



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

April 1983

Zur Kenntnis genommen:

Die Bürger unseres Landes haben am 6. März eine klare Entscheidung getroffen. Sie wollen mit eindeutiger Mehrheit, daß die neue Koalition in den nächsten vier Jahren die Geschicke unseres Landes bestimmt. Dieses Ergebnis wurde nicht mit billigen Wahlversprechen erkaufte. Das Haushaltsbegleitgesetz mit seinen Eingriffen in den überschießenden Wohlfahrtsstaat hat jedem Wähler schon vor seiner Stimmabgabe gezeigt, daß in den kommenden Jahren keine Geschenke erwartet, aber voraussichtlich weitere erhebliche Opfer und Verzichte verlangt werden müssen. Der Abbau der Staatsverschuldung, die Wiederbelebung der Wirtschaft, die nachdrückliche Reduzierung der Arbeitslosenzahl sind Aufgaben, die nicht leicht zu lösen sein werden. Im Bereich der sozialen Sicherung wird manche Sünde der vergangenen Jahrzehnte gesühnt werden müssen. Da man einerseits nicht mehr ausgeben kann, als man einnimmt, andererseits aber z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung die notwendigen Leistungen gedeckt und deshalb die Einnahmen entsprechend hoch sein müssen, wird niemand an der Frage vorbeikommen, wieviel man dem arbeitenden Menschen von seinem Lohn abnehmen kann, um dieses soziale Sicherungssystem zu finanzieren. Die „Umverteilung“ hat ihre Grenzen dort, wo sie beginnt, die Leistungsbereitschaft aller Arbeitenden zu gefährden. Damit ist aber bereits klar, daß eine weitere Verkürzung der Lebenserbeitszeit nur denkbar wäre, wenn der freiwillige Frührentner bereit ist, entsprechende Abstriche an seiner Rente hinzunehmen. Dennoch wird sich ein Beitrag von 19 Prozent nicht umgehen lassen, um das Schiff der Rentenversicherung wieder flott zu machen. Eine Verkürzung der Wochenarbeitszeit – gar bei vollem Lohnausgleich – wäre besonders für die freien Berufe, und hier vor allem die freipraktizierenden Ärzte, eine erneute schwere Belastung. Aber auch die Krankenhauskosten müßten weiter ansteigen, was dann wieder auf die Ausgaben der Krankenversicherung durchschlagen würde. Hier über sind dann die Kassenärzte nochmals die Leidtragenden. Während nämlich die Krankenhäuser ihre Selbstkosten im Pflugesetz geltend machen können, die pharmazeutische Industrie ihre Preise erhöhen kann, wenn die Rechnung nicht mehr stimmt, müssen die Kassenärzte am Verhandlungstisch mühsam um Verbesserungen ringen und sich mit Grundlohnsummenentwicklung und Stabilität der Beitragssätze konfrontieren lassen. Das gilt dem Grunde nach auch für Bayern, weil wir uns – trotz der konstruktiven Vertragspartnerschaft – den Auswirkungen der bundesweiten Entwicklung nicht völlig entziehen können.

Daß wir gerade bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Lage und Entwicklung der praktizierenden Ärzte keinen leichten Stand haben werden, war ja schon dem Positionspapier der Christlich-demokratischen Arbeitnehmerschaft zu entnehmen, wo die Auffassung vertreten wird, die Kassenärzte könnten sich auch bei weiter steigender Arztzahl durchaus in den immer noch großen Kuchen teilen. Es muß, das habe ich schon wiederholt dargelegt, endlich anerkannt werden, daß die Arzt-

praxis als Betrieb ebenso investieren und ihre Kosten decken muß, wie jeder andere Wirtschaftsbetrieb. Also sind auch wir darauf angewiesen, daß die Honorare der allgemeinen Kostenentwicklung entsprechend folgen. Dies den Verantwortlichen deutlich zu machen, wird jetzt unsere vordringlichste Aufgabe sein.

