Herrn Kollegen Reichstein stets ein ehrendes, dankbares Gedenken bewahren.

Professor Dr. Sewering



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, einogone Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tubenkatarrh, zur Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mezerat eus: Rad. Gentian, 0,2 g, Flor. Primul, 0,6 g, Herb. Rumic, 0,6 g, Flor. Sambuc, 0,6 g, Herb. Verben, 0,6 g - 1 Drsgée

enthält: Rad. Gentian, 0,006 g, Flor. Primul, 0,016 g, Herb. Rumic, 0,016 g, Flor. Sambuc, 0,016 g, Herb. Verben, 0,016 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragees. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragees DM 8,55, OP mit 240 Dragees DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragees.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Die Sorge um Gesundheit ist so alt wie die Kenntnis von Krankheiten. Konkretes Wissen um die Zusammenhänge von Erkrankungen, Schmerz, psychische, physische und existentielle Folgen motiviert den einzelnen ganz unmittelbar zu Achtsamkeit, Vorbeugung und Sorgfalt im Umgang mit diesem kostbaren Gut. In einer technisierten und industrialisierten Welt, Verstärkung und Konsumzwang ausgeliefert, verkümmert dieser natürliche Erfahrungserwerb. Die Zivilisationskrankheiten nehmen zu, sie beherrschen die Krankheitslandschaft. Mit den einfachen Sinnen sind sie nicht faßbar, sichtbar werden erst die späten Folgen. Selbst den Wissenschaftlern bleiben die Ursachen noch häufig im Dunkeln; über Faktoren und Risiken wird mehr spekuliert als sicher gewußt. Die therapeutischen Erfolge sind häufig entmutigend. Wie soll in dieser Situation der einzelne motiviert werden, die Energie zu anhaltender aktiver Vorsorge seiner Gesundheit aufzubringen? Täglich kann er sich von schädlichen Einwirkungen auf seine Gesundheit überzeugen, die z. B. vom Straßenverkehr, von Lebens- und Genußmitteln ausgehen, von chemischen und selbst pharmazeutischen Produkten, von Strahlenquellen, und selbst von jener Atmosphäre, die er in der Familie und am Arbeitsplatz vorfindet und hinzunehmen hat. Hilf- und Ratlosigkeit muß wachsen und wird zur Quelle wachsender Beanspruchung ärztlicher Dienste. Das so verunsicherte Individuum wird zum Patienten gemacht, mißtraut seinem Wohlbefinden und will mit seiner Gesundheitsvorsorge nicht allein bleiben: er verlangt vom Arzt den Ausschluß ihm möglicherweise verborgener Erkrankungen; Gesundheit wird zur Forderung an die Gesellschaft.

Die Suche nach latenten, symptomfreien Krankheitszuständen oder — noch schwieriger — der Beweis, daß hinter subjektiven Störungen sich keine verborgene Krankheit verbirgt, wird damit dem Arzt zunehmend zur Aufgabe gemacht. Die dem Arzt zur Verfügung stehenden Untersuchungsmöglichkeiten halten dieser Anforderung jedoch oft nicht stand, Fehlerquellen im technischen Bereich führen manchmal zu unrichtigen Diagnosen. Die Suche nach

Kenntnissen und Möglichkeiten ärztlicher Hilfe ist — was die Zivilisationskrankheiten betrifft — ein Rennen hinter dem Ball, von Umwegen und Irrwegen begleitet. Mit Unkenntnis der Ärzte, schlechtem Ausbildungsstand oder gar Habgier hat dies in der Regel nichts zu tun. Gerade die Politiker führen das Wort von der „Gesundheitsvorsorge“ zunehmend im Munde, diffamieren die Leistungen der Ärzte, beklagen den notwendigerweise entstehenden Kostenaufwand, versprechen millionenschwere staatliche Hilfe und betreiben damit ihre Wahlpropaganda. Dabei ist kaum daran gedacht, gesundheitsgefährdende Umwelteinflüsse auszuschalten, das schleppt sich in einem Regelungswirrwarr endlos hin. Gedacht ist neuerdings daran, daß der Staat durch konkrete Gesundheitsvorsorgeprogramme Patient und Arzt unter die Arme greift, daß er für sie plant und forscht und — die Krankenkassen und ihre Mitglieder dafür bezahlen und die Ärzte am Fließband dafür arbeiten läßt. Ins Korsett staatlicher Vorsorge-Planung. Daß dabei „Patientengeheimnis“ und „ärztliche Schweigepflicht“ hinweggespült werden, ist kein Geheimnis. Der für seine Gesundheit entmündigte Bürger, eingeordnet in eine geänderte Gesundheitsverwaltung, in „Registern“ erfaßt.

Der politisierte Begriff der Gesundheitsvorsorge sollte den Politikern zur Alleinverwendung überlassen werden. Was von ärztlicher Seite getan werden kann, ist Prophylaxe, dort wo sie sich bewährt hat, und Früherkennung, wo der Stand der medizinischen Erkenntnis mit gesicherten Verfahren dies zuläßt. Für diese Aufgabe sind die Ärzte qualifiziert und nehmen sie seit Jahren wahr. Das Ergebnis, das die Ärzte auf ihr Konto buchen können, ist z. B. der Rückgang kindlicher Infektionskrankheiten und Ernährungsstörungen, gemilderter Verlauf von Stoffwechselerkrankungen, Frühdiagnose von Erbkrankheiten und Verhinderung ihrer Spätschäden, vorgeburtliche Erfassung von Blutgruppenunverträglichkeiten, und nicht zuletzt erste Erfolge der Früherkennung der Krebserkrankung der Frau. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Frauen, die sich den Früherkennungsunter-

suchungen regelmäßig stellten, aus dem Zustand höchster Gefährdung durch eine latente Krebserkrankung in völlige Gesundheit zurückgeführt. Die Zahl der Todesfälle an Zervix-Krebs sinkt. Daß sie erst nach acht bis zehn Jahren durchgeführter Früherkennungsmaßnahmen sinken würde, war vorher bekannt. Daß sie nicht stärker sinkt, ist nicht auf die Tätigkeit der Ärzte zurückzuführen, sondern einzig und allein die Folge der Tatsache, daß sich die Frauen im gefährdeten Alter zwischen 35 und 60 Jahren zu einem konstant unterdurchschnittlichen Anteil regelmäßigen Untersuchungen stellen und immer noch zahlreiche Frauen unregelmäßig oder überhaupt nicht dafür motiviert sind. Immer wieder wird auch übersehen, daß die Früherkennungsuntersuchungen beim Mann sich neben der Suche nach dem Prostata-Karzinom auf die mindestens ebenso wichtige und durchaus erfolgreiche Suche nach dem beim Mann häufigen Mastdarm-Karzinom erstrecken. Die notwendige Aufklärung in der Öffentlichkeit hat versagt, hat zumeist wissenschaftlich mehr gegläntzt als tatsächlich überzeugt und die richtige Verhaltensweise nicht herbeigeführt.

Dem erfolgreichen Angehen anderer Krebserkrankungen bei Mann und Frau setzen sich ungleich größere Schwierigkeiten entgegen. Teilweise gibt es überhaupt keine Untersuchungsmöglichkeiten, andere Untersuchungsmöglichkeiten sind noch mit technischen Mängeln behaftet und bieten nicht die nötige diagnostische Sicherheit. Dieses Gebiet ist damit wahrlich nicht geeignet für derzeit häufig zu hörende Verdammung der ärztlichen Kunst und der Ärzte selbst. Politische Planung von Programmen ist überflüssig.

Der Vorsorge des einzelnen für seine Gesundheit sind Grenzen gesetzt, was er braucht, sind konkrete Hinweise, die er in seinem persönlichen Lebensbereich praktizieren kann. Der Arzt braucht neben Kenntnissen vor allem die Mittel für seine Früherkennungsmaßnahmen. Dem Staat und den Politikern verbleibt für ihr Engagement ein weites Feld der Betätigung, schädliche Umwelteinflüsse zu verhindern. Unsachlichkeit, blinder Eifer und Experimente sind nicht hilfreich, weder dem Patienten noch dem Arzt.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Im Brunntal 3, 8000 München 80

3x schlucken.

Digestivum



Choleretikum



Antiflatulans



1x schlucken. Femkalon®

Femkalon macht die Therapie der Verdauungsinsuffizienz einfach einfacher:
Denn Femkalon ist die Summe der Wirkungen eines Digestivums, eines Antiflatulans und eines
Choleretikums, aber nicht die Summe der Preise.



Gut verdaut mit Femkalon®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Pankreatin 400 mg entspr. Lipase 32.000 F.I.P.-Einheiten, Fel Tauri depuratum sicc. (Erg. B. 6) 50 mg mit mindestens 17,50 mg Gesamtscholsäure, Dimethylpolysiloxan 40 mg (mittleres Molekulargewicht 33.000). **Anwendungsgebiete:** Verdauungsbeschwerden besonders bei Fermentmangel; Pankreasfermentmangel infolge chronischer Erkrankungen der übrigen Verdauungsorgane; Zustand nach Oberbauchoperationen

mit Fermentmangel. **Gegenanzeigen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschluss der Gallenwege, Gallenblasen-Empyem, Coma hepaticum, Ileus. **Dosierungsanleitung:** Soweit nicht anders verordnet, 3 mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit zu den Mahlzeiten einnehmen. **Darreichungsformen und Preise:** 20 Kapseln DM 7,15; 50 Kapseln DM 16,20; 100 Kapseln DM 29,15; 500 Kapseln (10 x 50 Kapseln = Klinikpackung). (Apoth.-Verk.-Preis m. MwSt.)

NATRAL PHARM
Arzneimittelgesellschaft mbH
Eupener Straße 188a
6000 Köln 41
Tochtergesellschaft der
Haltermann-Unternehmensgruppe

Standorte für die Energie von morgen

Die Weichen für eine gesicherte Energieversorgung Bayerns auch in der Zukunft sind gestellt: Der Bayerische Ministerrat hat einen überarbeiteten Standortsicherungsplan für Wärmekraftwerke verabschiedet, der in den vergangenen beiden Legislaturperioden von allen Fraktionen im Landtag immer wieder angefordert worden war. Mit diesem Standortsicherungsplan wurden Orte ausgewählt, „die aus heutiger Sicht für die Bebauung mit einem Wärmekraftwerk in Frage kommen könnten“. Als mögliche Standorte für reine Kernkraftwerke soll der Plan Olu, Rehling und, für den Fall, daß der Standort Rehling ausfällt, Pfaffenhofen an der Zusam sichern. Orte, die sich nach Meinung der Staatsregierung sowohl für Kernkraftwerke als auch für konventionelle Anlagen eignen, sind Grafenrheinfeld, Viereth bei Bamberg, Pleinting und Marlenberg bei Rosenheim. Für rein herkömmliche Wärmekraftwerke sichert der Plan die Standorte Arzberg, Dachelhofen, Eggolsheim, Frauenaurach, Zolling und Ismaning. Bei der Verabschiedung der Landkarte für die Atom- und traditionellen Wärmekraftwerke wurde von der Staatsregierung ausdrücklich betont, daß es sich hierbei um eine „vorsorgliche Maßnahme der Raumplanung“, aber nicht um einen Kraftwerksausbauplan oder einen Standortbestimmungsplan handle.

Den Entwurf dieses Planes hatte Wirtschaftsminister Anton Jaumann zuvor in den Landtagsausschüssen für Wirtschaft und Verkehr sowie für Landesentwicklung und Umweltfragen vorgestellt. „Sichern“, so Jaumann, „der Standorte bedeutet, daß keine Planungen verwirklicht werden dürfen, die der Errichtung und dem Betrieb eines Wärmekraftwerkes an dem betreffenden Standort entgegenstehen würden. Dieses Offenhalten von Standorten bedeutet aber nicht, daß an jedem dieser Standorte ein Wärmekraftwerk gebaut werden wird.“ Die endgültige Entscheidung für den Bau eines

Kraftwerkes falle erst im Genehmigungsverfahren.

Die Notwendigkeit des Standortsicherungsplanes begründete Jaumann mit dem Strombedarf, der bis Mitte der neunziger Jahre dem elektrischen Netz zur Verfügung stehen muß, damit in Bayern nicht die Lichter ausgehen. Dies bedeute, daß Kraftwerke mit einer Leistung in Höhe von rund 8000 Megawatt, das sind nicht weniger als acht Milliarden Watt, als unterem Prognosewert bis rund 13 000 Megawatt insgesamt gebaut werden müssen. Wie der Wirtschaftsminister weiter sagte, kommen von den insgesamt zwölf Bauplätzen, die bis 1985 freigehalten werden, nur sieben Orte alternativ für Kernkraftwerke in Frage. Demgegenüber seien es in Baden-Württemberg elf von 14, in Nordrhein-Westfalen sogar 13 von 27.

Im Anhörungsverfahren, das dem Standortsicherungsverfahren vorausging und bei dem regionale Gremien gehört worden waren, lehnten sämtliche Betroffene Kraftwerkbaute in ihrem Gebiet kategorisch ab, befürworteten aber grundsätzlich Projekte woanders. Lediglich der Regionale Planungsverband Oberfranken-West sprach sich entgegen den Empfehlungen seines Planungsausschusses für die Standorte Viereth und Eggolsheim aus.

In der Debatte um den Plan in den zuständigen Parlamentsausschüssen bezeichnete der FDP-Abgeordnete Wolf-Dietrich Großer das Behandlungsverfahren für die Standortsicherung als eine „Farce“, denn in einer so wichtigen Frage, wie sie der Plan darstelle, müsse der Gesetzgeber eingeschaltet werden. Ähnlich äußerte sich der SPD-Abgeordnete Xaver Wolf, der monierte, daß der Plan erst jetzt vorgelegt werde, obwohl ihn der Landtag seit 1972 gefordert habe. Insgesamt kritisierte er, daß der Standortsicherungsplan sehr viele „Unverbindlichkeiten“ enthalte. Sein Frak-

tionskollege Hans Kolo warf der Staatsregierung vor, ganz im Sinne der Energieversorgungsunternehmen einen „ungeheuren Bedarf zu suggerieren“, ohne auf die Problematik von Überkapazitäten einzugehen. Leichtfertig sei auch die Behandlung der Entsorgungsfrage von Atomkraftwerken.

Im Landtag ist man sich zwar einig, daß es zum Einsatz der Atomenergie in Bayern keine Alternative gibt. Allerdings gehen die Meinungen über den zu erwartenden Bedarf auseinander. Wie während einer Großen Anfrage der CSU-Fraktion Wirtschaftsminister Jaumann mitteilte, muß der Freistaat derzeit 88 Prozent seines Energiebedarfs durch Importe decken. Dabei entfalle der Hauptteil auf Mineralölprodukte. Bis 1990 werde in Bayern mit einer jährlichen Zuwachsrate des Primärenergieverbrauches von 3,1 Prozent gerechnet. Auch dann werde das Mineralöl noch der mit Abstand bedeutendste Energieträger (48,5 Prozent gegenüber derzeit 80 Prozent) bleiben. Atomkraftwerke sollten 1995 bereits 25,8 Prozent des Energieverbrauches decken, Erdgas 16,8 Prozent, Festbrennstoffe und Wasserkraft dagegen nur noch 9 Prozent.

Nach Ansicht von Umweltminister Dick ist der Einsatz von mehr Kohle bei der Energiegewinnung keine „umweltgerechte Alternative zur Kernenergie“. Der Bau von Kohlekraftwerken würde nicht nur die Preise hochtreiben, sondern auch die Umwelt wesentlich stärker belasten. Dick nannte dazu Zahlen: Um den Bedarf sicherzustellen, müßte bis 1995 die Kapazität der Kohlekraftwerke versiebenfacht werden. Dadurch würden die jährlichen Schwefeldioxydemissionen von gegenwärtig 224 000 Tonnen auf 305 000 Tonnen und der Staubausschlag von 5950 auf 41 500 Tonnen ansteigen. Man könne deshalb nicht auf die „friedliche Nutzung der Kernenergie“ verzichten. Im übrigen sei die Sicherheit der Kernkraftwerke im Normalbetrieb wie auch bei Störfällen „im Rahmen des menschlich Möglichen garantiert“. Nachdem die Wasserkraft in Bayern weitgehend ausgeschöpft sei, komme auf weite Sicht als umweltfreundlicher Energieträger nur die Kernspaltung in Frage.

Michael Gscheidle

Sozialpolitik im Herbst

In Bonn läutet die Politik wieder auf Hochtouren. Bundesregierung und Koalition zeigen sich in schlechterer Verfassung als vor der parlamentarischen Sommerpause. Vor allem das politische Tauziehen um das Steuarpaket schwächt die Koalition gerade in einem Augenblick, da alle Kräfte für einen Wahlerfolg in Hessen und Bayern benötigt würden. Die Kommunalpolitiker laufen gegen den Abbau der Lohnsummenstauer Sturm. Die Länder fürchten um ihren Anteil an der Steuermasse. Auf dem linken Flügel der SPD hält man die Entlastung des kleinen Arbeitnehmers für zu gering, die der hohen Einkommen für zu hoch und steuerliche Erleichterungen für die Unternehmen für überflüssig. Schmidt ist in Bedrängnis, aber die Partei bleibt auf ihn angewiesen. In diesem politischen Klima will es der FDP nicht gelingen, Profit zu gewinnen. Das Steuarpaket hätte zum Wahlschlager werden sollen, aber daraus wird nun nichts.

Querelen gibt es auch wieder über die Rentenpolitik. Schmidt-Kempton (FDP) hatte öffentlich die Rückkehr zur alten Rentenformel im Jahre 1982 in Zweifel gezogen. Die CDU gab sich sogleich empört. Sie habe es ja immer gewußt, wie unzuverlässig die Koalition in der Rentenpolitik sei. Die SPD sah sich genötigt, Schmidt-Kempton hart zu dementieren.

Dennoch könnte die Rentenversicherung in neuen Schwierigkeiten kommen. Das Drängen der Gewerkschaften auf Arbeitszeitverkürzung könnte und müßte zu niedrigeren Lohnzuwachsrate führen. Ehrenbergs Sanierungsgesetz aber ist mit jährlichen Lohnraten von sechs Prozent kalkuliert. Sollten Löhne und Beitragszahlungen jährlich nur um fünf Prozent steigen, so würde schon 1980 die Mindestrücklage unterschritten, und die Rentenversicherung geriete in eine neue Liquiditätskrise. Verbesserter Mutterschutz und die Herabsetzung der Altersgrenze für Schwerbehinderte können in Zukunft zu jährlichen Mehrbelastungen bis zu einer Milliarde Mark führen.

In Ehrenbergs Haus wird, wie bekannt geworden ist, an einer neuen ärztlichen Gebührenordnung gearbeitet. Dafür sollen folgende Grundsätze gelten: Die neue, zwischen den Kassen und den Kassenärzten ausgehandelte Punktwert-Tabelle soll der amtlichen Gebührenordnung zugrunde gelegt werden, ergänzt um jene Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen gehören. Die von den Kassen im Durchschnitt gezahlten Honorare sollen als Regelsätze gelten, zumindest bei jenen Patienten, deren Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Der staatlichen Beihilfe würde das wesentliche Ersparnis, den Ärzten entsprechende Einkommensverluste bringen.

Die Möglichkeit, bis zum Sechsfachen der Gebührensätze zu liquidieren, soll eingeschränkt werden. Im Arbeitsministerium denkt man an eine Spanne bis zum Dreifachen. Abweichende Honorarvereinbarungen sollen zugelassen bleiben, aber der Schriftform bedürfen. Was aus jenen Plänen wird, bleibt abzuwarten. Bei der Opposition denkt man aber offensichtlich in ähnlicher Richtung, denn im neuen gesundheitspolitischen Programm der CDU wird die Forderung gestellt, die bisherige Möglichkeit der Liquidation bis zum Sechsfachen der Gebührensätze mit dem Ziel zu überprüfen, die Liquidation auf das Vierfache aktualisierter Gebührensätze zu beschränken.

Aber dabei handelt es sich um einen Nebenpunkt dieses Programms, das in fast vierjähriger Beratung entstanden und vom Parteipräsidium abgesegnet worden ist. Der Parteitag wird damit nicht befaßt, was bei der Bedeutung des Themas doch überraschend ist. Das umfangreiche Programm – 94 hektographierte Seiten mit 190 Punkten – ist unter der Federführung des liberalen Kieler Staatssekretärs Professor Beska entstanden. Seine Handschrift ist trotz mancher Kompromisse, die mit den Sozialpolitikern der Union geschlossen werden mußten, erkennbar geblieben. CDU-Generalsekretär Gaißler sprach bei der Vorstellung des Programms von einem Kontrastprogramm zur SPD und deren Vorstellungen von einem integrierten System der medizinischen Versorgung.

Beska, von Journalisten danach gefragt, mainte pointiert, daß er sich entschieden gegen den Versuch der „Konzertierten Aktion“ zur Wehr setzen werde, die Ausgaben der Kassen ausschließlich an deren Einnahmen zu orientieren. Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

führe zur Etablierung der Gesundheitspolitik und damit letzten Endes zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Gaißler wandte sich dagegen, daß die „Konzertierte Aktion“ ein Herrschaftsinstrument des Bundeserbeitsministers umfunktioniert werde. Die Union habe sich unter der „Konzertierten Aktion“ eine Gesprächsrunde vorgestellt, in die jede Gruppe ihre Überlegungen einbringe, aber auch einem Begründungszwang für ihre Politik unterliege.

Als Ziel ihrer Gesundheitspolitik nennt die CDU eine „angemessene Versorgung mit medizinischer Wirksamkeit bei vertretbarem Aufwand“. Nicht alles, was medizinisch möglich sei, könne finanziert werden. In diesem Zusammenhang wird an das Verantwortungsbewußtsein aller Beteiligten appelliert. An den Grundsätzen des Sachleistungssystems will man festhalten. Eine generelle prozentuale Selbstbeteiligung der Versicherten wird abgelehnt.

Bemerkenswert ist das eindeutige Bekenntnis zur freien Arztwahl und zur freien Berufsausübung der Heilberufe. Die ambulante Versorgung durch niedergefesselte Ärzte und Zahnärzte soll Vorrang haben. Ambulatorien und Medizinisch-Technische-Zentren werden abgelehnt. Dem Arzt für Allgemeinmedizin wird als Haus- und Familienarzt eine Schlüsselfunktion zugewiesen. Mehr als 80 Prozent der Patienten könnten abschließend durch einen Arzt für Allgemeinmedizin behandelt werden. Dies sei auch am kostengünstigsten. Zur Verbesserung der Stellung des praktischen Arztes wird ein Katalog von Vorschlägen präsentiert, der sich an der Diskussion innerhalb der Ärzteschaft orientiert.

In dem Programm fehlt es sicherlich an neuen tragenden Ideen. Das braucht man nicht als Mangel zu empfinden nach den vielen utopischen und linkslastigen Programmen und Plänen, die in den letzten Jahren die gesundheitspolitische Diskussion geprägt und belastet haben. Die CDU behält den Kontakt zur Wirklichkeit, auch wenn die Konsequenzen, die sich aus dem Kostendämpfungsgesetz ergaben, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Beska engagiert sich zwar gegen die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Kassen. Im Programm selbst wird dies nicht so deutlich. Die CDU bemüht sich um die Versachlichung der politischen Diskussion über die Gesundheitspolitik und verbessert damit die Chancen für eine vernünftige Weiterentwicklung des Systems.

bom-mot

Der Eid des Hippokrates *

von Fritz Butters

Als Dante an der Hand des großen römischen Dichters Virgil von der Hölle zum Paradies ging, da begegneten ihm auf seinem Weg über den Berg der Läuterung zwei Männer. Sie werden als ehrwürdig beschrieben. Der Eine, so heißt es, war gewendet als ein Schüler des großen Hippokrates, mit dem Natur einst ihre liebsten Kinder hat beschenkt.

Nehmen Sie diese Worte aus der „Göttlichen Komödie“ gleichsam als ein Motto. Es ist gut über eine Abhandlung ein Motto zu setzen, es schafft Atmosphäre und öffnet damit eine weitere Tür zur Verständigung. Man hat Ihnen angekündigt, daß heute hier von dem Erzvater des Ärztlichen, diesem Geschenk der Natur an ihre liebsten Kinder, die Rede sein soll, von Hippokrates und von seinem Gelöbnis. Wenn ich dazu Ihre Aufmerksamkeit erbitte, so legitimiert mich zunächst allein der für die Jubiläumsfeier erteilte Auftrag, der mich ehrt. Vielleicht erlauben viele Jahre eigenen Erlebens ein gültiges Urteil über das Wesen des Ärztlichen, über seinen Bestand und seine Gefährdung.