Daß die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhäuser heute bereits 30 Prozent der Gesamtausgaben ausmachen, ist bekannt. Damit werden allerdings nur die Betriebskosten gedeckt. Für die Investitionen kommt nach dem Prinzip der dualen Finanzierung der Staat auf. Nachdem dieses Finanzierungsprinzip zunehmend abgelehnt wird, stellt sich die Frage, ob dann die Pflugesetze sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten decken sollen, jedenfalls soweit freiwillige Fördermittel vom Staat nicht mehr zur Verfügung stehen. Eine wesentliche Erhöhung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung wäre die Folge. Die gesetzlichen Krankenkassen würden damit allerdings auch den entscheidenden Einfluß auf die Krankenhausplanung erhalten. Dies wäre ihnen vermutlich den „Kaufpreis“ der Kostenerhöhung wert. Eine ähnliche Entwicklung zeichnete sich vor einigen Wochen beim Rettungsdienst ab, als die Staatsregierung plante, die Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten durch eine erheblich niedrigere freiwillige Förderung abzulösen. Auch hier wären deutliche Mehrkosten, aber zugleich auch der entscheidende Einfluß auf die Investitionsplanung der Rettungsdienstorganisationen auf die gesetzliche Krankenversicherung zugekommen.

Bleibt noch ein weiteres großes Problem anzusprechen, der Wunsch nach Einführung einer Pflegeversicherung. Es gab bereits Pläne, dafür einen eigenen Sozialversicherungszweig mit allgemeiner Pflichtmitgliedschaft einzurichten. Daß dies ein Einstieg in die allgemeine Volksversicherung gewesen wäre, hat sich bald herumgesprochen. Jetzt wird die Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. Man sollte sich dabei allerdings ausreichend Gedanken über die finanziellen Auswirkungen machen, bevor man in ein Abenteuer schlittert, das die Krankenkassenbeiträge sprunghaft in die Höhe treibt.

Wir können nur hoffen, daß in der vor uns liegenden Zeit Politik mit Vernunft und Sachverstand gemacht wird. Dies gilt natürlich auch für die Gesundheits- und Sozialpolitik. Zur Mitarbeit sind wir immer und gerne bereit.

Es gibt noch viele Einzelheiten, die in der nächsten Zeit angesprochen werden müssen. Darauf werde ich in den folgenden Ausgaben eingehen.

Professor Dr. Sewering

Aktuelle Fragen der Katastrophenmedizin

von Ernst Rebenisch

Wer sich eingehender mit dem medizinischen und medizinisch-organisatorischen Verfahren zur bestmöglichen Hilfe für eine sehr große Anzahl zu Schaden gekommener Menschen befaßt, wird immer wieder auf zwei bemerkenswerte Betrachtungsweisen stoßen, die dem umfassenden Verständnis für das Außergewöhnliche solcher glücklicherweise seltenen Ereignisse im Wege stehen.

Die eine Auffassung wird von der Meinung getragen, daß selbst die größten Schadensereignisse mit den in unserem Alltag jederzeit verfügbaren Kräften und Mitteln bewältigt werden können. Für den medizinischen Bereich bedeutet dies die Annahme, daß die Rettungs- und Notarztdienste die durch ein gewaltiges Naturereignis oder durch eine technische Katastrophe verletzten oder anderweitig gesundheitsgeschädigten Menschen ohne zusätzliches Risiko infolge möglichen Zeitverlustes bei der Rettung oder auf dem Transport ebenso bald und geordnet in stationäre Krankenhausbehandlung bringen könnten, wie sie dies z.B. bei einem Verkehrsunfall zu leisten vermögen. Abgesehen davon, daß die Vertreter dieser Auffassung die gegenwärtige und wohl auch in absehbarer Zukunft zu erwartende Leistungsfähigkeit der Rettungs- und Notarztdienste als flächendeckende Aufgabe in der Bundesrepublik Deutschland überschätzen, unterschätzen sie ganz erheblich die Auswirkungen solcher, als Katastrophen bezeichneter Ereignisse auf Hunderte und Tausende von Menschen.

In eine andere Richtung zielt die politisch motivierte Meinung einer zweiten Gruppe. Ihre Wortführer glauben zwar auch fälschlicherweise an eine ausreichende Leistungsfähigkeit der vorhandenen Rettungs- und Notarztdienste, deren weiteren Ausbau sie für notwendig halten, sie sehen jedoch in jeglicher Absicht, sowohl die medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen für den Katastrophenfall zu fördern, als auch die organisatorischen, personellen und materiellen

Grundlagen für eine wirksame medizinische Katastrophenhilfe zu schaffen, eine Maßnahme, die nur der Vorbereitung und Führbarkeit eines Krieges diene. Abgesehen davon, daß diejenigen, die dies behaupten, bis zur Stunde jeden Beweis für die Berechtigung ihrer Unterstellung schuldig geblieben sind und auch weiterhin bleiben werden, sollten sie sich daran erinnern, daß jeder Arzt seinen Beruf ausübt, um seinen hilfebedürftigen Mitmenschen in jeder Notlage mit Rat und Tat nach bestem Wissen, Gewissen und Erfahrung beistehen zu können.

Vom 14. bis 16. Januar 1983 fand an der Evangelischen Akademie Tutzing eine als medizinpolitische Tagung bezeichnete Veranstaltung zum Thema „Katastrophenmedizin“ statt. Die etwa 130 Teilnehmer gehörten in weit überwiegender Zahl den verschiedenen Gruppierungen der Atomkriegsgegner an, für die Katastrophenmedizin nichts anderes als „Kriegsmedizin“ ist. Als Wortführer traten vornehmlich Ärzte auf, die der deutschen Sektion der „International Physicians for Prevention of Nuclear War“ (IPPNW, zu deutsch: Internationale Ärzte für die Verhinderung eines Atomkrieges) angehören. Diese Sektion hat, wie manchem bekannt sein dürfte, die sogenannte „Frankfurter Erklärung“ verfaßt, die der Erklärung ihrer Verfasser gemäß inzwischen von 3000 Ärzten unterschrieben worden sei. Viele Teilnehmer in Tutzing waren nicht Ärzte, sondern Studenten, Psychologen und Journalisten; auch Krankenschwestern und Arzthelferinnen waren anwesend.

Anlaß für diese Veranstaltung war die aner kennenswerte Absicht der Tutzinger Akademie, einen Brückenschlag zwischen den unterschiedlichen ärztlichen Auffassungen zu versuchen, wie er in einer Stellungnahme der Arbeitsgruppe für Medizinische Ethik des Leiterkreises der Evangelischen Akademien in der Bundesrepublik Deutschland vom Juni 1982 für möglich erachtet wurde.

Dieser Brückenschlag muß auch innerhalb der Ärzteschaft weiter betrieben werden, zumal es im Interesse des Ansehens und der Glaubwürdigkeit unseres Berufes sicher Verständigungsmöglichkeiten gibt. Daß solche vorhanden sind, bewies auch in mancher Hinsicht die Diskussion in Tutzing, wo einige ärztlich-ideell eingestellte Vertreter der IPPNW durchaus einen Unterschied zu machen verstanden zwischen der auf politischen, humanitären und ärztlichen Motiven gegründeten Ablehnung eines Atomkrieges und der Notwendigkeit, daß der Arzt bei Notfällen und Katastrophen, aber selbst auch im Falle eines Krieges und eines von ihm zutiefst verabscheuten Atomkrieges seinen Mitmenschen Hilfe leisten muß.

Verständigung setzt aber Verstehen voraus und deshalb soll zunächst nach den Ursachen gesucht werden, warum viele Menschen in dieser oder jener Form den Parolen der Atomkriegsgegner folgen und was Ärzte veranlaßt, die durchaus richtige und notwendige Verdammung des Atomkrieges dadurch zu entwerten, daß sie ihre Bereitschaft und ihre Pflicht zur Hilfeleistung in Katastrophensituationen in Frage stellen.