Es gab Zeiten, lange Zeiten einer scheinbar ungefährdeten Welt des Arztes. Fürchten Sie nicht, daß die banale Floskel von der sogenannten guten alten Zeit aufgegriffen wird, die Menschen ändern sich nicht, sie waren zu keiner Zeit sehr viel besser oder sehr viel schlechter. Auch unsere Vorgänger im Dienst waren Menschen und keine Heilige, aber das Bild ihres Auftrages war sakrosankt! Dann kamen Jahre bitteren Entbehrens, im Materiellen wie im Geistigen, es kam das Elend der Kriege, in denen mancher aus unseren Reihen weit über sich selbst hinauswuchs, manch einer freilich auch zum Erfüllungsgehilfen verzerrter Ideologien wurde. Blickt man heute fernab vom Getriebe des Tages, aber wachen Auges auf den Gang

der Dinge, so wird man nicht frei von der Sorge, es könnte die pralle Sonne der Prosperität manches versengen, was sorgsam gehütet und geschützt gehörte. In all diesen Phasen eines doch immer wieder ganz unterschiedlichen Ambiente galt der Name Hippokrates und würdigte man diesen „Horkos Hippokratou“, jenes außergewöhnliche Dokument, das als der Eid des Hippokrates in die Kulturgeschichte einging. Oft zitiert, meist ohne hinreichende Kenntnis seines Inhalts, somit häufig mißbraucht.

Man darf es jetzt nicht blasphemisch nennen oder aus einer ganz anderen Sicht gar eine Bigotterie darin sehen, wenn man sagt, daß man sich nach der Lesung des Textes fühlen kann wie der Priester, der sein Schriftwort verlesen hat und dem nun zufällt, das Wort des Herrn in der Sprache seiner Diener auszulegen. Diese Projektion in den sakralen Raum wird jeder billigen, der nur einmal sich etwas eingehender mit dem Text befaßt hat und dann sehr bald die Nachbarschaft spürt in der Struktur zu unserem großen christlichen Dekalog: die Nominierung des Gottes und dann das „Du sollst“ und „Du sollst nicht“ und „Du sollst Dich nicht lassen gelüsten“! Unverkennbar das Formale des Gebetes. Der Betende ist ein Bittender oder er ist ein Dankender und das Ganze beginnt doch – wie Sie wissen – wie ein Hohes Lied der Dankbarkeit.

Horkos, das ist der Eid. Das Wort aber ist vielschichtig und es bedeutet auch das Bekenntnis, das Gelöbnis, das Testament. Keinesfalls meint es das, was man sich so landläufig unter dem Leisten eines Eides gar im forensischen Sinn vorstellt. Wir leben in einer Zeit, die offenkundig schier unüberwindliche Schwierigkeiten hat mit Wertvorstellungen. Ein groß Teil Schuld an dieser Wirtnis trägt die modische Allüre, grundsätzlich alles in Frage zu stellen. Ein zerstörerisches Tun! Die Gegen-

rede, daß sich dahinter doch ein erfreuliches Maß kritischen Denkens verberge, ist unredlich. Wesen jeder Kritik war und bleibt das Differenzieren, das Abwägen. Wägen, also wiegen kann man nur mit gültigen Maßen, ganz gewiß nicht mit solchen, die man selbst in Frage stellt. Gerade bei der doch recht verbreiteten Unentschlossenheit zu einem bekenntenden Denken, sollte man im Umgang und im Angebot von Werten sehr gewissenhaft sein und schon allein in deren Benennung äußerste Sorgfalt walten lassen. Wir haben vor geraumer Zeit, als man sich über die Frage einer möglichen Schwangerschaftsunterbrechung stritt, erfahren, wie rasch von beiden Seiten hohe Werte leichtfertig zum Spielball von Interessen und Ideologien gemacht wurden. Einen Mitmenschen zu beschuldigen, er habe einen Eid gebrochen, den dieser nie geschworen hat, ist leichtfertig. Sein eigenes Tun oder Lassen mit einem Eid zu begründen, den man nie geschworen hat, ist in gleicher Weise leichtfertig, wenn solch taktvolle Qualifizierung dieses Verhaltens am Platze sein sollte. Keiner der zahlreichen Ärzte im Lande hat jemals einen derartigen Eid geschworen, wer sollte ihn denn abnehmen und wer sollte denn bereit sein, bei Apollo und Asklepios, bei Hygieia und Panakeia zu schwören, heute, wo schon die klassische Formel „sowahr mir Gott helfe“ manchem verdächtig ist. Wenn einer die Forderungen des Hippokrates für sich und vor seinem Gewissen für verbindlich erachtet und demgemäß handelt, so trifft er eine persönliche Entscheidung, so, wie sie Hippokrates für sich getroffen hat. Sie hat nichts zu tun mit einem Eid der genannten Vorstellung und darum sollte man auch nicht von Eiden reden. Es geht um das Geländere, an das man sich klammert, wenn die Treppe zu steil wird, der Pfad zu unwegsam, wenn Abgründe drohen, und die drohen immer in unserem Beruf, der nicht auf Perfektion und Sicherheit fußt, sondern sich in einer steten Auseinandersetzung befindet mit den Unwägbarkeiten des Menschen und seiner Natur, einem Beruf, in dem es eben nicht nur um das Machbare geht, sondern auch um das, was dem Menschen zumutbar ist. Diese Differenzierung ist wohl der Kern im Denken des Hippokrates. Er war der Erste, soweit die Historie dies bestimmen kann, der Erste, der an dem Bild des Ärzt-

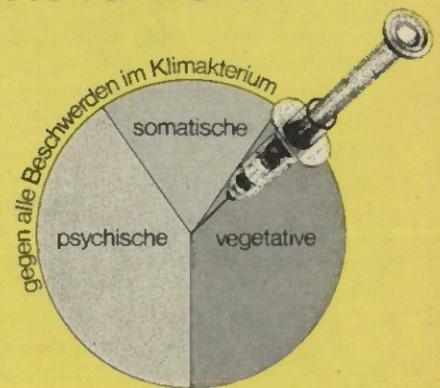
*) Festvortrag anlässlich des 100jährigen Bestehens der Medizinischen Gesellschaft Nürnberg.

Das Klimakterium ist keine Krankheit, aber „es muß betont werden, daß die Patientinnen in den meisten Fällen, obwohl es sich nur um funktionelle Beschwerden handelt, ein wirkliches Krankheitsgefühl empfinden und sich in ihrer Gesundheit bedroht fühlen.“

Lauritzen, C., Die Therapie des Klimakteriums, Therapiewoche 24, 45: 5198 (1974)

Gynodian Depot

hilft der Frau
im Klimakterium
wirklich weiter



Zusammensetzung: 1 ml Gynodian® Depot enthält 200 mg 3 β -Heptanoyloxy-androst-5-en-17-on (Prasteronönanth) und 4 mg Östradiol-17-valerianat in ölliger Lösung. Indikationen: Charakteristische Ausfallerscheinungen im Klimakterium der Frau oder nach Ovariektomie bzw. Strahlenkastration wegen nichtkarzinomatöser Krankheiten. Dosierung: Im allgemeinen 1 Ampulle i. m. alle 4 Wochen. Die Häufigkeit der Injektionen hängt von dem Wiederauftreten der Beschwerden und deren Beeinflussbarkeit ab. Ölige Lösungen wie Gynodian-Depot sind ausschließlich intramuskulär zu injizieren; insbesondere ist eine intravasale Injektion zu vermeiden. Nebenwirkungen: Nur selten kommt es zu erhöhter Libido, Spannungsgefühl in den Brüsten, Gewichtszu- oder -abnahme. Eine kurzdauernde, meist östrogenbedingte Entzugsblutung erfordert keinen Abbruch der Behandlung. Lang anhaltende oder wiederholt und unregelmäßig einsetzende Blutungen müssen stets differentialdiagnostisch geklärt werden. Falls während der Be-

handlung mit Gynodian-Depot vermehrter Haarwuchs im Gesicht und an den Beinen oder Stimmveränderungen auftreten, ist es unwahrscheinlich, daß dies mit der Anwendung des Präparates zusammenhängt. Denn derartige Erscheinungen sind im Klimakterium auch ohne jede Medikation nicht selten, und es wurde sogar beobachtet, daß sie sich unter der Behandlung mit Gynodian-Depot zurückgebildet haben. Trotzdem ist besonders bei Frauen mit Sing- oder Sprechberufen zu erwägen, ob bei Auftreten solcher Erscheinungen die Behandlung beendet werden sollte, weil die tatsächliche Ursache im Einzelfall nicht festzustellen sein wird. Bei stärkerem Blutdruckanstieg soll die Therapie abgesetzt werden. Kontraindikationen und Risiken: Hormonabhängige Tumoren des Uterus oder der Mammae bzw. Verdacht darauf, Endometriose, Fettstoffwechselstörungen, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Inwieweit Gynodian-Depot während einer Schwangerschaft unbedenklich an-

gewendet werden kann, ist nicht bekannt. Patientinnen mit Diabetes, Hypertonie, Otosklerose, multipler Sklerose, Epilepsie, Porphyrie oder Tetanie sind besonders zu überwachen. Das gleiche gilt für die regelmäßige Einnahme anderer Medikamente (z. B. Barbiturate, Hydantoine, Phenylbutazon, Rifampicin). Besondere Hinweise: In Abständen von etwa 6 Monaten empfehlen sich vorsorglich gynäkologische Untersuchungen. Peckungen und Preise lt. AT: Spritzampulle zu 1 ml DM 15,23, 3 Spritzampullen zu je 1 ml DM 40,15, 3 Ampullen zu je 1 ml DM 39,26. A.P. 15 und 60 Spritzampullen oder Ampullen zu je 1 ml. Ausführlichere Informationen zum Präparat enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Z. ist die 3. Auflage vom Juli 1977 gültig). April 78®

SCHERING AG
BERLIN/BÉRGKAMEN

lichen zeichnete, der an der Gestalt des Arztes modellierte. Wenn dieses Bild, wenn diese Gestalt nun im Laufe der Zeiten manche Einbuße erfahren hat, so ist dies ein sehr komplexes Geschehen. Es sind geistesgeschichtliche Wandlungen, es sind soziologische Veränderungen, es sind ideologische Verzerrungen und vieles mehr. Der Kern des Übels aber liegt in uns selbst, er liegt darin, daß unser ärztliches Tun in zunehmendem Maße ein Tun ohne Bild geworden ist.

Die Welt des Hippokrates war eine humanitäre, was sollte sie sonst auch sein. Der Stern des Christentums war noch nicht aufgegangen, von ihm konnte noch kein Glanz fallen auf Vorstellungen von Dienst, von Opfer, von Liebe oder gar von Agape. Der Mensch konnte sich noch nicht im Spiegel verheißener Ebenbildlichkeit orientieren, er mußte seinen Wert, seinen Sinn in sich selbst suchen. Was Hippokrates bei diesem Suchen gefunden hat, ist etwas Außerordentliches. Allein seine Einstellung zu dem Geschenk des Lebens bedeutet ein klares Ja zur Schöpfung. Es ist unvorstellbar, daß er irgendeine Form des Neinsagens zu dieser Schöpfung gebilligt hätte, auch nicht in dem Maße, in dem es der bekannte Schriftsteller Jean Amery tut in seinem vielerörterten Diskurs über den Freitod, den er als eine bedeutsame, humanitäre Entscheidung feiert. Das Wort „humanitas“, so, wie wir es heute hier verstehen, findet sich erstmals in der ersten Rede des Cicero, es hat keine Entsprechung im Griechischen. Wollte man es dort aber nicht nur sinngemäß, sondern in der ganzen Tiefe seines Bedeutens erfassen, so gelingt dies allein mit dem Wort „paideia“. Paideia, das ist die Bildung als Formung, der zum Menschen gebildete, zum Menschen geformte Mensch. So wie Prometheus da sitzt und Menschen formt nach seinem Bilde. Solch großartiger Entwurf ist unvorstellbar ohne Maßstäbe und ohne Wertsetzung und so sind die Formulierungen des Hippokrates nichts anderes als eine ununterbrochene Folge der Konstituierung von Werten. Er spricht vom Wert der Dankbarkeit, er spricht vom Wert des Lebens und bezieht das keimende und das ausgehende Leben ein, er spricht vom Wert der Würde und so fort. Und er spricht zwischen den Zeilen und zwischen den Worten immer wieder von dem,

was dem Menschen zumutbar ist. Wollte man den Versuch wagen, das tiefinnere Denken in Worte zu fassen, so gelingt es kaum besser als mit ein paar ganz schlichten aus einem Gedicht der Marie Luise Kaschnitz, einem Requiem. Es heißt dort: „Ich wünschte zu sagen, daß Du jedem die Würde zurückgabst, die jedermann hatte.“

Jetzt erst, nachdem dies alles gesagt ist, scheint es angezeigt, das Wort Ethik in die Gedanken einzufügen, ein Wort, das mancher wohl gern an allen Anfang gestellt gesehen hätte, in der irrümlichen Meinung, es könnten die Forderungen des Hippokrates doch auch heute noch gleichsam das Gerüst bilden für eine ärztliche Standesethik. Irrig allein deshalb, weil es so etwas wie eine Standesethik nicht gibt. Ein Mensch handelt nicht ethisch, weil er einem bestimmten Berufskreis zugehört. Es geht auch nicht um den Arzt, den Richter, den Lehrer, oder was er sein mag, es geht allein um den Menschen, der in seiner berufsbedingten, standesgemäßen Tätigkeit nicht vergißt, was er dem Menschen schuldig ist, sich selbst und dem anderen. Was ihm zu tun gebühret, so hat es später die christliche Welt formuliert, „wozu mich Dein Befehl in meinem Stande führt“. – Es gibt Berufsordnungen, Standesordnungen disziplinärer Prägung, aber es gibt keine Standesethik!

Mit einer solchen, wohl etwas apodiktisch klingenden Äußerung bringt man sich selbst in die kaum beneidenswerte Lage, eine klare Interpretation des Wesens der Ethik geben zu müssen. Das griechische Wort „ethos“ bedeutete ursprünglich den Raum, den Aufenthalt. In bezug zu menschlicher Verhaltensweise wurde es in der vorsokratischen Zeit gebracht und es begegnet uns dort bei Heraklit in der etwas eigentümlichen Formulierung: *ethos anthropo daimon*, d. h. wörtlich: „Der Ethos ist dem Menschen das Göttliche.“ Man könnte eine Fülle von Gedanken an diese drei Worte knüpfen, bis hin zur Bezeichnung unserer jüngsten Wissenschaft, der Verhaltensforschung als Ethologie. Es soll hier aber die lapidare Feststellung des Heraklit genügen, daß der Raum, in dem sich der Mensch aufhält, verhält, eine Haltung bezieht unter der Ordnung des Daimonion, also einer göttlichen Ordnung steht. Daß die-

ser Mensch nun ständig gegen diese Ordnung verstößt und sündigt, ist kein Widerspruch. Das wiederkehrende Wort von der Krankheit als der Sünde Sold ist ein verfängliches, solange es in der Vordergründigkeit der Moral als Sühne für begangene Schuld verstanden wird und nicht als ein existentielles Ereignis, als bildhafte Beschreibung der Grundbefindlichkeit des Menschen, als bildhafte Beschreibung seines Aufenthaltes in einem ihm vorgegebenen, eben beschriebenen Raum, der von einer Art ist, daß dieser Mensch ständig eus ihm zu fallen droht, allein gehalten durch ein sehr wankelmütiges Vertrauen in den „Einen, welcher dieses Fallen unendlich sanft in seinen Händen hält“. Erlauben Sie diese Verszeile Rilkes zur Beschreibung solch außerordentlichen Geschehens. Ich werde die Verwendung des Dichterwortes noch begründen, soweit es dort einer Begründung bedarf, wo dieses Wort von einer sprachlichen Schönheit und von einem gedanklichen Gehalt ist, von dem noch immer ein Schimmer fällt auf unseren schmalen, irdischen Versuch, den wir doch mit dem Ärztlichen machen. Dem kommt es nun wahrlich zu, die Dinge sanft in Händen zu halten, den Fallenden aufzufangen, mit der einen Hand die biologische Störung, damit sie nicht in die Zerstörung falle, mit der anderen die Angst, damit sie nicht in die Panik der Hoffnungslosigkeit gerate und dies in einer Art zu tun, daß eine Hand auch immer sehr wohl weiß, was die andere tut, so, wie die Gerechtigkeit in der einen Hand den Tatbestand wägt, in der anderen das Motiv. Befund und Befinden! Und was ist denn dieses Ärztliche am Ende anderes als der stete Versuch einer Versöhnung zwischen diesem Befund und diesem Befinden, eine große Mitterschaft, die Essenz hippokratischen Denkens.

Ich glaube nun nicht, daß es viel Gewinn bringen könnte, den Ausführungen des Hippokrates Satz für Satz und Wort für Wort nachzugehen; ihre Wirkung wird durch keine Interpretation erhöht. Aber erlauben Sie vor dieser großen hippokratischen Kulisse, im Angesicht der Intentionen dieses Gelöbnisses den Versuch einer Deutung des Phänomens des Ärztlichen. Ich mißtraue in zunehmendem Maße der so einseitig bevorzugten Gültigkeit des Begriffes, man sehnt sich bisweilen nach

der frühen Eidetik, die in ihrer Bildhaftigkeit doch so sehr viel verlässlicher eine Verständigung erlaubt. Lassen Sie mich das, was ich über dieses Ärztliche sagen möchte, im bildhaften Vergleich, im Gleichnis der Sprache tun, die doch das nämliche Charakteristikum der Mittlerschaft in sich trägt wie das Ärztliche, der Sprache, unserem einzigen Ausdrucksmittel in der Verlorenheit zwischen dem Nur-Denkbareren, also dem Befund und dem Nur-Erleidbareren, also dem Befinden.

Eine überraschende Thematik vielleicht für die Zentenarfeier einer Gesellschaft, die doch so ganz auf das Wissenschaftliche hin gegründet, auf das Wissenschaftliche hin ausgerichtet scheint. Es ist nicht die Stunde, die Dimensionen des Wissenschaftlichen abzustecken, aber es muß gesagt werden, daß es eben der Blick auf die Position der Wissenschaft, die Sorge um den weiteren Weg unserer Wissenschaft war, die diese Gesellschaft gründen ließen und die Anlaß gaben, in den Mittelpunkt der Jubiläumsstunde die Gestalt des Hippokrates zu rücken und vom Arzt zu reden.

Wenn die Sprache als Gleichnis dienen soll, dann nicht nur wegen ihrer wesenhaften Nähe zum Ärztlichen, es gibt darüber hinaus eine Fülle greifbarer Bezüge, inniger Bezüge zwischen dem Arzt und der Sprache. Es sollen ja nicht die Kreise des Philologen gestört werden, es ist nicht die Absicht, sich in das Labyrinth der Semantik zu begeben und sich dort zu verirren, es geht allein um die Glaubwürdigkeit der Rede. Es geht schon um die alte Diskrepanz, die in unserem ärztlichen Bereich in einer besonderen Weise stören kann, die Diskrepanz zwischen dem, was einer sagen will und wie er es sagt. Man kann es dem Arzt, dessen vornehmstes Hilfsmittel in all seinen Bemühungen doch nach wie vor das recht gebrauchte Wort, die recht gebrauchte Sprache ist, nicht verübeln, wenn er sich um diese Sprache sorgt, wenn er sich gegen Strömungen wendet, die im Wort nicht mehr und nichts anderes sehen wollen als nur das Vehikel einer Information, und in der großen Mittlerschaft der Sprache nur noch die vergleichsweise dazu banale Funktion der Mitteilung von Sachverhalten und Tatbeständen. Sprache läßt sich nicht auf pures Beschreiben reduzieren, sie wird in der Art ihres Be-

schreibens immer das Darzustellende mitgestalten, sie ist nicht einmal auf Realität angewiesen, sie kann auch ohne Realitäten Wirklichkeit schaffen und Bleibendes stiften. Sprache ist etwas zutiefst Poetisches, wobei dieses Wort in seiner ursprünglichen sprachlichen Bedeutung des schöpferischen Machens verstanden sein will.

Bleiben wir im gewählten Bild, versuchen wir, auf dem Weg über die Sprache den Denkinhalten des Hippokrates zu folgen.

Das große Konzert der Heilkunst wird immer wieder von einem Mißklang gestört, der Dissonanz von medizinischer Wissenschaft und ärztlichem Denken, und die Thematik ist verzerrt von der Diskrepanz zwischen Befund und Befinden. Jeder weiß, daß selbst ein mit letzter Akribie erstellter und richtiger Befund nichts auszusagen vermag über das Befinden, und daß auf der anderen Seite die subjektive Schilderung eines Befindens keinen brauchbaren Krankheitswert oder Gesundheitswert vermittelt. Die Medizin bleibt eine um Objektivierung bemühte Wissenschaft, das Ärztliche sorgt sich um die Person, ist somit primär ein bereits geschildertes humanitäres Anliegen. Es wird kaum Widerspruch wecken, wenn man sagt, daß jedes wissenschaftliche Denken, ganz gleich auf welchem Gebiet, das sich nur um sich selbst und in sich selbst bewegt, früher oder später an eine Grenze gerät, bei deren Überschreiten es unmenschliche Züge annimmt. Dieses Verdikt gilt ganz gewiß für uns in der Medizin und es sollte dort auch vor den Raum als Warnung gestellt bleiben, den wir oft so selbstverständlich, freilich immer in der besten Absicht, zu helfen oder gar zu heilen, betreten, ohne aber auch immer eine klare Vorstellung zu haben, was dieses Heile eigentlich sei. Die herkömmlichen rationalen Mittel und Möglichkeiten der Wissenschaft allein helfen uns nicht weiter, allenthalben sucht man nach neuen Zugängen, die dem logisch-kausaldiskursiven Denken noch verschlossen sind. Man vertraut dem Intuitiven. Nach dem Wesen der Intuition ist aus allen Disziplinen der Geisteswissenschaften und aus manchen der Naturwissenschaften gefragt worden, aus sehr unterschiedlichen Perspektiven also und mit sehr unterschiedlichen Denkmodel-

len. Um so erstaunlicher ist, daß die versuchten Antworten durchaus vergleichbar sind, sie alle sprechen am Ende nur noch von der Wahrnehmung einer Wirklichkeit und sind klug genug, aus einer Wahrnehmung allein noch keine Rückschlüsse zu ziehen auf das Wesen dieser Wirklichkeit. Nun sind Natur und Geist gewiß nicht die einzigen Quellen, aus denen uns Erkennen und Erfahren zufließen. Wir sollten einmal sehr sorgsam suchen in dem weiten Feld des Mythischen oder gar im Religiösen, was dann Sache des Theologen wäre, und wir sollten einmal im Reiche der Kunst verweilen, im Künstlerischen, im Dichterischen. Der große Physiker Niels Bohr schrieb einmal an Heisenberg: „Wenn es ums Atom geht, dann muß die Sprache dichterischen Ausdruck annehmen.“ Ein solches Wort aus dem Mund eines bedeutenden Naturwissenschaftlers hat Gewicht; es heißt doch nicht weniger, als daß das Dichterische unter Umständen selbst in einem naturwissenschaftlichen Fachgebiet zu einer Mitteilung, einer Verständigung befähigt sein könnte, die in der Terminologie und den weiteren Ausdrucksmöglichkeiten dieser Fachwissenschaft eben nicht gelingt.