Aufschlußreich war hierzu in Tutzing ein sicher unprogrammäßig verteiltes Informationsblättchen, dessen Tendenz ebenso eindeutig war wie die mancher Diskussionsbeiträge und „Informationen“. Es soll ganz einfach durch die ständige Betonung der Atomkriegsgefahr das Vertrauen des Bürgers in seine Regierung erschüttert und noch mehr Angst erzeugt werden, als bisher schon besteht. Angstgefühle finden sich heute bei vielen Mitmenschen, seien sie angesichts der wirtschaftlichen Rezession oder der ernüchternden Feststellung entstanden, daß Wohlleben und Anspruchsdenken ihre Grenzen haben, oder seien sie der Ausdruck der Hilflosigkeit gegenüber der Politik der Weltmächte. Vor allem junge Menschen fühlen sich diesem Druck ausgesetzt und wenden sich mit einem beachtlichen Energieaufwand an Gedankenarbeit und Worten gegen eine Bedrohung, deren Art und Ausmaß sie noch weniger ermessen können als die älteren Generationen unseres Volkes, die den Schrecken des Krieges und seine Folgen unmittelbar zu spüren bekamen. In ihren Aktivitäten gegen atomare Rüstung und Kampfbereitschaft wenden sie

sich der Einfachheit halber gegen diejenigen, die ihnen erreichbar und auch beeindruckbar erscheinen, das sind die Vereinigten Staaten, die NATO und die eigene Regierung, auch wenn diese seit eh und je die atomare Bewaffnung und den Krieg in jeder Form konsequent ablehnt.

Selbstverständlich wenden sich die überzeugten Atomkriegsgegner gegen derartige Waffen in Ost und West, aber zum Osten hin halten sie sich doch deutlich zurück, vielleicht weil sie sich ihrer minimalen Einflußmöglichkeiten in dieser Richtung bewußt sind. Warum hat es denn in ähnlicher Weise wie die Antivietnam- und die sonstigen zahlreichen Demonstrationen bis heute noch keinen Protestmarsch gegen die atomare, biologische und chemische Bedrohung durch die Staaten des Warschauer Paktes gegeben? In diesem Zusammenhang fällt überdies auf, daß generell die hochpotenten, insbesondere leicht, schnell und billig herzustellenden biologischen Kampfmittel und die chemischen Massenvernichtungswaffen mit wesentlich größerer Zurückhaltung kritisiert werden als die Kernwaffen. Das muß insofern verwundern, als die Zahl der getöteten Menschen in einem Wirkungsgebiet chemischer Waffen nahe bei 100 Prozent liegt, also auch nach Feststellung der Atomwaffengegner selbst noch um das Doppelte höher als bei einem Atomkrieg liegen wird, und der Einsatz biologischer Kampfmittel neben tödlicher oder seuchenhaft krankmachender Wirkung auf die Menschen auch noch schwerste Beeinträchtigung der gesamten Ökologie zur Folge haben würde. Wir sollten aber ebensowenig vergessen, daß selbst ein Krieg mit sogenannten konventionellen Waffen derart verheerende Folgen für alle Menschen und ihre Umwelt haben würde, daß man nur mit Schaudern an solche Ereignisse denken kann.

Wir können nicht oft und nachdrücklich genug feststellen, daß es wohl keinen vernünftigen Menschen in unserem Lande gibt, der auch nur mit einem flüchtigen Gedanken positiv zu einem Krieg, ganz gleich welcher Art, stehen könnte, und dies unabhängig davon, ob wir Staatsbürger in Zivil oder in Uniform sind. Aus diesem Grunde ist aber auch der Anspruch einer zahlenmäßig begrenzten Gruppe noch so engagierter Staatsbürger nicht zu akzeptie-

ren, daß man nur in ihrer Gefolgschaft den Krieg tatsächlich ablehne.

Kritisch zu bewerten ist die Haltung der verschiedenen Gruppen der Atomkriegsgegner in der Frage des vorsorglichen Schutzes gegen mögliche Gefahren und der dazu erforderlichen Maßnahmen. So werden der Schutzraumbau, die Aktionen des Bundesverbandes für den Selbstschutz — z. B. der Abdruck seiner Empfehlungen auf der 3. und 4. Umschlagseite des Amtlichen Verzeichnisses der Ortskennzahlen (AVON) —, die katastrophenmedizinische Fortbildung der Ärzte und die vermehrte Berücksichtigung der Katastrophenmedizin in der studentischen Ausbildung als Maßnahmen angegriffen, die den Bürger auf den Krieg vorbereiten und von der Fachseite her Politiker und Militär dahingehend anregen sollen, daß ein Krieg durchaus führbar sei. Diese Behauptungen können nur tragische Auswüchse einer in ihrem Kern, wie gesagt, durchaus notwendigen Ablehnung des Krieges sein. Sie scheinen aber auch zu beweisen, daß diesen Kritikern das Augenmaß dafür fehlt, worauf sie sich im Zusammenhang mit einem möglichen Krieg konzentrieren sollten. Wie ein roter Faden zieht sich durch die Verlautbarungen der Atomkriegsgegner und Pazifisten sowie vieler Publizisten, daß sie die von ihnen verwendeten Begriffe nicht richtig einzuordnen und korrekt zu gebrauchen verstehen. Sehen wir uns auch die zweifellos von bestem Willen getragene Stellungnahme der Evangelischen Akademien oder die Frankfurter Erklärung der IPPNW oder die Stellungnahme des Psychotherapeuten Petersen im „Niedersächsischen Ärzteblatt“, Heft 19/1982, an: sie alle werfen die Begriffe „Krieg“, „Katastrophe“, „Kriegsmedizin“, „Wehrmedizin“, „Katastrophenmedizin“ und „Notfallmedizin“ durcheinander, weil sie nicht zu differenzieren vermögen, was im Interesse derer, für die wir Ärzte tätig zu werden haben, nämlich die hilfebedürftigen Patienten, unumgänglich notwendig ist.

Was solches Nicht- oder Mißverstehen der Wortführer bei ihrer Gefolgschaft oder solchen, die damit gezielt Destruktion beabsichtigen, auszulösen vermag, hat die Öffentlichkeit dank der für Sensationen stets aufnahmefreudigen Presse in den letzten beiden Jahren klar

Amoxi-Tablinen®
1000 mg Amoxicillin

neue
vom Sanorania

Infektionen
1. 10. 82:
weitere drastische
Senkung der
Therapiekosten

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 1147,6 mg
Amoxicillintrihydrat, entsprechend
1000 mg Amoxicillin.

Indikationen
Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, z. B. Infektionen der Atemwege und Lunge, im Magen-Darm-Trakt (einschließlich Typhus), im Urogenital-Trakt, im HNO-Bereich, der Gallenblase und -wege, der Haut und Weichteile.

Kontraindikationen
Penicillinallergie, Mononukleose.
Während der Schwangerschaft sollte die Indikation streng gestellt werden.
Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen.

Nebenwirkungen
Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktionen), Magenreizungen und Durchfälle, Masernähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

Dosierung
Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre: 3 mal täglich 1 Tablette, Schulkinder (6 bis 14 Jahre): 3 mal täglich ½ Tablette.

10 Tabl. 20 Tabl.

34.95 68.-

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Namenskürzung:
DH-Ergotamin-
Tabliten retard

jetzt

DHE-Tabliten® retard

Namenskürzung:
DH-Ergotoxin
Tabliten
forte

jetzt

DH-Tox-Tabliten® forte

Hypotonie
Venen
Migräne

Vergeßlichkeit
Schwindel
Migräne



Antihypotonikum,
Venotonikum

Zusammensetzung

1 Tablette enthält
Dihydroergotaminmesilat
2,5 mg.

Indikationen

Hypotonie, Migräne (im
Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung), venöse
Insuffizienz.

50
Tabl. 22.60

100
Tabl. 38.00

250
Tabl. 90.81

Tablette
zerbeißen = forte
Tablette
schlucken = retard



Cerebral-
Therapeutikum

Zusammensetzung

1 Tablette enthält
je 0,67 mg Dihydroergo-
cristinmesilat, Dihydro-
ergocorinmesilat,
Dihydroergokryptin-
mesilat = 2 mg Dihydro-
ergotoxinmesilat.

Indikationen

Cerebralsuffizienz,
Migräne bei hypertoner
Ausgangslage (im
Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung),
Schwindel, Ohren-
sauen, Vergeßlichkeit,
Durchblutungs-
störungen.