Versucht man nun also, mit Hilfe dichterischer Sprache in das Geheimnis eines Denkens zu gelangen, dann sollte man es auch auf eine Weise tun, die ein ganz besonderes Maß dichterischer Vollkommenheit erreicht. Wir sind an der Hand des Virgil auf den Weg gegangen, bleiben wir bei ihm, denken wir an seine berühmte 4. Ekloge, dieses Gedicht, mit dem Hölderlin vorweggenommen scheint. Virgil geleitet den kommenden Knaben hinein in eine neue, bessere Welt, das goldene Saeculum. Das lateinische Wort „saeculum“ bedeutet ursprünglich die Saat. Da ereignet sich nun auch die Begegnung mit dem Gott, es heißt in dem Text: *videbit et videtur*, er wird anschauen und er wird angeschaut, die vollkommene Einheit, von Angesicht zu Angesicht. Hier wird das Wunder nun Ereignis. Der Knabe findet sich selbst dort, wo er befunden werden soll, Befund und Befinden sind eines. Die Saat ist aufgegangen, denn sie war zutiefst besorgt. Immer, wenn vom besorgten Sein die Rede ist, vom Sein als Sorge, denkt man ganz unwillkürlich an die letzten Worte des Sokrates, mit denen er seine Freunde auffor-

dert, dem Asklepios einen Hehn zu opfern. Dem Asklepios, dem göttlichen Arzt, dem einzigen unter den klassischen Göttern, dessen Wirksamkeit ebhängig gemacht worden war von der persönlichen Begegnung mit ihm. Dem um das Leben Besorgten gilt des Opfer, nicht den Stygischen. Der Hahn war das einzige Tier, das bei der Geburt des Apoll auf der Insel Delos zugegen war, mit dem Opfer des Hahns ist hinter dem ärztlichen Sohn der große Vater Apoll gemeint, der Wehrer alles Heilen. Apollo war auch der erste der Götter, den Hippokrates in seinem Gelöbnis anruft. Das Heile zu wahren, eine anspruchsvolle Wendung, die sehr hochgestimmt klingt. Aber wir haben das Daimonion aufgerufen, dort gilt auch eine andere Sprache als im Profanum. Es war von Anbeginn der Versuch gemacht, auf dem Weg über die Sprache hinter die Dinge zu blicken. Der Versuch gilt weiter.

Der alternde Philosoph Heidegger wurde einmal gefragt, wie es mit der Philosophie wohl weitergehe. Er meinte, daß unser abendländisches Denken ausgeschöpft sei und man mit ihm nicht weiterkomme. Die Philosophie wird abgelöst von der Kybernetik, war die Antwort; eine Antwort wohl gefärbt von der Resignation des Alters, aber im Grunde keine pessimistische. Die Kybernetik befaßt sich mit den Regelungs- und Steuerungsvorgängen, nicht nur in der Technik, sondern auch in der Biologie, der Soziologie, ja der Philosophie. Der Kybernetes ist der Steuerermann. Schwerlich läßt sich ein Wort finden, das treffender und umfassender die ertümliche Aufgabe des Arztes beschreiben könnte. Das Schiff hat seinen Sinn verloren, wollte man es dem Wetter, dem Wind und den Wogen überlassen, es braucht die Hand, die das Ruder führt und das Segel recht stellt, will es hindurchgelangen zwischen der Scylla und der Charybdis. Auf der einen Seite die Gefahr einer simplifizierenden Statistik, die das Individuum vergißt, auf der anderen Seite eine Sympathie, die in ein Mitleiden zerläuft, das dem Arzt nicht zukommt. So wichtig wie der Erwerb von Sach- und Fachkenntnis ist das Erlernen einer unendlich fein differenzierten Distanz, damit dieser Arzt nicht eines Tages zu einem werde, der mit seinem Kranken in dasselbe Boot steigt, das dann führerlos treibt auf dem Ozean des Leidens.

Immer das Widerspiel zwischen dem Nur-Erdenkbaren und dem Nur-Erleidbaren. „ich bin zu keinem wahren Gefühl mehr fähig, ich bin wie mein elgener Grabstein“, sagt Frenz Kafka und derselbe Kefka schreibt in der in diesem Maße wohl nur ihm verliehenen Begabung surrealen Erzählens – Sprache ohne Realität! – die Geschichte von dem Landarzt, der schließlich mit seinem Kranken auf demselben Leidens- und Sterbelager endet. Schmerzlicher kann dichterische Spreche kaum die Verlorenheit beschreiben in der Einseitigkeit des Rationalen, das kein wahres Gefühl mehr kennt und in der Verlorenheit des Sentimentalischen, das in der Hölle der Sprachlosigkeit endet, im Unsäglichen. Dringlicher läßt sich der Dichter und der Arzt nicht in seine Mittlerrolle rufen: das Rationale und das intuitive, das Richtige und das Wahre, die Angst und die Hoffnung hineinzunehmen in dieses *videbit et videtur*, von Angesicht zu Angesicht. Befund und Befinden!

Finden impliziert das Suchen und es schließt in sich jene beglückendste Form des Findens, das Erfinden! Das weiß der Wissenschaftler. Die Wahrheit nachzuahmen mag gut sein, sie zu erfinden ist besser, hat einer der großen Musiker gesagt. Nicht von ungefähr kommt dieses Wort aus dem Reich der Musik, der Kunstform, in der das Kompositorische am sinnfälligsten wird, die unendliche Vielfalt, aus der allein das Künstlerische erwächst, von dem doch insgeheim die ganze Zeit die Rede ist. Eine Folge von Tönen macht allein noch keine Melodie, eine Folge von Reimen noch kein Gedicht und die geschickte Hand des Chirurgen, selbst dort, wo sie ins Virtuose gerät, macht es unserer Arbeit noch keine Kunst. Das Künstlerische, die Heilkunst, eignet sich immer nur dort, wo das Handwerkliche, das Wissenschaftliche und das Humanitäre glücklich zusammenfallen zum wahrhaft Ärztlichen.

Man hätte mich jetzt zutief mißverstanden, wollte man hinter dem Gesagten nur einen literarischen Ästhetizismus suchen, eben der sollte überwunden werden durch die Glaubwürdigkeit dichterischer Sprache. Sonst wäre es besser gewesen, wir hätten die ganzen Überlegungen in einer anderen Kategorie ange stellt, gleichsam ein Stockwerk höher, und hätten von einem Mysterium des Ärztlichen geredet, was ganz bewußt unterblieb in der Überzeugung, daß dann die Gefahr, mißverstanden zu werden, eine noch sehr viel größere geworden wäre. Bleiben wir bei unserem Entwurf von der Mittlerschaft, dem Ausgleich von Befund und Befinden, der Versöhnung zwischen dem Erdenkbaren und dem Erleidbaren, und wir sind im Kern dessen, was Hippokrates wollte, was er selbst in den „Epidemienbüchern“ mit wohl unübertrefflicher Schlichtheit formuliert hat. „Die Heilkunst besteht aus den Dreien: der Krankheit, dem kranken Menschen und dem Arzt.“ Solches Wort bedarf keiner Interpretation, es verträgt, meine ich, keine Interpretation, denn das Wort des „Herrn“ ist immer noch um einiges wirksamer als die Sprache seiner Diener.

Lassen Sie mich mit dem Wunsch enden, daß diese Saat eines Jahrhunderts wissenschaftlichen und ärztlichen Bemühens, daß dieses Saeculum aufgehen möge in eine gute Ernte, und die Ernte wäre allein dann schon eine gute, wenn eines fernen Tages wieder einmal einer aufstünde und die Worte wiederholte: „Ich wünschte zu sagen, daß Du jedem die Würde zurückgabst, die jedermann hatte.“

Lassen Sie uns, die wir dazu bestellt sind, Sorge tragen, daß unser ärztliches Tun nicht gar zu einem Tun ohne Bild gerate.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Fritz Butters, Erlenstegenstraße 35 b, 8500 Nürnberg



Krank im Ausland?

Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst, mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei

S.O.S.-Flugrettung e.V.
7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/70 55 55



Oft verflochten: Alter und Depression

Mit Zunahme der Lebenserwartung sind psychische Störungen im Alter immer häufiger anzutreffen. Die rigorose Veränderung der sozial-psychologischen Situation des älteren Menschen (Partnerverlust, Vereinsamung, „Seniorenrolle“) wird begleitet von typischen Alterskrankheiten wie Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlafstörungen, Glaukom, Miktionsstörungen und anderem.

Die Behandlung einer Altersdepression ist unter diesen Bedingungen wahrlich nicht einfach. Die Therapie war bisher in besonderer Weise damit belastet, daß die große Gruppe der trizyklischen Antidepressiva in der Mehrzahl ausgesprochen kardiotoxisch wirkt, indem insbesondere die Herzschlagkraft (inotrope Wirkung) gemindert und die Reizleitung herabgesetzt wird. (1)

Ferner ist die Wirkung der bisherigen Antidepressiva meist durch ausgeprägte anticholinerge Nebenwirkungen belastet: Mundtrockenheit, Blutdrucksenkung, Tachykardie, Mydriasis sowie Miktionsstörungen (1).

Mit TOLVIN steht ein Antidepressivum zur Verfügung, das zuverlässig depressionslösend, sicher und außergewöhnlich gut verträglich ist. TOLVIN hat keine kardiodepressive Wirkung, die die Herzleistung gefährden könnte. Es vermindert nicht die Kontraktionskraft des Herzmuskels, bewirkt keinen überschießenden Anstieg der Herzfrequenz. Selbst bei herzkranken Patienten, die mit dem Antikoagulans Phenprocoumon und 60 mg TOLVIN behandelt wurden, ergaben sich keine signifikanten Veränderungen von Herzfrequenz, systolischem oder diastolischem Blutdruck, dem PR-Intervall und anderer EKG-Parameter.

Ebenso wurde keine Wechselwirkung zwischen TOLVIN und

dem Antikoagulans beobachtet (2).

Aufgrund der fehlenden anticholinergen Eigenschaften ist unter TOLVIN bei Patienten mit einem Glaukom oder Neigung zu Harnverhalten nicht mit substanzbedingten Komplikationen zu rechnen.

Fazit: Mit TOLVIN kann allen Depressiven, einschließlich älterer Patienten, sicherer und mit weniger Risiken geholfen werden.

- (1) Haase, H.-J.
Dtsch. Apoth.-Ztg. 117, 25 (1977), 989-992
(2) Kopera, H., Schenk, H.
Brit. med. J. 1977/2, 773

Zusammensetzung: 1 Filmtablette TOLVIN enthält 10 mg 1,2,3,4,10,14b-Hexahydro-2-methyl-dibenzo (c,f) pyrazino (1,2-a) azepin-monohydrochlorid.

Indikationen: Bei allen Depressionen und depressiven Verstimmungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Zur Erzielung einer optimalen Wirkung ist, je nach

Ansprechen des Patienten, eine Tagesdosis von 30 bis 90 mg TOLVIN erforderlich. In den meisten Fällen hat sich eine mittlere Tagesdosis von 60 mg bewährt.

Kontraindikationen: Absolute Gegenanzeigen sind bisher nicht bekannt geworden.

Nebenwirkungen, Begleitscheinungen: Müdigkeit in den ersten Tagen.

Darreichungsform und Packungsgröße: 60 Filmtabletten zu 10 mg 27,35 DM

Organon GmbH
Mittenheimer Straße 62
8042 Oberschleißheim
bei München

TOLVIN. Das sichere Antidepressivum.



Bergmann-Plakette für Professor Wieck

Am 16. September überreichte Professor Dr. Sewering in Erlangen Professor Wieck die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Dr. Hans H. Wieck, Direktor der Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik Erlangen, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer und dessen Vorstandes, Mitglied des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, hat sich in ganz besonderer Weise um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht. In den zwölf Jahren seit seiner Berufung nach Erlangen hat er über 200 Fortbildungsvorträge gehalten, einen erheblichen Anteil davon vor Ärztlichen Kreisverbänden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland. Außerdem veröffentlichte Professor Wieck rund 280 Arbeiten und gab 14 Monographien und 19 Fachbücher heraus. Der Inhalt all seiner Publikationen geht weit über rein nervenärztliche Themen hinaus und berücksichtigt besonders die Belange der niedergelassenen Ärzte, vor allem auch der Allgemeinärzte. Professor Wieck veranstaltet seit 1973 in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer alljährlich die „Fortbildungsveranstaltung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete“ mit einer jeweiligen Teilnehmerzahl von rund 500 Ärzten aus dem ganzen Bundesgebiet.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Wolfgang Leydhecker, Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum Vorsitzenden der International Glaucoma Society und zum Vorsitzenden der European Glaucoma Society gewählt.

Ausschnitte aus dem Schaffen der bayerischen Schriftstellerärzte

Wir beginnen heute mit einer Reihe von Veröffentlichungen, welche die Leser des „Bayerischen Ärzteblattes“ mit den Werken und Gedanken der bayerischen Schriftstellerärzte bekanntmachen will. An dieser Stelle sei nochmals unserem verdienten Präsidenten, Professor Dr. med. H. J. Sewering, sowie der Schriftleiterin des „Bayerischen Ärzteblattes“, Frau Rita Horn, gedankt, daß sie uns den Raum dafür zur Verfügung gestellt haben.

Als erstem geben wir Kollegen Dr. med. Erwin Stetter, Prechtelstraße 9, 8450 Amberg, das Wort. Confrère Stetter ist Sekretär der Landesgruppe der bayerischen Schriftstellerärzte, er ist aber darüber hinaus den bayerischen Kollegen bestens bekannt durch seine langjährige standespolitische Tätigkeit; vorgestellt wurde er bereits im „Äskulap und Pegasus“ („Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 3/1971, Seite 286 bis 288).

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Des Menschen Los

Traust Du auch, wenn es gut geht,
Den schönen glücklichen Stunden,
Bricht doch plötzlich einmal
Schwer ein Unglück herein.

Unerwartet kommt dann
Das jähe schreckliche Schicksal;
Denn versponnen im Tag
Denkst Du nicht an das Leid.

Doch des Menschen Los sind
Nicht nur die besseren Tege;
Ihm liegt dauernd bereit
Auch das schwere Geschick.

Vieles verloren

Wie oft gehst Du vorbei
Und übersiehst,
Was die Natur Dir bietet –
Und übersiehst die Gaben der Kultur.

Blind durchläufst Du den Teg
Nach Innen nur schauend
In der Verfolgung der Pflicht –

Keine Zeit für die Sonne,
Für des Gras und die Blumen.

Nur wenn Du abstreifst die Fessel,
Die bindet, –
An den seltenen Tegen,
An denen Du frei bist,
Denn saugst Du Dich fest.

Du erschrickst dann wohl auch
Und merkst, was du alles versäumt,
Was Du laufend verschenkt
In der Tege last,
Die Dich bindet.
Zu begrenzt ist sie doch
Die Fähigkeit eines Menschen
Gleichzeitig vieles zu tun.
Konzentrierst Du Dich auf des eine,
Muß Dir viel andres entgehn.

Autohandschuhe

Als Oberschenkelamputierter gehe ich im Urlaub mit zwei Stöcken. Zur Zeit habe ich schwarze. Sie bedurften einer Überholung, da die Farbe an vielen Stellen abgegangen war. Ein alter Patient, Schreinermeister e. D., half hier in dankenswerter Weise aus. Wie meistens – dachte ich leider erst in letzter Minute daran. Tags darauf waren wir nämlich zur Hochzeit unserer Nichte eingeladen. Bereits im Smoking, stellte ich fest, daß ich passende Handschuhe mitzunehmen vergessen hatte. Beim Gang zur Kirche brauchte ich aber einen Stock und nach meinen bisherigen Erfahrungen ging die frisch aufgetragene Farbe einige Tage noch sehr leicht ab. Um die Schwarzfärbung der Hände zu vermeiden, mußte ich also Handschuhe tragen.

Da kam mir der Gedanke, daß seit Jahren in meinem Wagen Autohandschuhe deponiert sein müßten, die ich zwar nie mehr anzog, von denen ich aber annahm, daß sie ihren Linnen einmal zugewiesenen Platz ganz unten auf der Ablage zwischen den Vordersitzen noch einnehmen dürften. Richtig, sie waren noch da. Diese Autohandschuhe haben eine Lederseite auf der Handfläche, während die Rückseiten luftdurchgängig aus feinen Schnüren geknüpft sind, wobei noch mehrere große Löcher über den Fingergrundgelenken ausgespart sind, eigentlich recht praktisch im Sommer, besonders, wenn man zum Schwitzen der Hände neigt.

Ein bißchen unsicher fühlte ich mich.
Aber die erste Überraschung war, daß

der Hotelportier, kaum hatte er die Handschuhe gesehen, sofort eine Stufe echtungsvoller „Herr Doktor“ sagte; diese Anrede fehlte sowieso bei keinem Satz: anscheinend hat er die Erfahrung gemacht, daß Dres. desto mehr ein Trinkgeld geben, je öfter sie laufend so tituliert werden.

Die Handschuhe jedenfalls imponierten. Bereits wesentlich sicherer ging ich nun meiner Wege und beobachtete weiterhin, daß jedermann die Handschuhe positiv erstaunt betrachtete.

Vielleicht dachte der eine oder andere: Wenn der arme Mensch einen Stock braucht, sind solche Handschuhe sicher ganz praktisch.

Ich hörte deshalb auch bald damit auf, den Verwandten Erklärungen über die Handschuhe zu geben. Das war gar nicht mehr notwendig; im Gegenteil: solche Handschuhe gaben geradezu mehr Sicherheit im Auftreten.

Kurz nach dieser Hochzeit fuhren wir nach Bad Hofgastein. Bei der ersten Wanderung benützte ich meine beiden Stöcke, aber ohne Handschuhe — und hatte auch sofort an der rechten Hand eine große Blase, da ich als linksseitig Oberschenkelamputierter mich rechts stärker aufstützte. Meine liebe Frau erinnerte mich daran, daß ich in den Manteltaschen wahrscheinlich Handschuhe habe; richtig, allerdings gefütterte. Sie bewährten sich bei der nächsten Wanderung von mehreren Stunden recht gut, waren aber sehr warm, wenn auch der Junibeginn für die Jahreszeit zu kalt war.

Da fielen mir wieder meine Autohandschuhe ein. Eine glänzende Idee! Ich liebe es, beim Wandern etwas legere zu gehen: eine alte Kordhose, ein angebrauchtes dickeres grünes Hemd, die Ärmel möglichst hochgekrempt, darüber noch einen ärmellosen hellblauen Pullover, der durch langes Tragen und öfteres Waschen gerade die richtige Dicke bzw. Dünne erreicht hat, und dazu natürlich einen großen blauen Rucksack. Außerdem trage ich, je nach Wetter, eine dünne weiße Schildmütze zum Abhalten der Sonne oder eine feingestrickte Wollzipfelmütze, die rot oder schwarz aussieht, je nachdem, welche Seite nach außen genommen wird.

Sie werden es kaum glauben: sogleich bemerkte ich wieder die Wirkung der Autohandschuhe. Während die Leute sonst viellleicht dachten: na ja, das geht ja mit zwei Stöcken noch ganz gut, — und meinen Aufzug halt tolerierten, bemerkte ich jetzt andere Reaktionen. Der nur rechtsgetragene Handschuh mit den für viele überraschenden Aussparungen in dem nicht schlecht aussehenden Netzwerk mußte mir am Aufzug einen geradezu snobistischen Zug verleihen. Die Blicke einiger Vorübergehender seugten sich am Handschuh fest; manche tuschelten miteinander; aber fast ausnahmslos bemerkte ich eine staunende Verwunde-

rung, die über die sonstige wohlwollende Reaktion hinausging — der Handschuh schuf gewissmaßen erneut Distanz. Warum sage ich „armut“?

Nun, zunächst fühlt sich der normale unbeschädigte Mensch gegenüber einem Versehrten trotz aller energiegeladener Versuche und Aufforderungen, „ihn einfach so hinzunehmen“, nicht gerade schockiert, aber doch als ein anderer; er erlebt das Andersartigsein des Versehrten doch als etwas ganz Unmittelbares, wenn er nicht laufend mit Versehrten zu tun hat. Die zweite Reaktion ist dann oft die Überkompensation: man möchte das erste innerliche Erschrecken wieder gutmachen und versucht sich nun besonders positiv einzustellen, etwa so, daß man bereit ist, dem Versehrten anteilnehmend und ermunternd auf die Schulter zu klopfen.

An diesem Punkt der Entwicklung der gegenseitigen Beziehungen greift nun die Form der unbekanntenen Handschuhe moderierend ein: der Begegnende geht wieder auf mehr Distanz. Was so ein Handschuh alles bewirken kann! Man sollte es kaum glauben: aber dieses kleine Stückchen aus Leder und Schnüren entwickelt eine ungeahnte Dynamik.

Ein Menschenleben *

Eine Bilderfolge ohne Handlung, die zum Nachdanken und zum klareren Bewußtwerden des eigenen Standpunktes in der Auseinandersetzung mit den dargestellten Gedanken anregen möchte

— Ort und Zeit der Handlung: immer hier und jetzt —

14. Bild: (Herrenzimmer)

Er:

Das Danken führt schon weiter, doch befürchte ich ernstlich, daß es oft kahl und allzu nüchtern sei. Wird es nicht manchmal leer, wie ein Garippen, das den knöchernen Halt des Körpers darstellt, sinnvoll gebeut und klar in seinen Formen, doch eben ohne Fleisch und Blut. Das Denken macht den Menschen nicht allein; er wäre sonst ein Gast auf dieser Erde, beobachtend nur, doch nicht auch wirkende Person. Er muß auch handeln; doch nicht allein nur aus dem Denken sei sein Tun gespeist; er sei zugleich als Fühlender der Welt verbunden; dem geistigen Erfassen aller Welt und aller Werte muß beigegeben sein das fühlende Herz; es ist so eigentlich der Träger alles Menschlichen, wird auch im Reiche der Natur beim Menschen erst bewußt. Doch da das geistige Erfassen nur dem Menschen zukommt als sein alleiniger Besitz, den noch kein Tier erreichen, so

*) Ausschnitte aus dem Buch „Ein Menschenleben“, Europäischer Verlag, Wien, 1972.

möcht gar oft man meinen, daß das Geistige das eigentliche Menschenprägende halt sei; doch ist es eine Täuschung, eine fürchterliche Täuschung, die den Menschen seinen wertvollsten Besitz verkennen läßt und schon viel grenzenloses Unheil über unsere Welt gebracht hat, wenn ohne Bindung an Gefühl und Seele die Menschheit suchte von dem Geist gefundene Ideen und Theorien durchzusetzen, nicht achtend die Gefühle, beiseite schiebend den Schmerz von Millionen einzelner Menschen um der Erreichung eines von dem Geist gesetzten Zieles willen. Der Mensch wird hier verkannt in seinem Wesen; nicht für Ideen als Schachfigur nur benützt zu werden und hin- und hergeschoben nach Bedarf zu vegetieren ist eines Menschen eigentliche Wartbestimmung: zu leben heißt geschauten Werte in sich aufzunehmen, in seinem Innern fühlend beglückt und leidend sich mit ihnen auseinanderzusetzen — im Inneren die Welt bewegend. Wo man der Forderung der Werte, sie auch draußen zu verwirklichen, gezwungen sich dann fügt, muß man des Nächsten Inneren ganz so behutsam achten, als sei's das eigene. Es wird dann die Verwirklichung so manchen Wertes mit zarter Hand versucht und nicht so rücksichtslos und rauh, wie oft in der Geschichte, wenn man geblendet von der Größe der Idee den hohen Eigenwert des Menschen ganz vergaß. (Steht auf) Mit dem Herzen, mit dem Gefühl die Welt auch zu durchdringen versuche ich wohl; doch bin ich mit den ersten Schritten noch ein Suchender. Zu spät auch habe ich den Wert der Kunst als behutsame Führerin bei dieser Schau der Welt erkannt. Am ahnesten schloß sich mir Musik. Wie lebt gerade ein Musikwerk immer wieder auf aufs neue, wenn es in trockener Notenschrift zwar aufgezeichnet beim Spielen wie beim ersten Mal so jung und lebenswarm erklingt, als ob der Meister gerade erst sein volles Herz in dieser Töne Flut ergießt. Am unmittelbarsten spricht hier Seele zu Seele; doch Du merkst, wie in dem großen Kunstwerk das Gefühl nicht einfach strömt, als gäbe es nur tierhaft ziellos Strömen, nein: der Künstler hat als ganzer Mensch es eingeformt in eine gerade diesem Empfinden angemessene Form. Wie ich schon klar erkannte, bedeutet Menschsein die Welt in sich aufzunehmen und sich mit ihr auseinanderzusetzen, das heißt sie im Inneren zu bewältigen und zu formen. Ordnen ertassen wir die Welt. Musik, sie ist wie alle Kunst, geordnetes Gefühl.