50
Tabl. 36.52

100
Tabl. 67.00

250
Tabl. 151.34

S SANORANIA Dr.G. Strohscheer
1 Berlin 28

zu hören bekommen, als über die Verweigerung der Teilnahme an katastrophenmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen und die auch tatsächlich in einigen Fällen postulierte Verweigerung berichtet wurde, als Arzt in einem Katastrophenfall mitzuwirken. Ganz unabhängig davon, ob solches Handeln überhaupt möglich wäre und geduldet würde, ist eine derartige Zuspitzung der Diskussion zutiefst bedauerlich, schwächt sie doch das Vertrauen der Bürger unseres Landes in die Bereitschaft ihrer Ärzte, ihnen bei jeder Art von Gesundheitsbedrohung helfen zu wollen und zu können.

Die Atomkriegsgegner setzen sich z. B. in der „Frankfurter Erklärung“ selbst der Gefahr aus, der Widersprüchlichkeit bezichtigt zu werden, wenn sie jede Art von Schulung oder Fortbildung in Kriegsmedizin ablehnen, andererseits aber ihre Verpflichtung und Bereitschaft bekunden, in allen Notfällen medizinischer Art ihre Hilfe zur Verfügung zu stellen. Auch und gerade in einem Krieg würde es medizinische Notfälle in großer Zahl geben und, wie die Atomkriegsgegner nach ihren eigenen Berechnungen feststellen, würden mindestens 50 Prozent der von einem Atomkrieg betroffenen Menschen überleben und ärztliche Hilfe benötigen. Darunter wären auch sehr viele mit Gesundheitsschäden, die nicht durch radioaktive Strahlen, sondern durch umherfliegende Fensterscheiben, Trümmer, einstürzende Gebäude, Brände usw. verursacht würden. Wenn sie entsprechend ihrer Erklärung bei allen Notfällen helfen wollen, dann werden sie – wie profilierte Gesprächspartner aus den Reihen der Atomkriegsgegner bestätigten – auch tatsächlich helfen. Um dies aber tun zu können, muß der Arzt unzweifelhaft entsprechende Kenntnisse und möglichst auch Erfahrung haben, was er in dem einen oder anderen Fall tun kann.

Kehren wir aber zurück zu der dauerlichen Verwirrung der Begriffe, was vielleicht eher der Unkenntnis ihrer Bedeutung und der heutzutage so beliebten bombastischen Ausdrucksweise als etwa einer bewußten Verwischung klarer Gegebenheiten mit dem Ziel, zu destruieren, zuzuschreiben ist. Krieg, Katastrophe und Unfall bzw. Großschaden sind eindeutig definiert und damit

gut zu unterscheiden. Dies ist auch Voraussetzung für die Gesetzgebung, leiten sich aus den unterschiedlichen Kriterien doch auch die Zuständigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland und die im Rahmen der strukturellen Ordnung durchzuführenden Aufgaben ab. Folgerichtig haben wir auch drei verschiedene Gruppen von Gesetzen, nämlich die für die Verteidigung nach außen, die für den Schutz im Innern und die für tägliche Rettungsaufgaben.

Wenden wir uns zuerst den Gesetzen und Gesetzesanteilen zu, die sich auf einen Verteidigungsfall beziehen. Für diese und die sich daraus ergebenden Abkommen, Vereinbarungen und Durchführungsverordnungen sind der Bundestag als Gesetzgeber und die Bundesregierung als Exekutive zuständig. Dazu gehören z. B. die Regelungen für den Zivilschutz und die Notstandsgesetze, mit deren Hilfe lebenswichtige und für die Bundesrepublik Deutschland substanzerhaltende Aufgaben und Tätigkeitsbereiche abgedeckt werden. Einen Teil dieser Notstandsverfassung bilden die Sicherstellungsgesetze, deren neun seit 1966 in Kraft sind, während zwei weitere zurückgestellt wurden, nämlich das Schutzraumbaugesetz, das an der Kostenfrage scheiterte, und das Gesundheits-Sicherstellungsgesetz. Nachdem das Gesundheits-Sicherstellungsgesetz seinerzeit wegen der zu Ende gehenden Legislaturperiode nicht weiterbehandelt und in der Folgezeit trotz Drängens der Fachleute als weniger dringlich erachtet wurde, hat der vor zwei Jahren vorgelegte Entwurf zu diesem Gesetz erheblichen Anteil an der entstandenen Unruhe und auch an der Förderung des Widerstandes gegen eine medizinische Fortbildung erlangt, die sich ausschließlich auf den Kriegsfall beziehen würde. Bekanntlich ist der Entwurf von der letzten Bundes-Gesundheitsministerin zurückgezogen worden. Wir werden abwarten müssen, wann und in welcher Form die Bundesregierung den ihr vom Bundestag 1964 erteilten Auftrag zur Ausarbeitung eines Gesundheits-Sicherstellungsgesetzes erfüllt. Es sei aber erneut und nachdrücklich betont, daß ein solches Gesetz ausschließlich für einen Verteidigungsfall vorgesehen ist. Einen auch nur irgendwie getretenen Bezug zur Katastrophenmedizin herzustellen, ist daher unzulässig.