22. Bild:

(Das Licht geht aus; ein blaues Dämmerlicht erfüllt die Bühne; nur der Doktor sitzt in einem hellen gelben Scheinwerferkegel von vorn oben. Von rechts treten „der große alte Weise“ und „der Narr“ auf, von links „das gute Prinzip“ und „das böse Prinzip“; sie sind entsprechend kontrastreich gekleidet: ein göttlicher alter Mann mit langem Bart, ein Narr

mit Nerrenkeppe und Schellen, eine engelhefte Freu und ein Teufel mit Hörnern)

Der Weise:

Hest Du bestenden? Werst Du weise?
Die Antwort sege mir genz leise;
Denn Weisheit,
sie verträgt kein leut Geschrell
Der Weise immer gelassen seil

Doktor:

Versucht heb Ich's;
doch ist's mir eelten nur gelungen!
Ich wer ein Mensch,
als solcher in den Irrtum zu verschlungen!

Der Narr:

Hest Du eis Narr verschleudert
Deiner Tege besseren Gehelt?

Doktor:

Oft wollt Ich'e nicht;
doch werd es öfters eis Ich dachte,
Weil ich in Einfelt oder Wehn
viel Sonderberes mechte,
Woraus dann wurde
etwes Narrenhaftes helt.
War törlicht oft, es fehlte
manchem menchmal jeder tiefre Sinn;
In vielem war tatsächlich nur
die eitle Narrheit drin.
Doch meg es gehn, soweit ich lechte,
und wenn die Welt debel
sich lustig mechte.
Ich war ein Mensch.

Des böse Prinzip:

Du wolltest meinem Drängen oft entgehn,
Ich heb's mit großem Speß gesehn.

Doktor:

Ich heb's versucht;
doch war Ich leider seltner Sieger,
als Ich erhofft;
Des Böse kem geheim, Ich merkte
es zu spät und unterleg ger oft.
Ich war ein Mensch.

Alle vier (jeder eine Zeile):

So glaubst Du, daß eis echter Mensch
des Leben Du gelebt?
Soll des „Ich war ein Mensch“
mit Recht für Dich entlestend sein?
Hast unzulänglich Du
zu wenig nach dem Besseren gestrebt?
Muß denn ein wahrer Mensch
in jedem Fall so unvollkommen sein?

Doktor:

Der Mensch ist unvollkommen,
ohne Zweifel!
Doch unterliegt er nicht notwendig
jedem Teuffel
Versucht er immer neu
des Gute zu erfessen,
Wird niemels gänzlich er
den rechten Weg verpessen.
Doch breucht er viel Gnede und Geduld
Zu lösen sich eus immer neuer Schuld.
Mensch sein heißt

„In die Welt geworfen ein“,
Das Herz beid voller Glück,
bald voller Pein,
Mit einem scharf Gewissen
für des Rechte,
Und Gute, Wehre, Schöne, Echte,
Und einem kleinen bißchen Freiheit
Zum rechten Tun;
doch hier fängt an das Leid:
Nicht immer reicht des Vermögen eus
Und oft gehst Du geschlagen hereus
Aus dem, in des die Welt und Du .
Dich selbst gebracht,
Wenn Du nicht dreuf
zu rechten Zeit gegeben echt.
So siehst Du oft
ein riesengroßes Sollen,
Hast euch bestimmt
ein ehrlich großes Wollen,
Doch leider bieibt oft übrig nur
ein kleines Tun:
Die Diskrepenz läßt menche Nacht
Dich nimmer ruhn.
Unwiderrufflich
ist Dein Schicksal eingetregen
Iri der Geschichte Buch.
Und willst Du nicht verzegen,
Dann hoffst Du,
daß in Gnede Gott Dein Ringen sieht,
In Huld von Deinem Konto
menche Schuld ebzielt.
Wie immer seg Ich jetzt:
Dein Wille, Gott geschehe!
Und herzlich Ich Dich euch um Nechtsicht,
Herr, anflehel
Doch nun bin Ich müde,
ich merke: ich sinke;
Noch einmel die herrliche Luft
Ich eintrinke,
Die oft men zu leicht so genz übersieht;
Noch einmal so manches
vorbei en mir zieht.
Ich grüß Euch,
die Ihr zu mir Euch noch nelgt.
Es wird mir schon besser,
es wird mir genz leicht.

Alle vier (jeder eine Zeile):

Wir wollen Dich nun euch verlessen
Mit einer Ausnehm, die Du wählen derfst;
Du sollst uns ansehen
und die gehen lessen,
Von denen Du
den Belstend nicht bedarfst.

Doktor:

Du großer Weiser,
Dich sucht ich im Leben oft.
Die Weisheit genz zu finden
hett Ich mir erhofft.
Doch gelang es mir höchstens
zu fessen Deines Rockes kleinsten Zipfel,
Als Genzes war das Reich der Weisheit
für mich doch ein viel zu hoher Gipfel.
Ich laß Dich gehn
und halte Dich nicht mehr,
Dank sei dem Blick
in Deine kieren Augen,
Die immer mir
erschienen hoch und hehr.
Nun geh!
Ein andrer wird Dir besser teugen.

Das böse Prinzip:

Soll Ich Dir noch
die letzte Stund vertreiben
Und vor Dir
meine kecken Gaben breiten?

Doktor:

Nein, Deiner breuch Ich nicht!
Du werst im Leben mir verheßt.
Ich liebe reines Licht.
Und trotzdem warst Du menches Mal
ein unerbetner Gest.
Doch jetzt ist es genug, entweichel
Zurück zu Deinem bösen Reiche!

Der Narr:

Willst Du mit mir vorlieb nicht nehmen?
Bei mir gibts iust'ge Narretein,
keine Treuer und kein Grämen.

Doktor:

Gar oft verbrachte ich die Zeit mir Dir,
Zuweilen ohne es soger zu wissen.
So manches Mel de sucht Ich Dich.
Doch hier die letzte Stunde
muß Ich Dich schon missen:
Als Narr zu leben,
nun das geht gerad noch en,
Als Narr zu sterben,
nimmer mich verlocken kenn.

Das gute Prinzip:

Und jetzt bin Ich allein noch hier,
Die letzte Stund bleib Ich bei Dir.
Du hast mich ausgewählt; wohlen es seil
Ich bleibe gerne — wie so oft — debel.

Doktor:

Leß mich Dich enscheun!
Kenn Ich Dir vertreun?
Du hest des Antlitz einer Freul
Laß recht Dich enscheun!
Einer guten Freul
Ja, jetzt erkenn Ichs:
meiner lieben guten Freul
(Sinkt zurück)

29. Nürnberger Fortbildungs- kongreß der Bayerischen Landesärzte- kammer

vom 1. bis 3. Dezember
1978
in Nürnberg

Terminkalender für Herzpatienten



neu Lanitop® mite
Kalenderpackung
84 Tabletten

Größere
 Einnahmesicherheit
 Bessere
 Therapieerfolge



Substanz: Methylglucosyl-β-D-Methyl-
 D-Galactosyl-Lactose
 top: 1 Tablette enthält
 Liquidum (= 45 Tropfen) enth.
 topen = 2 Tabletten
 top, zu 2 ml enthält
 top mite,
 biete enthält
 0,05 mg
 0,2 mg
 0,1 mg
 0,6 mg

Kontraindikationen:
 Alle Herzglykoside sind bei: Digitalisintoxika-
 tion, Hypercalcaemie und vor einer Kardiover-
 sion kontraindiziert. Außerdem kann eine
 Glykosid-Therapie bei anhaltendem Kalium-
 mangel, Störungen der atrioventrikulären Er-
 regungsleitung und pathologischer Brady-
 kardie – je nach Schweregrad – kontraindi-
 ziert sein oder zusätzliche Maßnahmen
 erfordern. Bei einer Glykosid-Therapie ist von
 peripheren Calciumgaben – insbesondere

bei Niereninsuffizienz muß mit einem erniedrig-
 ten Glykosid-Bedarf gerechnet werden.
Nebenwirkungen:
 Wie bei jeder Digitalis-Therapie können beson-
 ders bei Patienten mit Glykosid-Überempfind-
 lichkeit bzw. Störungen des Elektrolyt- und
 harter Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen,
 Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und
 Sehstörungen) auftreten.
 Boehringer Mannheim GmbH
 6900 Mannheim 31

Die korrekte Glykosidempfindlichkeit des
 Patienten, insbesondere bei intravenöser
 Therapie, Da die vereinzelt in der intravenösen
 Anwendung von Präparaten, die nicht aus-
 drücklich zur intravenösen Therapie
 angebracht werden, zu Schäden führen kann,
 weisen wir vorzuzuglich darauf hin, daß die
 intravenöse Applikation von Lanitop
 geschultes Personal sein muß.

Lanitop Ampullen Op mit 5 Ampullen Ap mit 25 und 100 Ampullen	DM 4,67	Op mit 50 Tabletten Op mit 100 Tabletten Ap mit 500 Tabletten	DM 4,83 DM 8,64
Lanitop Liquidum Op mit 10 ml Liquidum Op mit 20 ml Liquidum Ap mit 100 ml Liquidum	DM 7,57 DM 13,55	Lanitop mite Kalenderpackung Op mit 84 Tabletten	DM 8,02

Wichtige Informationen enthält der wissen-
 schaftliche Prospekt (L, Z); gültige Auflage
 Sept. 1977; auch informiert Sie gern unser
 Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Goldkauf – mäßig aber regelmäßig

Das Gold ist in den letzten Monaten wieder ins Gespräch geraten. Damit ist unter anderem immer zu rechnen, wenn eine Währung einen Schwächeanfall erleidet. Diesmal war es der amerikanische Dollar. Aus Befürchtungen vor einer weiteren internationalen Abwertung trennen sich sodann Besitzer größerer Beträge in der inkriminierten Währung und kaufen dafür entweder harte Währung wie etwa die DMark, Wertpapiere, die über eine harte Währung lauten, oder aber Gold.

Die verstärkte Nachfrage in allen diesen Bereichen führt zu einer noch höheren internationalen Bewertung jener bevorzugten harten Währung, im allgemeinen auch zu Kurssteigerungen der entsprechenden Aktien und festverzinslichen Wertpapiere und schließlich auch zu einer Erhöhung des Goldpreises.

Nach Meinung der Degussa AG in Frankfurt, des größten deutschen Goldverarbeiters, sind Preiseinbrüche auf dem Goldmarkt nunmehr nicht auszuschließen. Immerhin ist ja der Goldpreis von Jahresanfang 1978 bis zur Septembermitte um rund 20 Prozent gestiegen.

Wer sich zum Jahresanfang einen 1000-Gramm-Goldbarren kaufte und ihn nach der rapiden Preissteigerung Mitte September wieder abgeben wollte, mußte enttäuscht einen Nettoertrag von nur vier Prozent konstatieren. Der leichte Aufpreis, im wesentlichen aber die Mehrwertsteuerbelastung des Goldkaufes wirken sich so nachteilig aus.

Es gibt aber durchaus legale Methoden, im Ausland Gold zu kaufen und damit der Mehrwertsteuerzahlung zu entgehen. Eine davon ist das Goldzertifikat, das von einer deutschen Bank verkauft wird.

Ein zweites System wurde im August letzten Jahres eingeführt. Demnach werden monatlich DM 300 an ein Kreditinstitut in Zürich, einem der bedeutendsten Goldhandelsplätze der Welt, überwiesen. Für diese Anlage können natürlich auch höhere Beträge und ande-

re Zeiträume, wie beispielsweise vierteljährlich, gewählt werden.

Die DMark werden dort in Schweizerische Franken transferiert. Von der ersten Einzahlung behält die Bank 50 Franken für die Einrichtung des Kontos und bei jedem Goldkauf 3,5 Prozent des Betrages für die Verwaltungskosten ein. Die Bank kauft nämlich für die eingehenden Beträge 500-Gramm-Goldbarren und beteiligt jeden Teilnehmer an dem Programm entsprechend seinen Einzahlungen an diesem stets wachsenden Hort. Für die Aufbewahrung erhebt sie keine Gebühr.

Für den gleichbleibenden Betrag gibt es also mehr Gold, wenn es gerade preiswerter ist und weniger, wenn es inzwischen teurer wurde. Die monatliche Überweisung von DM 300 auf einen solchen Goldanlageplan führte für die dreizehn Einzahlungen vom 15. August 1977 bis zum 15. August 1978 zu einem Guthaben von 310,2333 Gramm Gold. Sie waren Mitte September rund DM 4150 wert. Das entspricht einem Gewinn von 12,8 Prozent, denn man muß ja davon ausgehen, daß die $13 \times \text{DM } 300 = \text{DM } 3900$ nicht anfangs auf einmal, sondern monatlich ratenweise angelegt wurden. Im übrigen kann ein solcher Plan jederzeit aufgelöst und der bis dahin erreichte Gegenwert in bar kassiert werden.

Jene Methode ist dem Krüger-Rand-Kauf in den dreizehn Monaten überlegen gewesen. Wenn nach ihr für den jeweils gleichhohen Betrag des Krüger-Rand-Münzkurses Gold in 500-Gramm-Barren gekauft worden wäre, hätten sich in dieser Zeit 404,3455 Gramm Feingold in den Krüger-Rand-Münzen hier, da ein Anteil von 408,0703 Gramm an dem Goldhort ergeben. Das ist 0,92 Prozent mehr. Bei einer Anlage des dreifachen Gegenwertes der Krüger-Rand-Münze erhöht sich diese Differenz bereits auf 1,62 Prozent. Es ist übrigens auch möglich, das Gold in Barren bei der Bank in Zürich persönlich abzuholen.

Horst Beloch

Ministrophe

So anregend wirken Bundesminister. Sie lösen sogar neue Wortschöpfungen aus. Die Prägung *Ministrophe* ist dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. Herbert Ehrenberg zu verdanken.

Mit seiner gewerkschaftlichen Vergangenheit hält es Ehrenberg offenbar nicht mehr. Die Arbeitnehmerorganisationen weisen nämlich jegliche Orientierungsdaten für ihre Lohnforderungen weit von sich. *Quod licet Jovi non licet bovi*, im Umkehrschluß: Was anderen genehm zu sein hat, brauchen die Gewerkschaften längst nicht anzuerkennen.

Ehrenberg kehrt den Umkehrschluß um. Ärzte und Zahnärzte haben sich bei ihren Honorarforderungen jenen Vorstellungen unterzuordnen, die ihnen das sachkundige Ehrenberg-Ministerium aufoktroieren will.

Als die Ehrenbergschen Wunschvereinbarungen zwischen den freipraktizierenden Zahnärzten und Ärzten nicht so zustandekamen, versuchte es der Ministrophile mit der Drohung, die Schiedsamtordnung zu ändern. Leere Drohung eines Unkundigen, weil darüber Bundestag und Bundesrat zu befinden haben.

Wer Ehrenberg noch nicht kannte, entdeckt ihn nun gleich mehrfach decouvriert – aus Hilflosigkeit aggressiv, als Minister die Rechtslage mißachtend. So disqualifiziert man sich zur Unzumutbarkeit.

Prosper

Kurz über Geld

FÜR SCHWIMMBAD ODER SAUNA dürfen Bausparmittel jetzt steuerwie prämiensunschädlich verwendet werden.

MEHRWERTSTEUERFREI wird jetzt eine neue kanadische 100-Dollar-Goldmünze in Deutschland verkauft.

ZWISCHEN ELTERN UND KINDERN werden Darlehensverträge nur anerkannt, wenn die Zinsen tatsächlich den Kindern zugeflossen sind.

ALTE BEITRAGSMARKEN für die gesetzliche Rentenversicherung bringen ihren Einkaufspreis wieder, wenn sie bis 31. 12. 1978 der Bundesversicherungsanstalt zurückgeschickt werden.

Kongresse

60. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 19. bis 22. Oktober 1978 in Regensburg

Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn

Donnerstag, 19. Oktober 1978

im historischen Reichsseele des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag

Abnormes Sozialverhalten als Strategie des gesunden Individuums

Professor Dr. W. Wickler, Seewiesen

Freitag, 20. Oktober 1978

1. Hauptthema: Akute und chronische zerebrovaskuläre Insuffizienz

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 18.30 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden, Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn, und Eröffnung der Ausstellung

Einführung

Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Pathogenese und Klinik

Professor Dr. H. Gänshirt, Heidelberg

Internistische Probleme in der Praxis

Professor Dr. R. Hild, Heidelberg

Diskussion „Fragen aus der Praxis“

Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik in der Praxis

Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Moderne apparative Diagnostik

Professor Dr. H. Lechner, Graz

EEG-Befunde und ihre praktische Bedeutung

Professor Dr. J. Kugler, München

Konsiliarische Tätigkeit im Altenheim

Dr. E. Kinzler, Düsseldorf

Die Entwicklung zur modernen Geriatrie

Professor Dr. H. Schedewaldt, Düsseldorf

Diskussion „Fragen aus der Praxis“

Tagesbericht

Wissenschaftlicher Film (Bayer AG, Leverkusen)

Therapie mit zerebralen Antihypoxidotika
Dr. L. Blaha, Erlangen

Therapie der Leistungsinsuffizienz

Professor Dr. G. Harrer, Salzburg

Einsatz von Psychopharmaka

Professor Dr. W. Walcher, Graz

Behandlung der Hemiplegien und anderer neurologischer Funktionsstörungen
Dr. J. Rebe, Bad Bevensen

Transitorische ischämische Attacken in der Praxis

Dr. Th. Grobe, Erlangen

Gefäßchirurgische Maßnahmen

Privatdozent Dr. D. Raithe, Erlangen

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis – Aktuelle Probleme der Pharmakotherapie

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages, sowie Professor Dr. H. Woelk, Erlangen

9.00 – 17.30 Uhr:

Laborseminar:

Aktuelle Fortschritte im rationalen Labor in Klinik und Praxis (Herzinfarkt-Diagnostik – Blutgerinnung – Neues aus der klinischen Chemie – Schilddrüsen-Diagnostik)

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium
Parallel zu den Vorträgen laufend Geräteberatung im Informationsstand

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim

(ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 21. Oktober 1978

2. Hauptthema: Klinische Onkologie in Zusammenarbeit mit der Praxis

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 10.30 Uhr:

Praxiswürdige Therapiefortschritte in der Tumormedizin?

– in der Erwachsenen-Onkologie

Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen

– in der radiologischen Onkologie

Professor Dr. R. Sauer, Erlangen

– in der pädiatrischen Onkologie

Dr. A. Feldges, St. Gallen

Diskussion

11.00 – 18.30 Uhr:

Beitrag des niedergelassenen Arztes in der Behandlung und Betreuung onkologischer Patienten

– Sinnreiche Möglichkeiten aus der Sicht des Präventivmediziners
Dr. F. v. d. Linde, St. Gallen

– Voraussetzung aus der Sicht des medizinischen Onkologen

Professor Dr. W. Gallmeier, Nürnberg

Altersherz,
Myokard-
stoffwechsel-
störungen

OXACANT®

die Koronar- und Myokarddurchblutung anhaltend mild steigern, den Myokardstoffwechsel tiefgreifend beeinflussen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Fol., Fruct., Flor. Crataeg. oxyacanth. (2:2:1) stand. auf 50 mg Flavonglykoside pro 100 ml.

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

Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 30 ml DM 6,41; 50 ml DM 9,65; 100 ml DM 16,35.



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

— Häufige Fehler im Umgang mit Zytostatika in Klinik und Praxis
Dr. H. J. Illiger, Bonn

— Schwierigkeiten aus der Sicht des Hausarztes
Dr. P. Gonzenbach, Herisau/Appenzell
Forumsdiskussion mit den Referenten
Die Rolle des Hausarztes in der modernen Onkologie — eine kritische Standortbestimmung
Leitung: Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen

Rundtischgespräch mit anschließender Forumsdiskussion
Wehrhaftigkeit am Krankenbett — auch bei Tumorpatienten?
Leitung: Professor Dr. F. Meerwein, Zürich

— aus der Sicht des Chirurgen
Professor Dr. R. Amgwerd, St. Gallen

— aus der Sicht des Hausarztes
Dr. P. Gonzenbach, Herisau/Appenzell

— aus der Sicht der Onkologeschwester
Schwester A. Glaus, St. Gallen

— aus der Sicht des medizinischen Onkologen
Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen

Pharmako-therapeutisches Konsilium
Kritische Anwendung von Psychopharmaka in der täglichen Praxis

Leitung: Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Teilnehmer: Dr. L. Blaha, Erlangen, Privatdozent Dr. H. W. Baenkler, Erlangen, Professor Dr. G. Harrer, Salzburg, Professor Dr. H. Lechner, Graz, Professor Dr. H. Wieck, Erlangen

9.00 — 17.00 Uhr:

Laborseminar

— siehe Freitag, 20. Oktober 1978 —

Sonntag, 22. Oktober 1978

3. Hauptthema: Mono- und oligoartikuläre Erkrankungen — Aktuelle diagnostisch-therapeutische Aspekte für die Praxis

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz
Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfspietz

9.00 — 13.00 Uhr:

Einführung in das Tagesthema
Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz
Differentialdiagnose der mono- und oligoartikulären Erkrankungen
Universitätsdozent Dr. N. Thumb, Wien

Möglichkeiten der Synovia-Untersuchung in der Praxis
Professor Dr. F. Schilling, Bad Kreuznach

Möglichkeiten einer physikalischen Therapie
Professor Dr. K. Schmidt, Bad Neuhelm

Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie
Privatdozent Dr. K. Chlud, Wien

Möglichkeiten einer operativen Therapie
Professor Dr. W. Mohing, Augsburg

Rundtischgespräch — Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages, sowie Privatdozent Dr. H. J. Refior, München

9.00 — 12.00 Uhr:

Laborseminar

— siehe Freitag, 20. Oktober 1978 —

Auskunft:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 e, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507 - 21 83

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

am 19. Oktober 1978 in München

Thema: Stressoren am Arbeitsplatz: Psychologische Aspekte des Arbeitsstress

Professor Dr. C. Graf Hoyos, München

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

Rheumatologisches Fortbildungseminar für Ärzte

vom 20. bis 29. Oktober 1978 in Bad Abbach

Veranstalter: Deutsche Rheuma-Liga

Vorgesehen sind außer Vorträgen über das gesamte Gebiet der Rheumatologie vor allem praktische Arbeit am Patienten in Diagnostik, Befunderhebung, medikamentöser und physikalischer Therapie; Funktionstherapie; Ergotherapie; Teilnahme an Visiten; Operationen; Röntgenuntersuchungen und -demonstrationen; Patienten-Besprechungen; spezielle Laboruntersuchungen

Ort: Rheuma-Zentrum, Bad Abbach

Beschränkte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr einschließlich Unterbringung und Verpflegung DM 600,— (zuzüglich eventuelle Mehrkosten für Begleitpersonen)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 20

Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer für Hygienebeauftragte

vom 23. bis 27. Oktober 1978 in München

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Dr. Dieter Adam, München

Der fünftägige Kurs beginnt Montag, 23. Oktober 1978, mittags und endet Freitag, 27. Oktober 1978, nachmittags. Er beinhaltet theoretischen Unterricht und praktische Demonstrationen.

Ort: Klinikum Großhadern, Hörseal Nr. 6, Merchlionistraße 15, München 70 (am Eingang der Besucherstraße)

Kursgebühr: DM 150,—, zu überweisen an die Bayerische Landesärztekammer, Stichwort Hygienekurs, Deutsche Apotheker- und Ärztekammer München, Kontonr. 00 667 000, BLZ 700 906 06.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294 (Frau Wanger)

Kinderpsychiatrisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 27./28. Oktober 1978 in München

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V.

Themen: Das behinderte Kind und seine Familie — Psychische Entwicklungsstörungen — Verhaltenstherapie von Ängsten — Psychotherapie und Pädagogik — Indikation zur stationären und teilstationären Behandlung — Das kinderpsychiatrische Anamnesegespräch mit dem Kind — Suizid im Kindes- und Jugendalter — Reifungskrisen in Pubertät und Adoleszenz

Zeit: 27. Oktober 1978 — 14.00 bis 17.00 Uhr, 28. Oktober 1978 — 9.30 bis 17.00 Uhr

Anmeldung und Auskunft:

Privatdozent Dr. J. Martinus, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Kraepelinstraße 10, 8000 München 40, Telefon (0 89) 3 81 02 - 1

Fortbildungskurs für Laborhelfer(Innen)

vom 6. bis 17. November 1978 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weidemann, Nürnberg

Teilnehmergebühr: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 278

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.