Für die Katastrophenschutz-Gesetzgebung, also den Schutz nach innen, sind aufgrund unserer föderativen Ordnung die elf Landesparlamente und -regierungen zuständig. Die Bundesregierung hat hier lediglich eine Rahmenkompetenz, um einheitliche Grundzüge des Katastrophenschutzes auch bei länderübergreifenden Katastrophen zu wahren. Dieses Bundesinteresse gilt z. B. auch für die Seuchenbekämpfung, die durch das Bundes-Seuchengesetz gewahrt wird. Es dürfte aber bekannt sein, daß sich das Bundes-Seuchen-Gesetz mit Fragen befaßt, die mit dem Katastrophenschutz kaum Berührung haben. Die unterste Durchführungsebene des Katastrophenschutzes bilden die Landkreise und die kreisfreien Städte, deren Hauptverwaltungsbeamte, d.h. die Oberbürgermeister und Landräte bzw. die Oberstadt- und Oberkreisdirektoren, die Verantwortung tragen, so lange diese nicht wegen der Schwere und Ausdehnung einer Katastrophe auf die nächsthöhere Verwaltungsebene übergeht.

Die Kriterien einer Katastrophe sind

1. der außergewöhnlich große Umfang des Schadensereignisses und seiner Auswirkung,
2. die Unmöglichkeit, mit örtlich vorhandenen Kräften und Mitteln des Schadens Herr werden zu können,
3. das Angewiesensein auf organisierte Hilfe von außen,
4. die Verantwortung der Behörden für die Einleitung und Durchführung der Hilfsmaßnahmen.

Folgt man diesen, auch in den Präambeln der Katastrophenschutz-Gesetze festgeschriebenen Kriterien,

so ergibt sich, daß eine Katastrophe weder mit einem Verteidigungsfall noch mit einem Großschadensereignis identifiziert werden darf.

Kriegsereignisse lassen sich deshalb nicht als Katastrophen im Sinne der Definition deuten, da sie zwar außergewöhnlich große Ereignisse sind, jedoch weder für Vorbereitungen noch während ihres Ablaufes Voraussagen über die Schadensarten, ihre Länder und Kontinente umfassende Ausdehnung und ihre Zeitdauer möglich sind. Die schrecklichste Form eines Krieges, der große, mit atomaren, biologischen und chemischen Kampfmitteln geführte Krieg, läßt sich in keinerlei Denk- oder Vorstellungsschema einordnen; vor allem macht er planmäßig organisierte Hilfe für die Betroffenen unmöglich.

Wie bereits festgestellt, sind alle vernunftbegabten Bürger gegen jeden Krieg und sie sollen dies auch offen bekunden. Die Geschichte kennt aber leider keinen einzigen Fall, in dem ein friedliebendes Volk auch tatsächlich von einem Krieg verschont geblieben wäre, wenn es anderen einfällt, einen Krieg zu beginnen. Und in unserer Welt muß sich dies noch nicht einmal primär gegen den friedliebenden Staat richten. Denken Sie an Holland, Luxemburg und Dänemark im zweiten Weltkrieg! Auch uns kann dies passieren, wenn die Weltmächte zunächst fern von uns aneinandergeraten. Unser Territorium ist als militär-geographischer Kern Mitteleuropas stets besonders gefährdet. Die Kriege im Mittelalter sind dafür ebenso kennzeichnend wie die akute Kriegsdrohung 1963 bei der Kuba-Krise, und schließlich resultierte ja die Wiederbewaffnung

der Bundesrepublik aus der Ost-West-Konfrontation im und nach dem Korea-Krieg.