Wirksame Präparate machen
die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer



Eine Monosubstanz. Bei Ulcus
und Gastritis.

Sekretionshemmend, soviel
wie nötig. Auch während
der Nacht.

Keine Blockierung physio-
logischer Regulationen im
Gastrointestinaltrakt.

Kurze Heilungszeit.
Bei nur 2×1 Tablette täglich.
Die kostengünstige
Therapie. Ergebnis
der Thomae-Forschung.

Thomae

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl]acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Aushilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Bisher keine bekannt. **Besondere Hinweise:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 29,25. Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten.

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-294

I. Notfallmedizin

Fortbildungskurs 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

22. November 1978

Diagnose und Therapie intrakranieller Verletzungen – Notfälle in der Neurochirurgie – Verletzungen der Oto- und Rhinobasis und ihre Versorgung – Verletzungen im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

29. November 1978

Round-Table-Gespräch

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

Begrenzte Teilnehmerzahl

II. Augenheilkunde

Kopfambulanz Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte am 18. November 1978

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

Themen: Neuere Untersuchungsmethoden, mit denen die Klinik dem Allgemeinarzt bei der Diagnose helfen kann – Glaukom, Schielen und Brillenprobleme in der Praxis des Allgemeinarztes – Untersuchungsmethoden für den Allgemeinarzt – Differentialdiagnose häufigster Augensymptome – Erste Hilfe – Medikamentenschäden und nutzlose Therapeutika

Unkostenbeitrag: DM 25,- zugleich mit der Anmeldung auf Kongreßkonto Professor Dr. Dr. Leydhecker, Kto.-Nr. 2220 bei der Castell-Bank Würzburg.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, Telefon (09 31) 2 01 24 02

III. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. F. P. Gell

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 23. bis 27. Oktober 1978

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: 16.45 Uhr

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

Kurzreferate über Themen aus der Abdominal-, Unfall-, Herz-, Gefäß-, Lungen-, Ösophagus-, Hand- und plastischen Chirurgie

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 23. bis 27. Oktober 1978

Täglich 8.00 – 13.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm

Nachmittags Vorträge

Themen: Indikationen, Taktik und Verfahrenswehl bei Bauch-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, plastischen und handchirurgischen Operationen

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

V. Chirurgie

Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg

Chefarzt: Professor Dr. W. Grill

Klinische Wochenende vom 27. bis 29. Oktober 1978

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr
Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, klinische Visiten sowie Vorträge mit folgenden Themen: Probleme der Abdominal-Chirurgie (speziell Pankreas-Gallenwegs- und Dickdarmchirurgie) – Probleme der Traumatologie (speziell Erstversorgung von Unterschenkelfrakturen)

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

1978

Notfallmedizin – München

22. November 1978

29. November 1978

Oktober, November 1978

16. bis 20. 10.
Innere Medizin, I. Med. Klinik TU München

16. bis 20. 10.
Innere Medizin, II. Med. Klinik TU München

16. bis 20. 10.
Innere Medizin, Klinikum Großhadern, München

20. bis 21. 10.
Phonokardiographie, München

20. bis 22. 10.
EKG – Teil I, München

23. bis 27. 10.
Innere Medizin, Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München

23. bis 26. 10.
Pädiatrie, München

23. bis 27. 10.
Chirurgie, München

23. bis 27. 10.
Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

27. bis 29. 10.
EKG – Teil II, München

27. bis 29. 10.
Chirurgie, Starnberg

4. 11.
Gynäkologie, München

18. 11.
Augenheilkunde, Würzburg

24./25. 11.
Kardiologie, München

27. 11. bis 1. 12.
Chirurgie, Würzburg

27. 11. bis 1. 12.
Radiologie, München

VI. Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 27. November bis 1. Dezember 1978

Täglich von 8.00 Uhr – 16.00 Uhr

Themen: Chirurgie der Papille und des Leberhilus – Fortschritte in der Anus praeter-Versorgung (Kontinenzplastik) – Diagnostik und Therapie von Bandverletzungen des Knie- und oberen Sprunggelenkes – Probleme der Shuntchirurgie für die Hämodialyse – Therapie des Spontanpneumothorax – Posttraumatische Muskelschämien – Neue Behandlungsmethoden des Kryptorchismus

Letzter Anmeldetermin: 3. November 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

Mehr Blut
für die gefährdete Peripherie –
dadurch mehr Sauerstoff
im arteriellen Strombahngebiet

Tebonin[®]

ist ein umfassender **retard**
Angio-Aktivator

Gefäßerweiterung _____

Durchblutungssteigerung _____

Aktivierung des Kollateralkreislaufs _____

Stoffwechselanregung im Endstrombahnbereich _____

Zusammensetzung:
1 retard-Dragee = 20 mg Extr. Ginkg. bilob.

Indikationen:
Periphere arterielle Durchblutungsstörungen (Stadien I und II der
chron. peripheren arteriellen Verschlusskrankheit), Zerebrale
Mangeldurchblutung und Mangelernährung.

Handelsformen und Preise:
Originalpackung 20 retard-Dragees DM 9,20
60 retard-Dragees DM 24,02
Bündelpackung 500 retard-Dragees (Preisänderungen vorbehalten)



Dr. Willmar Schwabe
Karlsruhe

VII. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. K. Richter, Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2

5. Semetagssemlner em 4. November 1978

Beginn: 10.00 Uhr c. t. — Ende: ca. 17.00 Uhr

Theme: Ärztliche Aspekte der geplanten Elternschaft

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, s. oben und

Privatdozent Dr. H. J. Kümper, II. Frauenklinik der Universität, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 27 60

Letzter Anmeldetermin: 25. Oktober 1978

VIII. Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: 8.15 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

Praktika: Phono-, Echo-, Vektorkardiographie — Belastungs-EKG — Herzschrittmacher — Herz-, Einschwemmkatheter — Lungenfunktion — Hämatologisches und angiologisches Labor

Themen: Der drohende Herzinfarkt — Notfalltherapie von Herzrhythmusstörungen — Therapie der schweren Herzinsuffizienz — Tachykardie Herzrhythmusstörungen — Häodynamische Gesichtspunkte bei der Schrittmacherauswahl — Langzeitbeobachtungen bei Schrittmacher-Patienten — Diagnostik und Therapie der Endokarditis — Primäres und sekundäres Reynaud-Syndrom — Therapie der tiefen Venenthrombose — Lungensarkoidose, Diagnose und Therapie — Bronchoskopie und peribronchiale Lungenbiopsie — Fibrosierende Alveolitis, Diagnose und Therapie — Therapeutische Relevanz verschiedener Beta-Blockertypen — Das Mitralkleppenprolaps-Syndrom — Prophylaxe und Therapie der Lungenembolie — Klinik und Therapie der alkoholischen Kardiomyopathie — Klinische Bedeutung der Calcium-Antagonisten — Akute Leukämien — Bronchial- und Mammakarzinom — Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit

Röntgendemonstration: Therapeutische Gefäßembolisation — Lungen- und Bronchialerkrankungen — Röntgenologische Erfassung des Lymphsystems — Membranerkrankungen — Pathologisch-anatomische Demonstration

Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978

IX. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser, Ismeringer Straße 22

Direktor: Professor Dr. H. Ley

In Zusammenarbeit mit der toxikologischen Abteilung

Chetarzt: Dr. M. v. Clermann

und des Instituts für Röntgendiagnostik
Direktor: Professor Dr. H. Anacker

Fortbildungswocbe für Innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: 9.15 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen: Diabetes mellitus: Neues aus Pathogenese und Therapie — Koryphäen-Killer-Syndrom und Hedri-Mallison-Syndrom — Das künstliche Pankreas — Die Alexithymie — ein neues psychosomatisches Prinzip — Neues zur Glucocorticoid-Therapie — Neue Aspekte zur Entstehung und Behandlung von Magen- und Zwölftingerdarmgeschwüren — Neue gastrointestinale Hormone — Nottfälle bei Endoskopien — Die akut und chronische Pankreatitis — Die Ösophaguswandsklerosierung bei Ösophagusvarizen — Neue Behandlungsmöglichkeiten der Leberzirrhose und der Leberparenchymschädigung durch Amöben — Therapeutische Möglichkeiten in der Toxikologie — Neue pathogenetisch-therapeutische Aspekte der chronischen Hepatitis — Serologische und immunologische Nachweismethoden der akuten Hepatitis — Die Behandlung der thyreotoxischen Krise — Immunsuppressionstherapie: Indikation und Durchführung — Neues zur Enzymdiagnostik innerer Krankheiten — Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis: Diagnostik und Therapie — Neue Aspekte bei der Behandlung mit der künstlichen Niere — Temporärer Leberersatz durch Pevianleber — Diagnose und Therapie der akuten Glomerulonephritis — Psychosomatische Betreuung der Heimdialyse-Patienten durch den Hausarzt — Schemata für die internistische Therapie von Neoplasmen

Röntgendiagnostik: Bronchiekarzinom — Embolisation von Ösophagusvarizen auf angiographischem Weg — Hirntumoren — Moderne Pankreasdiagnostik — Lymphographie

Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978

Begrenzte Teilnehmerzahl

X. Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. J. Karl

Klinische Fortbildungswocbe für Innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

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

Röntgendemonstrationen — Klinikkonferenzen — Klinische Visiten

Themen: Endokrinologie — Stoffwechsel — Gastroenterologie — Intensivmedizin
Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XI. Innere Medizin

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

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 23. bis 27. Oktober 1978

Beginn: 8.15 Uhr — Ende ca. 18.00 Uhr

Aktuelle diagnostische und therapeutische Themen aus Teilgebieten der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Nephrologie) sowie Intensivmedizin und Immunologie in Seminaren und am Krankenbett
Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XII. 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 Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

8000 München 2, Lothstraße 2 und 11

5. Klinisch-kardiologisches Wochenendsemlner em 24./25. November 1978

Programm A:

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: täglich 8.45 Uhr — Ende: 17.00 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags Praktika: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik — Spezielle kardiologische Diagnostik — Kardiologische Therapie — Kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologische Visite — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags Referate: „Akute und chronische Herzinsuffizienz“

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeier)

Beginn: täglich 10.00 — Ende: 18.00 Uhr

Vormittags Referate: „Angeborene Herzfehler, zyanotische Vitien II“

Nachmittags Praktika: Kinderkardiologischer Untersuchungskurs, Demonstration der Röntgenbefunde — EKG-Befunde — Klinische Visite (Kinderstation und Intensivpflegestation) — Demonstration angiokardiographischer Befunde

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Letzter Anmeldetermin: 14. November 1978

Begrenzte Teilnehmerzahl

XIII. Mechano- und Echokardlographie

Stiftsklinik Augustinum München
Direktor: Professor Dr. D. Michel
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Fortbildungskurs für Phonokardlographie – Teil II – am 20./21. Oktober 1978

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 10. Oktober 1978

XIV. Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München
Direktor: Professor Dr. H. Hilber

2. Kinderabteilung
Cheferzt Dr. P. Schweier

Kinderchirurgische Abteilung
Chefarzt: Professor Dr. H. Singer

11. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrenkenheua München-Schwabing vom 23. bis 26. Oktober 1978

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: Vergiftungen und Verätzungen – Spezielle Fragen der Psychosomatik des Kindesalters – Diagnose und Therapie von Lern- und Leistungsstörungen – Pädiatrische Dermatologie – Säuglingsnahrungen – aktueller Stand – Meningismus – Meningitis – Blutungen im Magen-Darm-Bereich – Prognose kindlicher Herzwegsinfekte – Pädiatrisch-onkologische Fragen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978

XV. Praktische Elektrokardlographie

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

Leitung: Professor Dr. med. C. S. So,
Direktor der Kardiologischen Abteilung
Fachklinik Rhein/Ruhr Essen

Fortbildungssammler I vom 20. bis 22. Oktober 1978

(Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 27. bis 29. Oktober 1978

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 16.00 Uhr – Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 12. Oktober 1978 – Teil II: 17. Oktober 1978

XVI. Radiologie

3. Radiologische Woche in München vom 27. November bis 1. Dezember 1978

veranstaltet von der Radiologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Professor Dr. J. Lissner

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft und der Bayerischen Landesärztekammer

Themen: Anatomie des Abdomens – Spezielle Röntgen-Diagnostik des Magen-Darm-Traktes – Leber-Galle-Duodenum als diagnostische Einheit, Teil I und Teil II – Das akute Abdomen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, persönliche Rückfragen über Dr. M. Kessler und Dr. R. Rienmüller, Telefon (0 89) 51 60 - 24 00

XIII. Ärztlicher Vortrag

am 4. November 1978 in Bad Wörisholen

Thema: Kardiologische Probleme im Alter

Ort: Medizinische Rehabilitationsklinik der LVA Schwaben, Bad Wörisholen

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Auskunft:

Dr. Teichmann, Kurklinik der LVA Schwaben, Am Tannenbeum 2, 8939 Bad Wörisholen

Ergometrie-Wochenende

am 28./29. Oktober 1978 in Bernried

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

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

Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch

am 3./4. November 1978 in München

Themen: Therapie des kombinierten chronisch-arteriellen Verschlusses der Becken- und Oberschenkelgeleuge – Sorgenfälle des Gefäßchirurgen – Postoperative Langzeitbeobachtung und Behandlung gefäßchirurgischer Patienten

Auskunft:

Dr. J. Lange, Abteilung für Gefäßchirurgie im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 1

Klinisch-experimentelle Hepatologie am 10./11. November 1978 in Marburg

Themen: Leberzirrhose und portaler Kreislauf – Leberschädigung und Leberregeneration – Leberersatz

Auskunft:

Privatdozent Dr. O. Zelder, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik, Robert-Koch-Straße 8, 3550 Marburg

IV. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Radiologie

vom 3. bis 5. Mai 1979 in Nürnberg

Themen: Angiographie bei pulmonalen Gefäßerkrankungen und spezielle Behandlungsverfahren – Angiographie im Halsbereich, inklusive extrakranielle zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenangiographie sowie Emboisationsverfahren am Hals – Bildverstärker-Fluorographie – Freie Vorträge

Anmeldungen von wissenschaftlichen Vorträgen, sowie medizin-technischen, pharmazeutischen und wissenschaftlichen Ausstellungen erbeten bis 1. November 1978

Anmeldung und Auskunft:

Professor Dr. E. Zeitler, Radiologisches Zentrum, Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98 - 25 40

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

18. November 1978

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, bis 10. November 1978 zu richten.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

26. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin mit einem Laborkurs für Arztfrauen und Arzthelferinnen

am 14./15. Oktober 1978 in Bad Wiessee

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband
Miesbach

Leitung: Dr. P. Dohrn, Bad Wiessee

Samstag, 14. Oktober 1978

8.45 – 18.00 Uhr:

Therapie der chronischen Polyarthritis
Professor Dr. H. Methies, Bad Abbach
Autoimmunerkrankungen – immunsup-
pressive Therapie
Privatdozent Dr. H.-W. Baenkler, Erlan-
gen

Indikation und Ergebnisse der operati-
ven Behandlung des Bandscheibenvor-
falls

Professor Dr. E. Kezner, München

Die intraartikuläre Injektion und lokale
Schmerztherapie (mit praktischen Dem-
onstrationen)

Dr. H. Galll, München

Zerebrale Durchblutungsstörungen –
kritische Wertung der Pharmakotherapie
Professor Dr. H. Heldrich, Berlin

Möglichkeiten der zerebralen Diagnostik
mit der Computertomographie
Professor Dr. J. C. Aschoff, Ulm

Sonntag, 15. Oktober 1978

9.00 – 12.45 Uhr:

Medikamentöse Therapie der koronaren
Herzkrankung

Professor Dr. W. Rudolph, München

Prävention und Rehabilitation der koro-
naren Herzkrankung

Professor Dr. U. Stockmeier, Tutzing

Herzrhythmusstörungen – Indikation
und Überwachung der Schrittmacher-
therapie

Dr. H. Petri, München

Herzrhythmusstörungen – Medikamen-
töse Therapie

Privatdozent Dr. B. Lüderitz, München

Auskunft: Dr. Peter Dohrn, Driessen-
straße 15, 8182 Bad Wiessee, Telefon
(0 80 22) 8 20 01 - 5

7. Arzthelferinnen-Fortbildungs- kurs der Bayerischen Landes- ärztekammer

während des 29. Nürnberger Fortbil-
dungskongresses der Bayerischen Lan-
desärztekammer 1978

am 1./2. Dezember 1978 in Nürnberg

Freitag, 1. Dezember 1978

10.00 – 12.45 Uhr:

Eröffnung und Einführung

Dr. H. Braun, Nittendorf

Techniken der EKG-Ableitungen
Dr. K.-F. Seidl, München

Überwachung der Antikoagulation-
Therapie in der Praxis
M. Bellus y Roce, Franklurt

Ausgewählte Testmethoden zur Diagno-
stik von Lebererkrankungen
Dr. H. Haid, Frankfurt

14.30 – 18.00 Uhr:

Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (AG 1 –
AG 6) – Blutgerinnung – Screening-
Teste (Rapignost®, Letex-Teste, Cel-
lognost®-RF) – Substratbestimmungen
(Organdiagnostik) – Enzymbestimmun-
gen (Organdiagnostik) – Partigen®
(Proteine in der Organdiagnostik) –
Grundlagen der Labortechnik (inklusive
Fehlerquellen)

Samstag, 2. Dezember 1978

9.00 – 13.45 Uhr:

Ausgewählte Testmethoden zur Diagno-
stik von Nierenerkrankungen
Dr. W. Siekmann, Frankfurt

Penkreasdiagnostik mit der Lipase-
Bestimmung

Dr. H. Lind, Franklurt

Praktikum in 6 Arbeitsgruppen
(AG 1 – AG 6)

Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, Fort-
bildungsreferat, Mühlbaurstraße 16, 8000
München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294

10. Internationaler Kongreß mit Ausstellung – Medica '78

vom 22. bis 25. November 1978
in Düsseldorf

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur
Förderung der Medizinischen Diagno-
stik e. V. In Zusammenarbeit mit der
Ärztekammer Nordrhein und der Ärzte-
kammer Westfalen/Lippe

Differentialdiagnose und Therapie der
arteriellen Hypertonie

Professor Dr. H. Losse, Münster

Depressionen (Eidophor Ciba-Geigy)
Professor Dr. K. Heinrich, Düsseldorf

Anämien

Professor Dr. R. Gross, Köln

Leit- und Warnsymptom Kopfschmerz
Professor Dr. Dr. R. Janzen, Hemburg

Aktuelle Fortschritte in der medikamen-
tösen Therapie

Professor Dr. E. Weber, Heidelberg

Diagnostik und Therapie des Stress-
Syndroms

Professor Dr. U. Stockmeier, Tutzing

Möglichkeiten und Grenzen internisti-
scher Behandlung maligner Erkrankun-
gen

Professor Dr. H. D. Waller, Tübingen

Koronartherapie 1978 medikamentös
und/oder chirurgisch? (Eidophor Ciba-
Geigy)

Professor Dr. H. Roskamm, Bad Krozin-
gen

Arthrosis delormans des Hüft- und Knie-
gelenks

Professor Dr. K. F. Schlegel, Essen

Angiologie – Diagnostik und Inter-
nistische Langzeittherapie

Professor Dr. F. A. Gries, Düsseldorf

Aktuelle Laboratoriumsdiagnostik
Erreger und Resistenz

Professor Dr. W. Diefenthal, Berlin

Individuelle Arzneimitteltherapie
Professor Dr. L. Dettli, Basel

Rationelle Diagnostik der Nierenerkren-
kungen

Professor Dr. H. G. Sieberth, Köln

Infektionskrankheiten

Klinik und Therapie

Professor Dr. W. Gusek, Karlsruhe

Die latente Herzinsuffizienz

Professor Dr. F. Loogen, Düsseldorf

Möglichkeiten der nichttoxischen Lang-
zeittherapie der Krebskrankheit in der
ärztlichen Praxis

Professor Dr. Dr. E. Krokowski, Kassel

Proktologisches Seminar

Privatdozent Dr. K. Arnold, Wiesbaden

Schilddrüsen-Seminar: Aktuelle Diagno-
se und Therapie in Praxis und Klinik
Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

Ergometrie-Seminar

Privatdozent Dr. R. Rost, Köln

EKG-Kurs

Professor Dr. L. Seipel, Düsseldorf

Arzneimittelprüfung beim niedergelasse-
nen Arzt

Veranstalter: Fachgesellschaft der Ärzte
in der Pharma-Industrie und Deutsche
Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Gastroenterologisches Seminar

Leitung: Professor Dr. O. Stedemann,
Fürth, Deutsche Gesellschaft für Gastro-
enterologische Endoskopie in Zusam-
menarbeit mit der chirurgischen Arbeits-
gemeinschaft für Endoskopie

Medizinisch-Photographisches Seminar:
Grundlagen und neuere Techniken der

medizinischen Photographie in verschie-
denen Anwendungsbereichen

Dr. H. Orbach, Neuss

Deutsche Gesellschaft für Photographie

Weitere Seminare und praktische Kurse
aus allen Bereichen der Medizin

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung
der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahn-
straße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon
(07 11) 76 14 54

100. Geburtstag von Dr. Janusz Korczak

Aus Anlaß des 100. Geburtstages — 22. Juli 1878 — des Kinderarztes, Pädagogen und Schriftstellers Dr. Janusz Korczak fand in der Universitäts-Kinderklinik Würzburg eine Feierstunde statt. Hierbei wurde auch der 200 jüdischen Kinder gedacht, die in den Gaskammern von Treblinka/Polen in den ersten August-Tagen 1942 durch das nationalsozialistische Terrorsystem getötet wurden. Trotzdem Dr. Janusz Korczak der Weg in die Freiheit geöffnet war, ging er freiwillig und an der Spitze seiner Schützlinge mit ihnen in den Tod. — Zum ehrenden Angedenken an Janusz Korczak und seine Schützlinge wurde die im Foyer der Klinik aufgestellte Gedächtnis-tafel, ein Geschenk der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität an die Universitäts-Kinderklinik, durch den Präsidenten der Universität, Magnifizenz Professor Dr. Th. Berchem, enthüllt. An der schlichten und besonders eindrucksvollen Feier nahmen auch Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens teil; der Vizepräsident des Bayerischen Landtages, Dr. Rosenbeuer, der Regierungspräsident von Unterfranken, Philipp Meyer, der Vorsteher der Jüdischen Kultusgemeinde von Unterfranken, Senator David Schuster, u. a. Die Volksrepublik Polen wurde durch ihren derzeitigen Geschäftsträger, den Gesandten Makosa, vertreten. Die Festrede hielt Professor Dr. E. Dauzenroth, Vorsitzender der Deutschen Janusz Korczak-Gesellschaft, Direktor des Pädagogischen Institutes der Universität Gießen. Professor Dr. J. Ströder, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Würzburg, würdigte Persönlichkeit und Werk Janusz Korczaks besonders aus der Sicht des Pädiaters.

Curt-Adam-Preis 1979

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin, gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1979 für die beste Arbeit zu dem Thema „Aufgaben der Humangenetik in der Gesellschaft“ ausgeschrieben worden.

Arbeiten, die der Fortbildung der Ärzte dienen und die bis zum Abgabetermin fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Januar 1979 zur Bewerbung um den Preis in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingensorstraße 21, 1000 Berlin 41. Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde sowie einer Goldmünze, und es ist ein Preis von DM 5000 ausgesetzt. Er kann an Ärzte jeder Staatsangehörigkeit verliehen werden. Voraussetzung ist nur, daß die Arbeit in deutscher Sprache eingereicht wird.

Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz für Praxisvertreter

Praxisvertreter sind auch dann nicht automatisch in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, wenn der Praxisinhaber sich selbst freiwillig versichert hat. Dies liegt daran, daß die freiwillige Versicherung gemäß § 545 Absatz 1 RVO eine persönliche Versicherung ist, die eigenhändig zu beantragen und nicht übertragbar ist.

Praxisvertreter können sich selbst bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege freiwillig für die Vertretungstätigkeit versichern. Von dieser Möglichkeit sollten auch Assistenzärzte, die neben ihrer Krankenhaus-tätigkeit eine Vertretertätigkeit ausüben, Gebrauch machen, weil ein für die Assistenzarzt-tätigkeit bestehender Unfallschutz die Nebentätigkeit nicht umfaßt.

Karl Thomas-Preis

Zur Auszeichnung besonderer wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet „Diät als Instrument der Therapie des niedergelassenen Arztes“ stiftete das Pharma-Unternehmen E. Merck, Darmstadt, den Karl Thomas-Preis, der erstmalig 1979 verliehen werden soll.

Bewerben um den mit DM 10 000 dotierten Preis können sich Wissenschaftler aus der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin, aus Österreich und der Schweiz.

Die Teilnahmebedingungen sind bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt, erhältlich.

Film: „Zu viel ist zu viel“

Wie man dem Bluthochdruck vorbeugen kann

In anschaulicher und leicht verständlicher Weise wird hier eine der einfachsten und außerdem billigsten Vorbeugungsmaßnahmen gegen den Bluthochdruck illustriert: die Einschränkung des Salzverbrauches vom üblichen „Zuviel“ auf eine vernünftige Menge von 5 bis 6 Gramm pro Tag. Eine Kombination von Real- und Trickaufnahmen erklärt u. e. den Blutkreislauf, weist auf die schweren, oft tödlich verlaufenden Krankheiten hin, die als Folge zu hohem Blutdruckes auftreten können und erläutert vor allem die Risikofaktoren, die den Bluthochdruck begünstigen.

Der Film wendet sich in erster Linie an die jüngere Generation, an eine Zielgruppe also, bei der rechtzeitige Aufklärung und Gesundheitserziehung besonders sinnvoll und auch besonders nötig sind.

Mit der Herstellung und dem kostenlosen Verleih dieses Streifens ergänzt die Beyer Perme-Sparte ihre gezielten Bemühungen um eine breite gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung. — Die deutsche Fassung kann zur Vorführung, besonders vor Jugendlichen, bei der Filmstelle der Beyer AG, WM-AVI, Telefon (0 21 72) 30 86 71, 5090 Leverkusen, angefordert werden.

blue-light gegen Akne und Psoriasis

blue-light ist ein universelles UV-Bestrahlungssystem, das sich in der Praxis hervorragend bei der Behandlung von Psoriasis und Akne bewährt hat. Das einzige Gerät mit 3 verschiedenen UV-Spektren = 3 Therapieformen in **einem** Gerät.

Dr. K. Hönle GmbH · 8000 München 21 · Mitterfeldstraße 57 · Telefon (089) 5804709



Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat April 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats-durchschnitt	April	April
000-138	Infektiöse und parasitäre Krenkheiten	82	90	65
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	62	38
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	1 984	2 047
	darunter			
151	des Magens	382	385	337
160-163	der Atmungsorgane	317	294	328
174	der Brustdrüse	157	143	134
180-182	der Gebärmutter	86	78	85
185	der Prosteta	106	115	118
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	122	130
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	166	131
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	397	397
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	327	343
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	20	22
290-389	Seelische Störungen, Krenkheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	167	194
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	11	5
390-458	Krankheiten des Kreislaufsorgans	4 351	4 364	4 368
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	902	901
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	803	779	795
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrenkheiten	549	611	532
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	18	23
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 367	1 321
460-519	Krenkheiten der Atmungsorgane	648	782	742
	darunter			
470-474	Grippe	17	40	23
480-486	Pneumonie	231	332	300
466, 490, 491	Bronchitis	194	223	205
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	553	557
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	44	46
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	34	27
571	Leberzirrhose	225	223	215
570, 572-576	sonstige Krenkheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	122	110
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	18	28
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	241	219
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	55	37
600	Prostatahypertrophie	31	42	25
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	5	2
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	46	39
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	47	42
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	88	64
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	298	273
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	58	69
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	467	478
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	235	242
850-877	Vergiftungen	5	1	5
880-887	Unfälle durch Sturz	184	148	161
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	183	260
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	9	28
	Sterbefälle insgesamt	10 041	10 029	10 058

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
 Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenscheuerarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1978 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im Juli in ähnlich hoher Anzahl wie im Juni gemeldet; je 100 000 Einwohner entfielen 80 Erkrankungen, auf ein Jahr umgerechnet. Bakterielle Ruhr trat im Berichtsmonat nur mehr mit einigen wenigen Fällen auf. Die Erkrankungs-

ziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) stieg im Juli mit 24 auf 100 000 Einwohner nur geringfügig gegenüber dem Vormonat an.

Scharlacherkrankungen wurden im Juli etwas häufiger als im Juni berichtet; die

Meldeziffer stieg von 32 auf 41 je 100 000 Einwohner. Übertragbare Hirnhautentzündung sonstiger, nicht durch Meningokokken verursachter Formen, trat im Berichtsmonat etwas seltener als im Vormonat, nämlich mit 8 Fällen je 100 000 Einwohner, auf.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Juli 1978 (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		Salmonellose										übrige Formen					
	Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	164	—	—	—	4	1	16	—	—	—	—	2	—	5 ⁴⁾	—	254	—	—	—	1	—	
Niederbayern	—	—	15	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—	52	—	1	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	16	—	—	—	2	—	12	—	4	1	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	33	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	52	1	3	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	35	—	—	—	—	—	13	1	1	2	—	—	—	2	—	67	—	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	27	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	1	—	2	—	76	—	1	—	1	—	
Schwaben	—	—	50	—	—	—	5	—	9	—	1	—	1	—	—	3	—	125	—	4	—	—	—	
Bayern	—	—	340	—	—	—	18	1	67	1	6	3	1	—	3	—	13	—	664	1	9	—	2	
München	—	—	60	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	2	—	101	—	—	—	1	—	
Nürnberg	—	—	15	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8	—	1	—	—	—	
Fürth	—	—	3	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Mikrosporidie		Amöbenruhr		Leptospirose				Malaria-				Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
									Weißsche Krankheit		Feldfleber		Ersterkrankung		Rückfall									
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
Oberbayern	69	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	2	—	—	1	—	8
Niederbayern	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	10	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Oberfranken	20	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3
Unterfranken	34	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	29	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Bayern	196	2	2	—	6	—	5	1	1	—	1	1	8	—	3	—	1	—	3	—	—	1	—	15
München	26	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	2
Nürnberg	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.

4) Außer dem wurden 97 Erkrankungen an bakterieller Ruhr für den Monat Mai nachgemeldet.

Buchbesprechungen

Medizin im Sozialstaat

Verf.: Prof. Dr. H. Beier, 182 S., kart., DM 24,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Stellung des Arztes im Sozialstaat, sein Verhältnis zum Patienten, Wandlungen des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens und die neue Rolle der Sozialmedizin werden in den gesammelten Studien und Vorträgen behandelt. Der Autor fordert von den Ärzten in der Krise des Sozialstaates nicht nur berufsständische Selbstbeauptung, sondern auch Offenheit für die neuen sozialmedizinischen und sozialpolitischen Aufgaben der Gesundheitsversorgung.

Schutz des Lebens – Recht auf Tod

Reihe: „Geschichte und Staat“

Herausgeber: Prof. Dr. H. Blaha u. a., 138 S., TB-Nr. 184, DM 5,80. Günter Olzog Verlag, München.

Der Fortschritt in Naturwissenschaft und Technik hat der Medizin wirkungsvolle Mittel zur Verlängerung des menschlichen Lebens und zur Linderung des Leidens in die Hand gegeben. So steht einerseits die Verlängerung des Lebens dem Ruf nach Euthanasia andererseits gegenüber. Dies zeigt die öffentliche Diskussion um die Straffreigabe der Tötung auf Verlangen. – Anlagen dieses Taschenbuches ist es, den Themenkomplex auch auf der Basis des christlichen Verständnisses des menschlichen Lebens zu betrachten und zum Nachdenken über Leben und Tod anzuregen.

Kolorektale Krebsvorsorge

Herausgeber: K. Goertler, 128 S., 42 Abb., 31 Tab., geb., DM 39,-. Verlag D. E. Wachholz KG, Nürnberg.

Der Herausgeber behandelt mit namhaften Wissenschaftlern aus dem In- und Ausland aktuelle Fragen des kolorektalen Karzinoms und seiner Vorsorge. Ausführungen über Ätiologie, Häufigkeit, Mortalität und Fünf-Jahresüberlebensrate dieser an Häufigkeit zunehmenden malignen Darmerkrankung folgen Darlegungen der diagnostischen Möglichkeiten, insbesondere mit Hilfe der Endoskopie und Radiologie, differenzialdiagnostische Abgrenzungen und die Möglichkeit der Früherkennung.

Kooperation im Gesundheitswesen

Herausgeber: Dr. W. H. Kahlert, 104 S., 10 Abb., kart., DM 19,80. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Das Problem der Kooperation im Gesundheitswesen stellt heute ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik dar. Mit dem vorliegenden Band wird der Versuch unternommen, neue Wege in der interdisziplinären Zusammenarbeit aufzuzeigen, die auch zur Kostensenkung wesentlich beitragen könnten. Gemeinschaftspraxis, Gruppenpraxis und Laborgemeinschaften werden mit allen ihren Vor- und Nachteilen aus vielerlei Sicht dargestellt und mit anderen Organisationsformen verglichen, so daß jeder für seine eigenen Pläne Antworten auf offene Fragen findet.

Medizin in Illustrierten

Reihe: „Bochumer Studien zur Publizistik- und Kommunikationswissenschaft“

Verf.: H. Merschheim, 290 S., brosch., DM 29,80. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer, Bochum.

Die vorliegende Untersuchung ist eine vergleichende Inhaltsanalyse von vier großen populären Wochenzeitschriften, sogenannten „Illustrierten“, aus dem Zeitraum 1976/77 konzipiert und realisiert worden. Sie stellt einen Versuch zur interdisziplinären Bewältigung kommunikativer Sachverhalte dar. Der Autor siedelt seine Problematik unter dem Oberbegriff der Erforschung von Wissenschaftspublizistik an, einer Thematik, die innerhalb dieser Reihe bereits Berücksichtigung gefunden hat.

Erben und teilen ohne Streit

Herausgeber: E. Friedmann, 136 S., DM 16,80. Erwin Friedmann Verlag, Bad Waldsee.

Der Herausgeber will mit diesem Buch allen Erben einen Ratgeber zur Hand geben, der helfen soll, alle Nachlassauseinandersetzung ohne Streit abzuwickeln. Es ist in 28 Einzelkapitel gegliedert, die jeweils so mit einem Stichwort überschrieben sind, daß auch Einzelfragen schnell nachgeschlagen werden können. Das Buch gibt dem Leser in leicht verständlicher Sprache einen umfassenden Einblick in die Materie des Erbes.

Künstler-Miniaturen

In der Reihe „Künstler-Miniaturen“ der Edition Popp, Würzburg, liegen jetzt zwei neue Bändchen von El Greco und Giotto vor. Auch diese Titel zeichnen sich wieder durch hervorragende Farbdrucke und Kunstledereinband mit Goldprägung und Goldschnitt aus. – Jedes Bändchen kostet DM 9,80.

Kunst und Kultur der Spätgotik

Herausgeber: W. Swaan, aus dem Englischen von A. Baier, 232 S. mit über 300 z. T. farbigen Fotos sowie 19 Grundrissen, Architekturzeichnungen und einer Übersichtskarte, Leinen, DM 98,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses Werk macht deutlich, daß die Spätgotik neben grandioser Kirchenarchitektur in England, Frankreich, Deutschland, Österreich, Spanien und Portugal auch besonders eindrucksvolle Profanbauten hervorbrachte. Eines der schönsten Beispiele spätgotischer Wohnbaukunst ist das in diesem Band gezeigte Palais des Jacques Coeur in Bourges, eines großen Kaufmanns, Finanziers und Unternehmers. Der Herausgeber zeigt viele solcher Bauten, die ihre Entstehung teilweise dem wachsenden Reichtum der Kaufleute verdanken.

So dokumentiert dieser Band nicht nur eine bemerkenswerte Epoche, er ist zugleich Reiseführer zu besonderen europäischen Kunstwerken, beispielsweise den Meisterwerken der flämischen Malerei, deren Blütezeit in die Spätgotik fällt, den Schnitzaltären eines Tilman Riemenschneider, den einzigartigen Kathedren Englands und Frankreichs.

Weiterhin macht dieses Werk, das alle Facetten einer Zeitalter aufzeigt, den Leser am Beginn eines sich abzeichnenden europäischen Zusammenschlusses deutlich, wie stark die gemeinsamen kulturellen Wurzeln und wechselseitigen Verbindungen unter den Völkern Europas waren und bis heute geblieben sind.

Notfell- und Nachlese-Mappe

Herausgeber: M. W. Plinke, zwölftteiliges Register mit über 60 Zwischenblätter, 2-Ringmechanik mit verschließbarem Steckschloß, 40mm Ablegehöhe, DM 72,- incl. MWSt. zuzügl. DM 3,- Versandkosten. Lieferung per Nachnahme oder mit Verrechnungsscheck durch den Herausgeber, Schützenstraße 11, 7570 Baden-Baden.

Aufgabe dieser Mappe soll es sein, die für den Not- und Todesfall wichtigen Unterlagen und Anweisungen zusammenzufassen. Der Inhalt ist in 12 Hauptabteilungen mit über 60 Unterteilungen gegliedert und enthält Anweisungen, wer was im Notfall oder im Todesfall tun soll, mit vielen wichtigen Tips und Hinweisen, mit Formularen wie Testamentstexte, Briefe zur Meldung an diverse staatliche und private Versicherungen zur Wahrung der Fristen und Ansprüche, Anweisungen hinsichtlich Geld- und Immobilienvermögen, Kapitalanlagen und Schulden mit Berücksichtigung der Besonderheiten bei Selbständigen, Freiberuflern und Hauseigentümern.

Die große Enzyklopädie der Malerei

Malerei – Grafiker – Epochen – Stile – Museen der Welt – 8 Bände

Herausgeber: Prof. Dr. H. Bauer, Band 8: Spa-Zur/Notnamen, 388 S., Leinen, Vorbestellpreis DM 168,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Band 8 unterscheidet sich von seinen Vorgängern durch zwei wertvolle Ergänzungen: Er enthält im Anschluß an den letzten Artikel des Lexikons einen 32seitigen Anhang mit „Notnamen“. Dieser beginnt mit dem „Meister des Aachener Altars“ und endet mit dem „Meister von Wittingen“, führt also die aus der alphabetischen Reihenfolge herausgehobenen anonymen Meister, vornehmlich große Künstler der christlich-abendländischen Malerei auf, deren Wirken in Gestalt einzelner Werke, nicht aber in Lebensdaten oder Dokumenten überliefert worden ist. – Als zweite wesentliche Ergänzung schließt sich ein siebenseitiges Bildregister an, das – geordnet nach den Namen der Künstler und mit Angaben über Seitenzahlen und Bandnummern versehen – das Auffinden der Abbildungen erleichtern soll. Es umfaßt das gesamte Bildmaterial der Enzyklopädie und erlaubt bei jedem Künstler einen Überblick über die vorhandenen Reproduktionen, also auch derjenigen Abbildungen, die bei einem anderen Stichwort stehen.

Außer dem großen Artikel über Spanische Malerei enthält Band 8 u. a. die Stichwörter Südamerikanische, Südasiatische, Tschechoslowakische, Ukrainische und Ungarische Malerei. Von den Großen der Malerei seien nur die Niederländer Rogier van der Weyden und Jan Vermeer genannt, der Spanier Velásquez, der Engländer William Turner und die Franzosen Watteau und Toulouse-Lautrec. Freunde von Victor Vasarely und Andy Warhol kommen ebenso auf ihre Kosten wie diejenigen Betrachter, die anhand von Bildbeispielen lernen möchten, zwischen Symbolismus und Surrealismus zu unterscheiden. – Welchen Wandel das „Stilleben“ im Lauf der Jahrhunderte erlebte, wird im entsprechenden Artikel genau erläutert und mit Bildern illustriert. Zum Schluß sei vermerkt, daß sich sogar ein illustrierter Artikel zum Thema „Spielkarte“ in diesem Band findet. Dieses letztgenannte Stichwort beweist erneut die vielfältigen Aspekte dieser Enzyklopädie, die mit ihren über 2600 Abbildungen in Farbe und über 5000 Stichwörtern nun komplett vorliegt – zur Freude ihrer vielen Leser, Betrachter und Benutzer.

Friedrich Rückert: Am Abend zu lesen

Reihe: „Texte zum Nachdenken“, 128 S., TB-Nr. 654, DM 5,90. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Orientalist und Dichter, Sprachgenie und Poet: alles was seinem Jahrhundert an orientalischer Dichtkunst zugänglich war, hat Friedrich Rückert in deutscher Sprache wiedergeboren und nachgestaltet. Die „Weisheit des Brahaman“, dem diese Auswehl entnommen ist, sind Verse nüchterner Kontemplation, in denen denkerische Besonnenheit sich mit poetischer Magie verbindet.

Die große Nährwert-Tabelle

Herausgeber: Prof. Dr. H.-D. Cremer u. a., 1000 Stichwörter, 25 000 Werte, 72 S., Paperback, DM 8,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Buch gibt in klarem, zweifarbigen Schriftbild auf einen Blick Auskunft über alle wichtigen Inhaltsstoffe unserer Lebensmittel und bietet dazu Sondertabellen und eine „Ernährungslehre“. Es ist eine zuverlässige Hilfe für alle, die mit Ernährungsfragen zu tun haben.

Moderne Diät bei Gicht

Herausgeber: R. Franke / Prof. Dr. D. Mertz, 68 S. mit 4 Farbfotos und Informationszeichn., Rezeptwandlungen für die ganze Familie und „Diät-Kompaß“, Paperback, DM 9,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieser Ratgeber soll die ärztliche Behandlung der Gicht unterstützen, so beim dringend notwendigen Abbau der im Körper angereicherten Harnsäure und zur Gewichtsreduktion. Praktische Diät Hilfen sind eine Kalorien-Tabelle und eine Tabelle, die den Puringehalt der wichtigsten Lebensmittel angibt.

Sprechstunde: Bluthochdruck

Verf.: Prof. Dr. H.-P. Wolff, 112 S. mit Zeichn., Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

In diesem neuen Band der Reihe „Sprechstunde“ erfährt der Hypertoniker, wie er in Zusammenarbeit mit seinem Arzt den Bluthochdruck wieder senken kann. Ein speziell für Bluthochdruck-Kranke entwickeltes „Arzt-Patient-Programm“ enthält alle geeigneten Maßnahmen für eine erfolgreiche Behandlung, u. a. Richtlinien für Diät und richtige Lebensweise sowie Anleitung zur Blutdruck-Selbstmessung.

Schwarzwald

Reihe: „Deutschland im Bild“

Herausgeber: G. Imm, 3. überarb. Aufl., 144 S., 120 Schwarzweißabb., 8 Farbab., Bildunterschriften deutsch, englisch, französisch, Lw., DM 36,-. Verlag Weidlich – Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Der von Heinz Bischof eingeleitete Bildband ist eine Huldigung an das Land der Stille, an seine Menschen und an die Vielfalt seiner Schönheiten. In ausgesuchten Fotografien werden alle reizvollen Gegenden, Ortschaften und Städte, die romantischen Flußtäler, Seen und Gipfel, die vielbesuchten Badeorte und die verträumten Dörfer im Hochschwarzwald wiedergegeben und spiegeln eine Landschaft von herber Heiterkeit wider.

Der deutsche Wein

Herausgeber: Dr. H. Ambrosi / Prof. Dr. H. Becker, mit Beiträgen von über 40 Fachleuten, 378 S. mit 500 z. T. farbigen Fotos und Zeichn. und Karten der Weinbaugebiete. Leinen, DM 88,—. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Werk über den deutschen Wein ist hervorragend ausgestattet und reich illustriert. Die wechselvolle Geschichte; Böden, Reben, Klima; Anbau- und Kellertechniken nach traditionellen und modernsten Verfahren; Chemie und Mikrobiologie; alle Weinbaugebiete mit ihren Besonderheiten; das Weinrecht; alle Teile der Weinwirtschaft; der Umgang mit dem Wein — vom privaten Weinkeller bis zur großen Weinprobe; Weinliteratur; Weinadressen . . . es gibt keinen Bereich des deutschen Weines, der hier nicht dargestellt wäre. Über 500 Fotos, Zeichnungen, Diagramme und Tabellen sowie Karten und Farb-Großfotos der Weinlandschaften ergänzen die Texte. Ein großes Register aller Fachbegriffe rundet dieses Weinbuch ab.

Demals in Königsberg

Verf.: W. Matull, 128 S. mit 12 Schwarzweißfotos, Efalleneinband, DM 19,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Die einst berühmte europäische Stadt leuchtet in diesem Buch noch einmal im Glanz der Jahre 1919 bis 1939 auf. Kunst und Kultur, Politik, große Zeitgenossen, der Alltag, amüsante Begebenheiten und stadtbekanntes Original werden wieder lebendig. Der Autor ruft über nicht nur Erinnerungen wach, sondern bringt euch allen denen diese unvergessliche Stadt nahe, die sie nicht gekannt haben.

Rom und seine große Zeit

Aus dem Italienischen von B. und W. Wosnik, 320 S., über 300 vierfarb. Abb., gebunden, DM 35,—. Arena Verlag Georg Popp, Würzburg.

Dieses Buch ist die auf einer neuartigen Konzeption beruhende Gemeinschaftsleistung einer Anzahl internationaler Archäologen, Kunsthistoriker und italienischer Museen. In der Absicht, ein „Rom ohne Ruinen“ mit allen seinen typischen Lebensformen, seiner wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Struktur so anschaulich wie möglich zu machen, wurden Häuser, Befestigungsanlagen usw. nach alten Mustern engeferigt und zusammen mit dem Bildmaterial großer Museen zur Illustration verwendet.

„Rom und seine große Zeit“ ist auch als *Peperbeck-Ausgabe* (256 S., 110 vierf. Abb., DM 9,90) zu erhalten.

Bairische Reritäten in Vers und Prose

Herausgeber: O. Weber / K. Wilhelm, 212 S. mit 120 Zeichnungen von E. M. Lang und J. Oberberger, Leinen, DM 29,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Bayern, so zeigt sich immer wieder, war und ist reich an Poeten heimischer Zunge, wobei es feine landschaftliche Nuancen gibt; Klassiker von Kobell bis Thoma kommen zu Wort wie die Heutigen. Sie geben eine Kostprobe bairischer Wesensart, wie sie sich äußert bei Fesching und Festen, bei Spels und Trenk, im Granteln, Derblecken und Sinnieren, über Jugend, Reisen und Liebe, über Breissen, Freuen und andere Leut. Und dazu dichten mit Feder und Zeichenstift Ernst Maria Lang und Josef Oberberger. — Ausgewählt und herausgegeben haben die Sammlung Oskar Weber und Kurt Wilhelm.

Herders Neues Volkslexikon A—Z

6., aktualisierte Aufl. mit 50 000 Stichwörtern, 3000 Abb. im Text und 500 neuartigen Übersichten zur Schnellinformation, 1142 S., mit 32 ganzseitigen Farbtafeln, Großformat, Efalleneinband, DM 28,—. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Seit 1974 erschien „Herders Neues Volkslexikon“ in fünf unveränderten Auflagen. Die sechste Auflage liegt jetzt als Neubearbeitung in neuer Ausstattung vor. Aktualisiert wurden u. a. biographische Artikel, Länderartikel, Städte und Gemeinden und die seit 1. Januar 1978 verbindlichen Maßeinheiten.

Die Großen des 20. Jahrhunderts

Bedeutende Staatsmänner, Künstler und Wissenschaftler unserer Zeit

Herausgeber: G. Popp, 292 S. mit 16 Kunstdrucktafeln, gebunden, DM 24,—. Arena Verlag Georg Popp, Würzburg.

15 namhafte Autoren machen den Leser mit 42 Persönlichkeiten aus unserem Jahrhundert bekannt. Ein Buch, das man jeder Familie wünscht — ein wirkliches „Lesebuch“ mit dem Charakter eines dokumentarischen Nachschlagebuches.

Ledakh

Verf.: H. Harrer, 160 S. mit 159 farb. Abb., Leinen, DM 49,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Heinrich Harrer, der bekannte Forscher und Abenteurer, unternahm mehrere Forschungsreisen nach Ledakh, der nördlichsten Provinz Indiens. Sein neuer Bildband schildert anhand schöner Farbfotos und informativer Texte das Leben der für uns Europäer vielfach noch unbekannt Menschen hinter dem Himalaya. Das bedeutet Leben in 2500 bis 4000 Meter Höhe, Einsamkeit, menschenfeindliches Klima, aber auch Wildheit und Schönheit einer imposanten Bergwelt und ihrer Bewohner.

Gemsien vor meiner Tür

Verf.: H.-O. Meissner, 256 S. mit 16 Farbtafeln, Leinen, DM 29,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Das vor vielen Jahren erschienene Erfolgsbuch von Meissner liegt nun mit neuen, durchwegs farbigen Illustrationen versehen wieder vor. Der Autor schildert darin seine Erlebnisse als Jäger mit Tier und Mensch in Tirol. Sein Buch vermittelt dem Leser ein Stück paradiesischer Natur.

Keine Ruhe im Kyffhäuser

Herausgeber: F. Weigend / B. Baumunk / Th. Brune, 272 S. mit 44 Kunstdrucktafeln, Leinen, DM 29,—. Konrad Theiss Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch versucht, der Gegenwartsmächtigkeit einer längst vergangenen Zeit auf die Spur zu kommen. Aus der Rolle, die die Stauferkaiser in der deutschen Geschichte nach dem Tode Konrads und nach dem Zerfall des Heiligen Römischen Reiches deutscher Nation spielten, wird anschaulich, wie weit Geschichte in die Gegenwart regt. Zahlreiche Textproben, Dokumente und Abbildungen machen das Buch zu einem Lesebuch der deutschen Geschichte.

Adyston®

Zusammensetzung: 1 Retard-Kapsel enthält: Pholedrinsulfat 25 mg; Norfanefrinhydrochlorid 25 mg.

Indikationen: Hypotona Kreislaufbeschwerden und Kreislaufregulationsstörungen, wie z. B.: primäre Hypotonie, sekundäre Hypotonie (nach Infektionen, Operationen, langer Bettlägerigkeit, Geburt, Folgehypotonie bei spezifischer Behandlung seelischer Krankheiten usw.), präoperative Blutdruckstabilisierung, orthostatische Fahrlagen (z. B. ungenügend ausgeprägte Blutdrucktagesrhythmik), vegetative Vasolabilität (vasomotorischer Kopfschmerz, Beschwerden bei Wetterfühligkeit, im Klimakterium).

Kontraindikationen und Wechselwirkungen: Adyston soll nicht genommen werden bei Vorliegen folgender Erkrankungen: schwere organische Herz- und Gefäßveränderungen Inklusiva Rhythmusstörungen und Hypertonie, Phäochromozytom, Thyreotoxikose, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. – Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Anwendung von MAO-Hammern möglich. Bei gleichzeitiger Einnahme von Guanethidin und Mecamylamin kann unter Umständen die blutdrucksteigernde Wirkung verstärkt werden.

Wirkungsweise, besondere Hinweise und Verträglichkeit: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Blutspiegeluntersuchungen haben, zunächst im Tierversuch, später am normotonen Probanden, den Nachweis ausreichender Konzentrationen für den Zeitraum von 6 bis 8 Stunden nach oraler Gabe erbracht. Mit einer zweimaligen Verabreichung von Adyston pro Tag läßt sich also den tagesrhythmisch ausgelösten Blutdruckkrisen wirkungsvoll begegnen. Erwachsene und Jugendliche nehmen also vor den Mahlzeiten 1 Kapsel morgens (eventuell vor dem Aufstehen) und 1 Kapsel mittags unzerkaut ein. Kinder ab 6. Lebensjahr 1 Kapsel täglich.

Bei akutem Blutdruckabfall Kapsel öffnen, Wirkstoffkügelchen in den Mund nehmen, zerbeißen und schlucken.

Handelsformen und Preise: O. P. mit 20 Kapseln DM 9,49; O. P. mit 50 Kapseln DM 21,03.

Herstellar: Krewel-Werke GmbH, 5208 Eitorf.

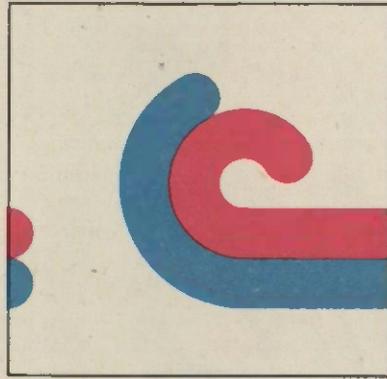
Asasantin®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Dipyridamol = 2,6-Bis (diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg; Acetylsalicylsäure 330 mg.

Anwendungsgebiete: Zur Verhütung oder Behandlung thromboambolischer Ereignisse, die mit einem pathologischen Thrombozytenverhalten (z. B. erhöhter Thrombozytenverbrauch) einhergehen, wie z. B. nach Herzklappen- bzw. Gefäßoperationen, bei tiefen Beinvenenthrombosen (postoperativ, nach Myokardinfarkt) und bei thrombotisch-thrombopanischer Purpura (thrombotische Mikroangiopathie, hämolytisch-urämisches Syndrom).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf nicht angewandt werden bei hämorrhagischer Diathese und Magen-, Darmulzera.

neu



Hildicon®

nicht
hormonelles
Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B₁₂-Mangelercheinungen
- Rekonvaleszenz
- perniziöser Anämie

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:
Hydroxocobalaminmonoacetat 0,515 mg
Coenzym B₁₂ 0,500 mg
Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat 2,500 mg
1 Ampulle Trockensubstanz enthält:
Hydroxocobalaminmonoacetat 1,031 mg
Coenzym B₁₂ 1,000 mg
Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat 5,000 mg
1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält:
Lidocain-Hydrochlorid 20,000 mg
Natriumchlorid 5,000 mg
Wasser für Injektionszwecke (Ph. Eur. II) ad 2 ml

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Kapseln OM 19,50 mit MwSt.
Originalpackung mit 100 Kapseln OM 70,20 mit MwSt.
Originalpackung mit 5 Ampullen lyophilisierter aktiver Substanz und 5 Ampullen Lösungsmittel OM 20,40 mit MwSt.
Anstaltspackung von 10 x 5 + 5 Ampullen OM 131,14 mit MwSt.

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstr. 2 - 6, 5110 Aisdorf, Rhf 1



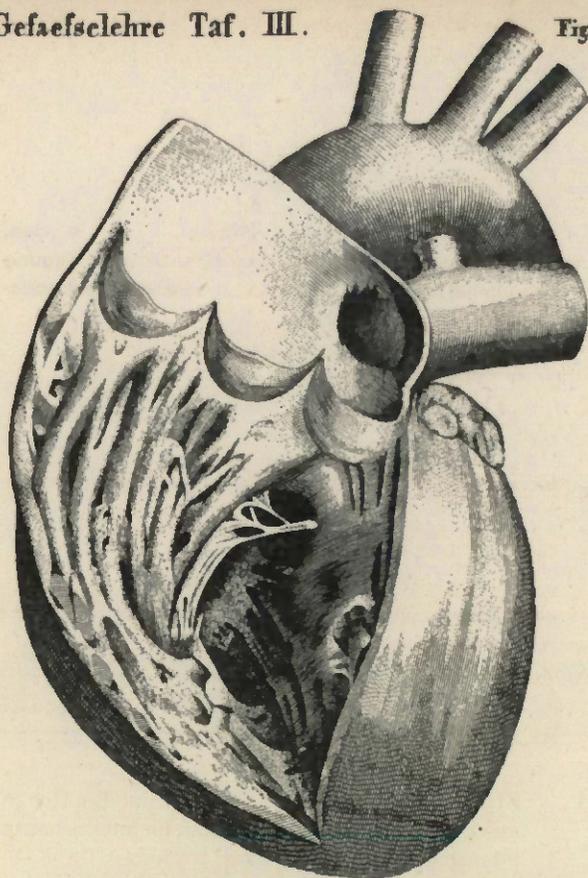


Abb. aus - Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas, 1828.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie.

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



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Handelsformen und Preise:

OP Tropflasche mit 10 ml DM 3,80
OP Tropflasche mit 30 ml DM 8,75
Großpackung mit 100 ml DM 22,-

Besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.
Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung sollte nicht schematisch, sondern nach Indikationen und Schwere des Krankheitsbildes erfolgen. Falls vom Arzt nicht anders verordnet, sollte die tägliche Dosis 3 x 1 Kapsel betragen. Gegebenenfalls ist eine Erhöhung der Dosis auf 3 x 2 Kapseln (z. B. thrombotisch-thrombopenische Purpore) angezeigt.
Darreichungsformen und Packungsgrößen: Originelpackung mit 50 Kapseln DM 29,25; Originalpackung mit 100 Kapseln DM 48,85; Klinikpackung.
Hersteller: Dr. Karl Thomee GmbH, 7950 Biberach-Riß.

Hydro-long-Teblinen®

Chlortalidon 100 mg

Indikationen: Ödeme jeder Genese, Hypertonie, Prophylaxe und Therapie von Ödemen und Hypertonie in der Spätschwangerschaft, Diabetes insipidus.

Kontraindikationen: Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokellämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.

Nebenwirkungen: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Initialedosis für Erwachsene: bei Ödemen 1 bis 2 Tabletten, bei Bluthochdruck 1 Tablette täglich zum Frühstück. Erhaltungsdosis: 2 bis 3x wöchentlich 1/2 bis 1 Tablette, jeder 2. Tag bleibt behandlungsfrei. Bei schnell euzuschwemmenden Ödemen als Initialedosis 3 bis 4 Tabletten zum Frühstück. Zur Prophylaxe von Ödemen und Hypertonie in der Schwangerschaft 1 bis 4x wöchentlich 1/2 Tablette, zur Therapie initial 1/2 bis 1 Tablette täglich, zur Dauerbehandlung 3x wöchentlich 1/2 Tablette. Kleinkinder nehmen als Initialedosis 1/4 Tablette für 2 bis 3 Tage, Schulkinder 1/4 bis 1/2 Tablette für 2 bis 3 Tage, als Erhaltungsdosis 3x wöchentlich 1/4 bis 1/2 Tablette. Viergeteilte Tabletten ermöglichen eine individuelle Dosierung.

Handelsformen und Preise: 20 Tabletten DM 9,60; 50 Tabletten DM 19,50.

Hersteller: Sanoranle Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28.

Hydro-replid-Tabliten®

Furosemid 40 mg

Indikationen: Ödeme im Gewebe bei Herzerkrankungen, Ödeme bei Nieren- und Lebererkrankungen, Schwangerschaftsödeme und Ekfampsie, Stenosen bei Verizen, bei leichter oder mittelschwerer Hypertonie (auch in Kombination mit anderen Medikamenten).

Kontraindikationen: Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen, Coma hepaticum.

Nebenwirkungen: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Erwachsene nehmen bei Ödemen: 1/2 bis 1 Tablette täglich unverzert morgens. Tritt keine Wirkung ein, nach 6 Stunden 2 Tabletten, erforderlichenfalls nach weiteren 6 Stunden 3 Tabletten. Zur Fortführung der Therapie jeden 2. Tag 1 Tablette. Bei Hypertonie 1 bis 2 Tabletten täglich. Kindern vom 1. Monat bis zum 6. Lebensjahr verabreicht man 2 mg Furosemid/kg Körpergewicht, jedoch höchstens 1 Tablette pro Tag.

Handelsformen und Preise: 20 Tabletten DM 7,60; 50 Tabletten DM 16,30.

Hersteller: Senoranle Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28.

Hepelende®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 150 mg Menbuton-Magnesiumselz (Magnesiumselz der β -[1-Methoxy-4-naphthoyl]-propionsäure).

Indikationen: Verminderte Funktion der Leber und der Gallenblase, Gallenwegsentzündungen, gastrointestinale Beschwerden bei biliärer Dysfunktion: Verstopfung, Völlegefühl, Blähungen, Appetitlosigkeit, Fettunverträglichkeit und Druckempfindlichkeit im Oberbauch.

Kontraindikationen: Bei schweren Leberschäden (z. B. Ikterus), Gallenblasenempyem, Verschluss der Gallenwege und Ileus darf Hepalende nicht eingenommen werden.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Nicht bekannt. **Eigenschaften:** Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: 1 bis 3x täglich 1 Tablette mit etwas Flüssigkeit einnehmen. — Für Kinder gelten die allgemeinen Richtlinien zur Kinderdosierung.

Darreichungsform, Packungsgröße und Preis: O. P. mit 50 Tabletten DM 13,40.

Hersteller: Defelände Arzneimittel, GmbH, 5000 Köln 41.

Solurol®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 250 mg Suxibuzon. Suxibuzon = 4-Butyl-4-(hydroxymethyl)-1,2-diphenyl-3,5-pyrazolidindion-hydrogensuccinat (Esfer).

Indikationen: Entzündliche, degenerative und extremitäre rheumatische Erkrankungen, wie primär-chronische Polyarthrit, Spondylarthrit, ankylopoetica (Morbus Bechterew), Arthrosen, Spondylosen, Wurzelneuralgien, Lumbago (Hexenschuß), Muskelrheumatismus.

Solurol ist auch zur Therapie von Entzündungen und Schwellungen nach chirurgischen Maßnahmen gut geeignet.

Kontraindikationen: Bei Magen- und Darmgeschwüren, Leukopenien, hämorrhagischen Diathesen (Thrombopenie, Koagulopathie); kardiale, renale und hepatische Insuffizienz soll Solurol nicht eingesetzt werden.

Wegen möglicher Rezidive sollen auch anamnestic weifer zurückliegende Magen- und Darmgeschwüre berücksichtigt werden.

Bei länger andauernder Therapie empfiehlt es sich, von Zeit zu Zeit Blutbildkontrollen durchzuführen.

Nach der allgemeinen Empfehlung für die Therapie mit Medikamenten während der ersten drei Schwangerschaftsmonate soll auch Solurol in dieser Zeit mit Zurückhaltung verordnet werden.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Solurol ist gut verträglich. Es kann jedoch, wie alle Pyrezol-Derivate, gelegentlich Magen-Darm-Beschwerden, Ödeme und allergische Haut- oder Allgemeinreaktionen hervorrufen. — Bei Auftreten allergischer Hautreaktionen ist das Präparat sofort abzusetzen.

Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: 2 oder 3x täglich 1 Kapsel zu den Mahlzeiten einnehmen.

Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise: O. P. mit 20 Kapseln DM 13,05; O. P. mit 50 Kapseln DM 28,—.

Hersteller: Delalände Arzneimittel GmbH, 5000 Köln 41.

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.

November 1978

2.—4. **Düsseldorf:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie. — Auskunft: Professor Dr. G. Hierholzer, Gossenbauer Allee 250, 4100 Duisburg 28.

2.—4. **Essen:** XII. Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes deutscher HNO-Ärzte e. V. — Auskunft: Geschäftsfelle des Berufsverbandes HNO, Schiffbrücke 7, 2430 Neustadt.

2.—4. **Krefeld:** 10. Gemeinsame Tagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Professor Dr. K.-D. Grosser, Lutherpletz 40, 4150 Krefeld.

3.—4. **Bad Wiessee:** 6. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern. — Auskunft: Frau Scheff, Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

3.—4. **München:** Geläßchirurgisches Gespräch. — Auskunft: Dr. J. Lenge, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

4. **Bad Wörishofen:** XIII. Ärztliche Vortragsreihe (Thema: Kardiologische Probleme im Alter). — Auskunft: Dr. Teichmann, Kurklinik der LVA Schwaben, Am Tennenbeum 2, 8939 Bad Wörishofen.

4. **München:** 5. Samsstagsseminar „Gynäkologie“ der II. Frauenklinik der Universität München. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. J. Kümper, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2.

6.—8. **Berlin:** Symposium über Sozialmedizin für Juristen und Ärzte. — Auskunft: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.

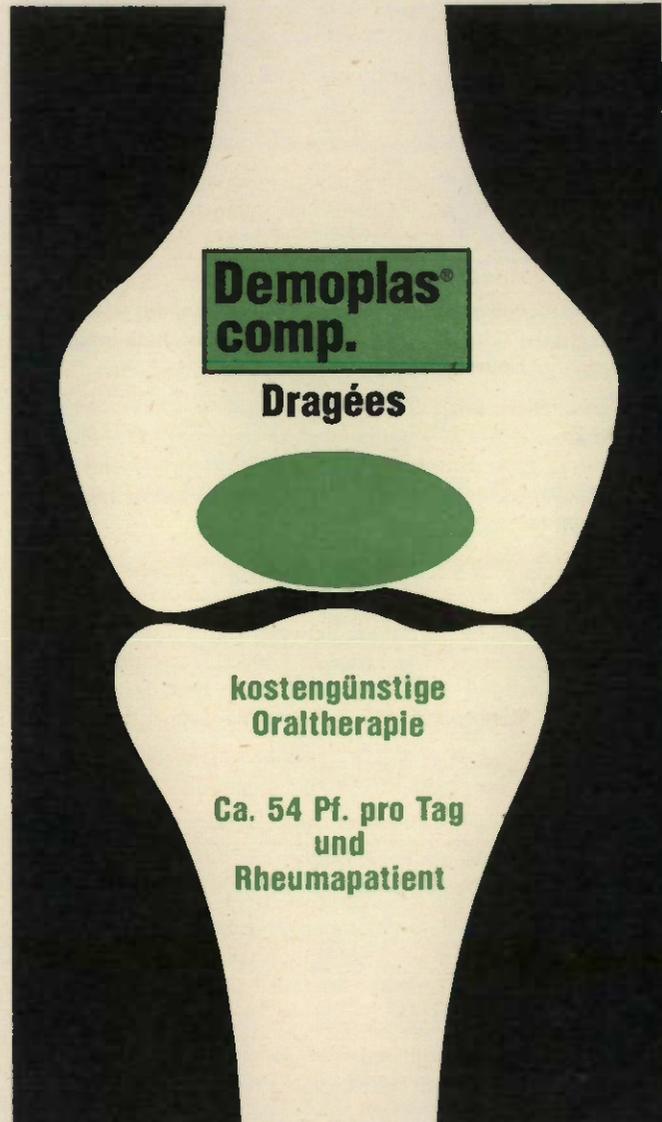
6.—8. **Erfangen:** Kurs für Funktionsassistentinnen und Medizinisch-Technisches Personal. — Auskunft: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.

8.—12. **Düsseldorf:** 30. Kongreß für das Badewesen. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für das Badewesen e. V., Postfach 369, 4300 Essen 1.

- 8.-17. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte (Voraussetzung für die Teilnahme: Absolvierung des Grundkurses im Strahlenschutz). — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 9.-12. **Stuttgart:** 15. Stuttgarter Fortbildungskongress für praktische Medizin. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 10.-11. **Marburg:** Fortbildungsveranstaltung „Klinisch-experimentelle Hepatologie“. — Auskunft: Privatdozent Dr. O. Zefder, Robert-Koch-Straße 8, 3550 Marburg.
- 10.-12. **Erlangen:** 10. Seminare in der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik. — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 10.-12. **Würzburg:** 17. Ärzteseminar: Erfahrungseustausch Autogenes Training für Fortgeschrittene. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 11.-12. **München:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 München 80.
- 11.-12. **Hennet:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 13.-17. **Mantla:** 32. Generalversammlung des Weltärztebundes. — Auskunft: Bundesärztekammer, Auslandsfenster, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 13.-24. **Isny:** Einführungslehrgang (Kurs f) in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. — Auskunft: Dr. med. K. Seifl, 7972 Isny-Neutreuchburg.
- 17.-18. **Hannover:** Tagung „Sozialmedizinische und psychologische Aspekte bei der Nachsorge Krebs-Kranker“. — Auskunft: Frau U.-M. Stade-Rohde, Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V., Karf-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 17.-19. **Göttingen:** Sportärzte-Wochenendlehrgang. — Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwarz, Sprangerweg 2, 3400 Göttingen.
- 17.-19. **München:** 18. Bayerische Internistentagung. — Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim.
18. **Erlangen:** Fortbildungsseminar für HNO-Ärzte und Betriebsärzte: „Lärmschäden des Ohres — Begutachtung und Prophylaxe“. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Weldstraße 1, 8520 Erlangen.

Der Rheuma Schub

„Langzeitbehandlung“



Zusammensetzung: 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100 mg, Propyphenazon 150 mg, Extr. Aescul. hippocast. e sem. stoc. 34 mg (entsprechend einem Aescingehalt von 5 mg), Vitamin-B₁-nitrat 3,9 mg, Vitamin-B₆-hydrochl. 2 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 4 µg. **Indikationen:** Stark schmerzhaft, entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates. Rheumatoide Arthritis (= primär chron. Polyarthritis), M. Bechterew, Arthrosen, Spondylose, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumbo-ischialgien, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humero-scapularis, Periostitis, Epikondylitis, Tendovaginitis, Tortikollis, Radikulitis, Neuritiden, Neuralgien und Thrombophlebitis. DEMOPLAS comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortisonanwendung nicht in Betracht gezogen wird, insbesondere auch zur Unterstützung einer Chemotherapie bei bakteriell und viral bedingten Entzündungen (z.B. Adnexitis). **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Koagulopathie), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Konvulsionen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Ineffizienz. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung des Präparates kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardwirkung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung des Präparates ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Diuresehemmung und Wasserretention eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikationsstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 30 Dragées DM 5,56, Packung mit 100 Dragées DM 16,09, Anstaltspackung

ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 BERLIN 10

- 18.-19. **Düsseldorf:** Schönhals-Wochenend-Seminare. —
Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe
Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 Mün-
chen 80.
20. 11.— **Berlin:** 18. Klinische Fortbildung Berlin. — Aus-
kunft: R. Bendert, Sekretariat Kaiserin-Friedrich-
Stiftung, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
2. 12.
22. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene
Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zu-
sammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bun-
deswehr (Thema: Notfallmedizin — Kopftreumatolo-
gie). — Auskunft: Bayerische Landesärztekam-
mer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 22.—25. **Düsseldorf:** 10. internationaler Kongreß mit Aus-
stellung - Medica '78. — Auskunft: Deutsche Ge-
sellschaft zur Förderung der Medizinischen Dia-
gnostik e. V., Jehnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 23.—25. **Berlin:** 42. Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Unfallheilkunde. — Auskunft: Professor
Dr. S. Weller, Rosenauer Weg 95, 7400 Tübingen.
- 23.—25. **Bonn:** 23. Tagung der Deutschen Gesellschaft für
Neuropathologie und Neuroanatomie. — Auskunft:
Professor Dr. F. Gullotta, Universitäts-Institut für
Neuropathologie, Venusberg, 5300 Bonn.
- 23.—26. **Graz:** 9. Kongreß der Akademie für Allgemeinmedi-
zin. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für
Allgemeinmedizin, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz.
- 24.—25. **Göttingen:** Chirurgisch-gastroenterologisches Sym-
posion „Rezidiveingriffe an den Gallenwegen“. —
Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H.-J. Peiper,
Goßlerstraße 10, 3400 Göttingen.
- 24.—25. **München:** 5. Klinisch-kardiologisches Wochenend-
seminar. — Auskunft: Bayerische Landesärztekam-
mer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.—26. **Köln:** NAV-Bundeshauptversammlung 1978. — Aus-
kunft: Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e. V., Belfortstraße 9/V, 5000 Köln 1.
25. 11. **Düsseldorf:** Medizinisch-photographisches Semi-
nar im Rahmen der Medica '78. — Auskunft: Ge-
schäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Photo-
graphie, Neumarkt 49, 5000 Köln 1.
25. 11. **Düsseldorf:** Symposion „Kooperationsformen zwi-
schen Pflegedienst und ärztlichem Dienst am Kran-
kenhaus“ enlächlich der Medice '78. — Auskunft:
Hertmannbund, Verband der Ärzte Deutschlands
e. V., Kölner Straße 40-42, 5300 Bonn-Bad Godes-
berg.
- 25.—26. **Timmendorf:** Schönhals-Wochenend-Seminare. —
Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe
Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 Mün-
chen 80.



Tromcardin[®] FORTE

► sichert den Ausgleich intra-
zellulärer Elektrolytverluste,
wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert
die Leistung der Muskelzelle,
speziell der Myokardzelle,
macht die Glykosidtherapie
sicherer und schirmt das Herz
gegen Streß und kardione-
krotische Noxen ab.

Der therapeutische Nutzen
erweist sich eindrucksvoll in
der Senkung der Nebenwir-
kungsrate der Glykosidbe-
handlung von 26,9% auf 5,72%.
(Tilsner, V.: MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

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

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstö-
rungen und AV-Block.



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik
Trommsdorffstraße 2-6
5110 Aisdorf, Rh 1

Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-O,L-hydrogen-
espartat · ½H₂O _____ 360,42 mg
Magnesium-bis-O,L-hydrogen-
espartat · 4H₂O _____ 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

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

Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten DM 14,75
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.

Weitere Informationen über die ge-
samte Tromcardin-Gruppe ent-
nehmen Sie bitte unseren wissen-
schaftlichen Dokumentationen oder
fragen Sie unseren Mitarbeiter im
wissenschaftlichen Außendienst.

- 25.-30. **Rio de Janeiro:** Internationales Symposium über Notfallmedizin. — Auskunft: Professor Dr. R. Frey, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
27. 11.— **München:** 3. Radiologische Woche (Thema: Des Abdomen). — Auskunft: Sekretariat der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2.
27. 11.— **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
28. 11.— **Sonthofen:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Autogenes Training im Management. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge, Frau Dr. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
29. 11. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr (Thema: Differentialdiagnostische Probleme in der Notfallmedizin — Chirurgie, Innere Medizin u. a.). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Dezember 1978

1. **Würzburg:** Fortbildungskurs für Chirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 1.—2. **Karlsruhe:** 3. Wissenschaftliche Tagung der Gesellschaft für Mikrozirkulation. — Auskunft: Professor Dr. S. Witte, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe.
- 1.—3. **Nürnberg:** 29. Nürnberger Fortbildungskongress der Bayerischen Landesärztekammer. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
2. **München:** Herbsttagung der Bayerischen EEG-Arbeitsgemeinschaft. — Auskunft: Herr Stresser, Elektrofrequenz Fritz Schwarzer, Bärmannstraße 38, 8000 München 60.
- 2.—3. **Bremen:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 München 80.
- 2.—3. **Hennaf:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. D. Schneff, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 2.—3. **München:** 29. Tagung der Münchener Oto-Rhinofaryngologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. G. Boette, Prinzenweg 1, 8130 Starnberg.

- 2.—9. **Oberiech/Arberg:** VI. Fortbildungswoche der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes der Frauenärzte. — Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2.
- 6.—8. **Düsseldorf:** Arbeitstagung der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“. — Auskunft: Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“, Kirchfeldstraße 149, 4000 Düsseldorf.
- 8.—10. **München:** 11. Internationale Wissenschaftliche Tagung. — Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
- 9.—10. **Freiburg:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 München 80.
- 12.—15. **Neuherberg:** Verkürzter Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 16.—17. **Berlin:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Psychologische Forschungsgruppe Schönhals, Prinzregentenstraße 91, 8000 München 80.

Beflaghinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte beigelegt der Firmen **Gödacka AG, Freiburg;**
Banachemfa GmbH, München.

„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewaring, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordaur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßigem Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Bezugpreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5177-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspraas. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

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

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 gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Betriebsarzt/-ärztin

Sie werden zuständig sein für die gesundheitliche Betreuung von mehr als 2.200 Mitarbeitern in einem Fertigungsbetrieb der Flugzeugindustrie, in dem modernste Technik und Verfahren realisiert werden. Als hauptamtlicher Betriebsarzt sollen Sie den betriebsärztlichen Dienst selbständig und verantwortlich leiten. Dafür stehen Ihnen eine gut eingerichtete Praxis und erfahrenes Personal zur Verfügung.

Diese Position verlangt einen approbierten Arzt, möglichst mit einer arbeitsmedizinischen Grundausbildung. Wenn Sie bereits eine mehrjährige praktische Erfahrung als Betriebsarzt vorweisen könnten, wäre das die Idealvoraussetzung. Wenn nicht, würden wir Sie in unserem zentralen betriebsärztlichen Dienst in Ottobrunn bei München auf diese Aufgabe vorbereiten. Weiterhin erwarten wir eine kontaktfähige, aufgeschlossene Persönlichkeit, die befähigt ist, zu allen Mitarbeitern des Werkes einen zwischenmenschlichen Kontakt zu finden und Vertrauen aufzubauen, was wir als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit ansehen.

Die Dotierung wird den Anforderungen und der Bedeutung der Position entsprechen, worüber wir uns gerne mit Ihnen in einem persönlichen Gespräch unterhalten möchten. Es erwarten Sie die Sicherheit eines zukunftsorientierten Großunternehmens, des weiteren die Vorteile einer modernen Großstadt mit Tradition und Lebensqualität im Umkreis beliebter Urlaubsziele. Bitte senden Sie uns Ihre Bewerbung mit ausführlichen Unterlagen, oder wenden Sie sich für eine erste Kontaktaufnahme an Herrn Heigemeir, Tel. 08 21/801-321, zur Klärung fachbezogener Fragen an Herrn Dr. Steinbach – leitender Betriebsarzt bei MBB in Ottobrunn – Fernruf: 089/60 00-22 22 (priv. 089/6 12 50 10).

MBB Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH
Unternehmensbereich Flugzeuge
Werk Augsburg
Personalabteilung
Haunstätter Straße 225
8900 Augsburg 21

Malinert®

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, wie Wirbelsäulen-Syndrom, Lumbago, Myalgien, Wurzelneuritiden sowie gegen Schulter-Arm-Syndrom, Neuralgie, Ischi-

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit. Zur speziellen Information des Kassenarztes dient:

Die Forderungen
aus den „Arzneimittel-Richtlinien“
werden für MALINERT erfüllt

1. Therapeutische Wirksamkeit, Bioverfügbarkeit, Verträglichkeit von MALINERT sind in der Literatur belegt.
2. MALINERT-Dragees ermöglichen eine wirtschaftliche Therapie.

Deshalb **Malinert®** -Dragees
u. **N-Salbe**

- für die preisbewußte Therapie
- in therapie-gerechten Abpackungen
- wirksam und verträglich

Bei Interesse stellen wir gerne auf Wunsch „Anleitungen zu gymnastischen Übungen“ zur Verteilung an Patienten zur Verfügung.

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischi- und Lumbago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: 200 mg Melamidol (=Phenylidimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonates Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylidimethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octolamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

100 g MALINERT N-Salbe enthalten: 10 g Äthylenglykolmonosalicylat, 1,250 g Nicotinsäurebenzylester, 3 g Campher, 1 g Menthol.

Dosierung und Anwendungsweg: MALINERT-Dragees: Täglich 3mal 1 Dragée am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit. MALINERT N-Salbe: Morgens und abends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

Nebenwirkungen (bei MALINERT-Dragees): In seltenen Fällen wurden bekannt: Gastrointestinale Störungen (z. B. okkulte Blutungen), Asthmaanfälle, Leukopenie und Agranulozytose; Hautreaktionen, Mundtrockenheit, Müdigkeitsbeschwerden.

Kontraindikationen (für MALINERT-Dragees): Hepatische Porphyrie, Hämorrhagische Diathese, Magen- und Darm-Ulcera, Glaukom, Prostatahypertrophie, Dekompensierte Herzinsuffizienz, Gravidität.

Hinweise:

a) für MALINERT-Dragees: Bei Kleinkindern Dosierung beachten. Selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Beeinflussung des Reaktionsvermögens, bes. mit Alkohol möglich.

b) für MALINERT N-Salbe: Nicht in Augen, auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen.

Packungsgrößen und Preise (R. A.T.):

OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. DM 5,70
Packung mit 50 Dragees, AV m. MwSt. DM 12,73
OP mit 30 g Salbe, AV m. MwSt. DM 5,56

Muster und Literatur von MALINERT erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.

MENADIER Heilmittel GmbH
2 Hamburg 50
Postfach 50 10 04

Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

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

BEFELKA-ÖL Zus.: Dl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.
Ist von überzeugender Eindruckskraft Viol. tric 3 g, med. Weisöl 76 g, Arom.

Ärtztemuster durch: 50 ml DM 4,77, 100 ml DM 6,31, 200 ml DM 14,40
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 81, 4500 Danabrück

Am Kreis Krankenhaus Viechtach, Lkr. Regen (Bayerischer Wald)
Ist die Stelle des

Oberarztes

der Chirurgischen Abteilung zu besetzen.

Die Abteilung umfaßt zur Zeit 55 Planbetten.

Für das Haus, das 1924 in Betrieb genommen wurde, liegt die Bedarfsfeststellung für einen Neubau der I. Versorgungsstufe mit 70 chirurgischen Betten vor. Die Programm- und Detailplanung ist bereits in Auftrag gegeben.

Der Bewerber soll Chirurg sein oder kurz vor der Anerkennung stehen und in der Lage sein, den Chefarzt voll zu vertreten. Das Haus ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, so daß Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzten erwartet werden.

Geboten werden Vergütung nach Vergütungsgruppe I b/1 a BAT, Vergütung der Rufbereitschaft, die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Chefarztzulage und Nebeneinnahmen durch Gutachten.

Die Stadt Viechtach (ca. 7000 Einwohner) hat als Luftkurort einen entsprechend hohen Freizeitwert. Am Ort befindet sich ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (mathematisch-naturwissenschaftlicher und wirtschaftswissenschaftlicher Zweig) und Staatliche Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, beglaubigte Ablichtung der Approbation und der Facharztanerkennung sowie lückenlosem Nachweis der bisherigen beruflichen Tätigkeit durch Zeugnisse sind zu richten an die **Hauptverwaltung des Landratsamtes Regen, Schulgass 2, 8370 Regen. Persönliche Kontaktaufnahme mit dem Chefarzt der Chirurgischen Abteilung ist unter der Telefonnummer (099 42) 13 81 möglich.**

Landpraxis in Mittelfranken

Die Gemeinde 8831 Markt Berolzheim sucht wegen Praxisstilllegung aus Altersgründen zum baldmöglichsten Termin einen Praktischen-/Allgemeinarzt. Die Klientel kann übernommen werden. Der Ort hat ca. 1300 Einwohner; Einzugsgebiet ca. 3000 Einwohner. Lage Naturpark Altmühltal. Sämtliche Einrichtungen der Grundversorgung vorhanden (Volksschule, Apotheke, Benken). Weiterführende Schulen gut und schnell erreichbar. Kassenzustitzlicher Notfalldienst durch Zusammenschluß mit anderen Kassenerztsttzen geregelt. Praxis- und Wohnräume werden von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/711 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.



In der Kinderabteilung des
Städt. Merlenkrenkenheuses Amberg
Ist kurzfristig

eine Assistenzarztstelle

zu besetzen. Die Abteilung verfügt neben Chef- und Oberarzt über drei Assistenzarztstellen.

Das modern eingerichtete Haus (615 Betten) besteht aus sieben Hauptabteilungen (Innere, Gynäkologie, Chirurgie, Pathologie, Anästhesie, Pädiatrie und Röntgenabteilung) sowie Belegabteilung für HNO, Augen und Urologie.

Die Kinderabteilung umfaßt eine Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderstation sowie eine eigene Isolierabteilung und eine Frühgeburtensstation mit insgesamt 90 Betten. Der leitende Arzt der Abteilung ist zur vollen Weiterbildung als Kinderarzt ermächtigt. Die apparative Ausstattung der Abteilung ist sehr gut.

Die Vergütung richtet sich nach BAT (Verg.Gr. II/1 b), Entschädigung für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Bei der Wohnungsbeschaffung ist die Krankenhausverwaltung behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten bis längstens zwei Wochen nach Veröffentlichung an des

Personalamt der Stadt, Marktplatz 11, 8450 Amberg.

Die Bundesanstalt für Arbeit, das Landesarbeitsamt Nordbayern,

sucht

Ärztinnen und Ärzte

für vielseitige und selbständige erbeitsmedizinische Tätigkeiten bei Arbeitsämtern in Nordbayern (insbes. Nürnberg, Aschaffenburg und Hof).

Einstellungsbedingung: Möglichst vierjährige ärztliche Tätigkeit nach der Approbation.

Leistungen: Vergütung nach dem Manteltarifvertrag für die Angestellten der Bundesanstalt für Arbeit (MTA) – entspricht BAT –; die Eingruppierung richtet sich nach tarifrechtlichen Vorschriften (VergGr II, Ib oder Ia MTA); bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Übernahme in das Beamtenverhältnis mit Beförderungsmöglichkeit bis zum Medizinaldirektor (BesGr A 15);

alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen; 5-Tage-Woche;

wissenschaftliche Fortbildung durch Entsendung zu Kongressen und anderen Veranstaltungen; die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ wird gefördert; privatärztliche Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen erbeten an:
**Präsident des Landesarbeitsamtes Nordbayern
Regensburger Straße 100
8500 Nürnberg 1**

Telefonische Auskunft erteilt:
Leitender Arzt
Dr. med. Wemsdorfer
Telefon (09 11) 17 41 23



Am Kreis Krankenhaus, 8483 Vohenstrauß/Opf.,
Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab
sind auf der
Chirurgischen Abteilung
ab sofort oder später die Stellen eines

Assistenzarzte (-ärztin)
und
**Medizinalassistenten
(-assistentin)**

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe II BAT,
hinzukommt die Vergütung des Bereitschaftsdienstes.
Der Chefarzt ist zum Durchgangsarztverfahren zugelassen
und für zwei Jahre zur Chirurgischen Weiterbildung
ermächtigt.

Vohenstrauß liegt in reizvoller Lage im Oberpfälzer
Wald, Hallenbad am Ort, beste Skimöglichkeiten in
allernächster Umgebung. Hoher Freizeitwert der Umge-
bung im Sommer und Winter.

Bewerbungen bitte an den

**Chefarzt des Kreiskrankenhauses,
8483 Vohenstrauß/Opf., Telefon (0 96 51) 241**

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin für die Innere Ab-
teilung des

Kreiskrankenhauses 8352 Grafenau
Chefarzt Dr. H. Prochek

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Bettenzahl: 80

Stellenplan: 1 / 1 / 3 (4. Stelle wird beantragt).

Interdisziplinäre Wachstation (innere, Chirurgie, Anästhesie):
fünf Betten.

Röntgenrichtung: Durchleuchtung mit Fernsehbildwandler,
Tomographiergerät, zwei Aufnahmeplätze, fahrbarer Bildwandler,
Aufnahmekugel.

Modernes Zentrallabor, Automation in Vorbereitung.

Endoskopie: Oesophago-, Gastro-, Duodenoskopie (drei Geräte),
totale Coloskopie (zwei Geräte), Bronchofiberskopie, Laparoskopie
(Spezialtisch, OP-Laparoskop), Prokto-Rektoskopie, gesamte
operative Endoskopie mit Ausnahme der EPT.

Perkutane transhepatische Cholangiographie (Chiba-Nadel).

Sonographie: Schnelles B-Bild.

Cardiologie: EKG (Sechsfach-, Dreifach-, Einfach-Schreiber),
Dysrhythmie-Monitor, Phonocardiographie, Ergometrie, Oszillographie,
passagere Schrittmacher-Therapie, Überwachung permanenter
Herzschrittmacher.

Lungenfunktion: Vitalograph.

Nephrologie: Nierenarteriographie, Nierenpunktion, Peritoneal-
dialyse.

Nuclearmedizin: Geplent.

Der Chefarzt hat die Abteilung im Juli 1978 übernommen. Die
Weiterbildungsermächtigung ist beantragt. Bei Elnaatzwillen
und Arbeitsfreude ist Ihnen eine solide Grundausbildung auf
dem Weg zum Internisten oder Allgemeinarzt sicher.

Vergütung: BAT II/1 b, Bereitschaftsdienststufe D. Mitarbeiter-
pool aus den Einnahmen des Chefarztes, Gutachten, alle
üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Grafenau: Staatlich anerkannter Luftkurort in reizvoller Umge-
bung, nahe dem Nationalpark Bayerischer Wald. Alle Schulen
sind am Ort.

Bewerbungen werden erbeten an

**Chefarzt Dr. H. Prochek, Kreis Krankenhaus, 8352 Gra-
fenau, Telefonische Auskunft untar (0 85 52) 26 55.**

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen,
Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwer-
den der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit
Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung.
Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur card. spir. sicc. 20 mg; Extr.
Scilla spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. sicc. 15 mg;
Extr. Crataegi e fruct. spir. sicc. 60 mg; Extr. Rauwolfiae aerp. spir.
sicc., 40%; Gesamtkalolide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtkalolide);
Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Heperidin-
phosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 30 Drag. DM 5,62, 50 Drag. DM 7,75, 100 Drag. DM 13,55

Arztamuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück.

Das Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sucht für sofort
oder später

**Medizinalassistenten und
Assistenzärzte**

für die Chirurgische und Interne Abteilung.

Das Kreis Krankenhaus Landau ist ein Krankenhaus der
Grundversorgung. Es umfaßt derzeit eine Innere und
Chirurgische Abteilung mit insgesamt 142 Planbetten.

Ab Februar 1979 wird ein neuerbautas, medizinisch-
technisch modernst ausgestattetes Grundkrankenhaus mit 209
Betten (Innere 104, Chirurgie 69, Geb. Gyn. 20, HND 10,
Augen 6 sowie 6 Betten für Intensivüberwachung) in Batrieb
genommen.

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

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif, Bereit-
schaftsdienstvergütung sowie den im öffentlichen Dienst
üblichen Sozialleistungen. Für die Unterbringung stehen
Zimmer bzw. beim Neubau Appartements zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend er-
beten an:

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

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE



Außendienstbeauftragter

**Bevor Sie sich niederlassen, sollten
Sie rechtzeitig mit uns sprechen.**

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungs-
fragen, wie z. B. Ärzthaftpflicht, Praxisabsicherung.

Büro München Süd,
Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 714 50 71
Büro München Nord,
W.-Friedmann-Bogen 10, 8000 München 50, Tel. (089) 141 40 47
Büro Erlangen,
Luitpoldstraße 50, 8520 Erlangen, Tel. (091 31) 282 55
Büro Weiden, Galgenbergstr. 31, 8480 Weiden, Tel. (09 61) 240 31
Rolf Grossmann,
Allgäuer Str. 7, 8944 Grönenbach 2 - Zell, Tel. (083 34) 73 73
Georg C. Klughardt, Stiftsbogen 41, 8000 München 70,
Tel. (089) 714 50 71 oder (09 11) 83 42 89

Senden Sie diesen Coupon an unser
Büro München Süd, Stiftsbogen 41, 8000 München 70

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Meine
Anschrift

Fachrichtung



Neubesetzung einer Arztpraxis

Im Ortsteil Weilach der Gemeinde Gachenbach, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen ist die derzeit verwaiste Arztpraxis neu zu besetzen. Die Gemeinde Gachenbach zählt 1700, das Einzugsgebiet der umliegenden Gemeinden ca. 3000 Einwohner. Der bisherige Praxisinhaber führte die Praxis fest 30 Jahre und ist vor einiger Zeit in den Ruhestand getreten. Weilach liegt im Städtedreieck Schrobenhausen/Pfeffenhofen/Aichach in schöner landschaftlicher Lage.

Ärzte, die an einer Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin Interesse haben, möchten sich bitte an die **Gemeinde Gachenbach, 8899 Gachenbach, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen** oder an **1. Bürgermeister Bitscher, Telefon (0 82 52) 12 01**, persönlich wenden.

Die Gemeinde ist gern bereit, bei der Beschaffung der notwendigen Wohn- und Praxisräume behilflich zu sein und eine gewisse finanzielle Unterstützung zu gewähren.

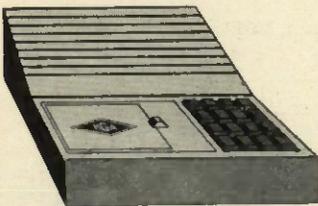
Gynäkologe:

Älterer Kollege mit sehr großer Praxis und angeschlossener moderner Belegabteilung in voll zugelassener Frauenklinik (60 Betten) bietet **Assoziation** für ca. drei bis vier Jahre – denn Nachfolge. Zuschriften von Kollegen mit umfassender Ausbildung (einschließlich Zytologie und Mammographie), Alter ca. 37 bis 45 Jahre.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/721 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Gehrke - Sprechanlage

Revolutionäre Installationstechnik „Jeder mit jedem“ bis zu 40 Sprechstellen



- modernes Design
- problemlose Montage
- wartungsfreundlich durch einzeln steckbare Geräte
- zuverlässiger Kundendienst



Werkvertretung
Nordbayern

DEISS
Elektronik

Breitscheidstr. 53 · 85 Nürnberg · Tel. 45 40 71
frühere Wiesenstraße

Seit über 30 Jahren bestehende

inter. Fachpraxis

In mittelfränkischer Großstadt aus Altersgründen an Allgemeinmediziner oder Internisten ohne Röntgen baldmöglichst abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/722 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Wegen Todesfall eingegeführte ehemalige

HNO-Praxis

zu vermieten. 4 moderne Räume, EG (ca. 100 qm, DM 1000,- + NK.), verkehrsgünstig, großes Einzugsgebiet (München-Lalm).

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/728 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Zytologie-Assistentin

für neu eröffnete gynäkologische Praxis – mit Einsendelabor – in Ebermannstadt/Fränkische Schweiz, ab sofort oder später gesucht.

Angebote erbeten an: **Dr. med. A. Hammed, Frauenerzt, Breitenbacher Straße 20, 8553 Ebermannstadt.**



KLEINTREIBER
80 od. 120 x 48 x 55
feuersicher
Einbautresore ab
DM 313,-
Katalog „BY“ freil
W. Dreßbner
8006 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 40
Tel. (06 11) 52 48 44

Suche nahtlose Übernahme einer gutgehenden

Allgemeinpraxis

möglichst in München-Nord zum 1. Quartal 1979, vorherige Praxisvertretung möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/731 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Moderne, gut eingeführte internistische

Facharztpraxis

(ca. 500 Scheine) in Kempton/Allgäu, Stadtmitte, zum 1. Dezember 1978 günstig abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/713 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Raum Würzburg

Junger Arzt sucht **Niederlassungsmöglichkeit** bzw. **Praxisübernahme** oder **Eintritt** in bestehende Allgemeinpraxis.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/727 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Gutgehende Praxis

(Allgemeinmedizin) in Mittelstadt (Unterfranken) ab 1. Januar 1979 nahtlos abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/725 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Älteres Mietshaus

In Kleinstadt Mittelfrankens (6000–7000 Einwohner, Schulzentrum, großes Hinterland). Vorhanden sind: 3 renov. Wohnungen, ausbaufähige Nebenräume. Auf Rentenbasis (Anzahlung nur DM 30 000,-).

Zuschriften erbeten unter Nr. 2074/717 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Praxisetage

Ca. 123 qm im 3. Stock (Fahrstuhl) eines Arzt-Apothekenhauses in Sulzbach-Rosenberg (20 000 Einwohner) ab 1. Januar 1979 zu vermieten.

Im Haus befinden sich ein Arzt für Allgemeinmedizin und ein Frauenarzt. Die Räume wurden langjährig von einem Internisten benutzt.

Zuschriften erbeten an: **Bahnhof-Apotheks, Bahnhofstraße 16, 8450 Amberg, Telefon (0 98 21) 2 27 53.**

ZUSAMMENSETZUNG In 100 g Salbe: Arnica 0,15 g; Calendula 0, Hamamelis 0,15 g; Echinacea angustifolia 0, Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0,15 g; Symphytum 0, Bellis perennis 0,15 g; Hypericum 0, Millefolium 0,15 g; Aconitum D1, Belladonna D1 0,05 g; Aristolochia clematis 0, Mentha suaveolens, Mentha D1 0,04 g; Hepar sulfur. D1 0,025 g.
ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
HANDELSFORMEN UND PREISE (Incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49962) Tube zu 21 g DM 3,73 · Tube zu 84 g DM 11,88
Weitere Darreichungsformen von Traumeel: Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Jan. 1979

für offene und stumpfe Traumen

Hämatome, Prellungen,
Distorsionen

Traumeel®-Salbe

zur Therapie posttraumatischer und postoperativer Weichteilschwellungen

Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden

-Heel