Wenden wir uns aber nun der anderen Form massiver Schäden zu, nämlich den Großschadensereignissen infolge technischen oder menschlichen Versagens, von denen nach einer Ermittlung der schweizerischen Versicherungs-Information in den letzten zwölf Jahren rund 1200 außerordentlich große finanzielle, bis in Milliardenhöhe reichende Auswirkungen hatten. Diese Art von Schäden ist stets örtlich begrenzt und mit den schnell verfügbaren Kräften und Mitteln in kurzer Zeit zu bewältigen, wenn man von nachfolgend notwendigen Aufräumarbeiten absieht. Es kommt vor allem nicht zur Erklärung des Katastrophenfalles durch die Behörde.

Die Bewältigung der Großschadensereignisse ist Aufgabe der Feuerwehren, des Technischen Hilfsweges und der Polizei sowie in allen Fällen, in denen Menschen zu Schaden gekommen sind, der Rettungsdienste. Für letztere gelten in der Bundesrepublik Deutschland die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer, durch die u.a. das System der Rettungsbezirke und Rettungsleitstellen, die Bereitstellung von Notärzten, die Mitwirkung der Hilfsorganisationen und die Finanzierung der Leistung durch das Land geregelt ist.

Wir müssen also diese drei unterschiedlichen Aufgabenbereiche im Interesse der Gesamtbevölkerung, vornehmlich der Zivilbevölkerung, unterscheiden, denn die Streitkräfte unterliegen in vieler Hinsicht ande-

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,7B mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Bbeutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	1229,8 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)	
Verdauliche Kohlenhydrate	3,1 g

Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Harzkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuran, Hypercholesterinaemie, Artériosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anuria. **MAGNESIOCARD®-Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis.

MAGNESIOCARD®

Therapeutisches Prinzip:

Streßabschirmung, Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmia angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Hendelsformen und Preise

Kaps.: 25 0M 10,25, 50 DM 19,55, 100 DM 35,20
Tabl.: 25 0M 10,-, 50 DM 19,20, 100 0M 34,40

Granulat zum Trinken

Btl.: 20 0M 13,35, 50 DM 29,75, 100 0M 49,95

Amp. i.m.: 2 0M 3,85, 5 DM 8,60

Amp. i.v.: 3 0M 6,85, 10 0M 20,45

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

ren Bestimmungen, teils nationaler, teils multinationaler, bündnisabhängiger Art. Letztere haben nur den Auftrag, mit dem Zivilschutz in Verteidigungsfragen zusammen zu arbeiten. Sie stehen grundsätzlich weder dem Katastrophenschutz noch den Rettungsdiensten zur Verfügung und dürfen in diesen Bereichen nur aufgrund gezielter Anforderung einer Landesregierung oder durch besondere Vereinbarung tätig werden, sofern dadurch ihr Verteidigungsauftrag nicht beeinträchtigt werden kann.

Nach dieser eingehenden, aber wohl im Interesse aller Ärzte notwendigen Erläuterung der Begriffe und der daraus resultierenden Aufgaben wollen wir uns nun der Katastrophenmedizin konkret zuwenden und Verständnis suchen, warum für diese Art medizinischer Tätigkeit andere Gegebenheiten zu berücksichtigen sind als bei der Militärmedizin und der Notfallmedizin.

Die Militärmedizin, bei der die Wehrmedizin, als die alle militärischen Belange im Frieden und im Krieg umfassende Nutzung der Kenntnisse und Erfahrungen aller medizinischen Wissenschaften, von der Kriegsmedizin zu unterscheiden ist, die nur der Gesundheit der Soldaten und ihrer Wiederherstellung im und nach einem Krieg dient, hat mit der medizinischen Hilfe für Zivilpersonen nur wenig zu tun. Dieses Wenige erstreckt sich darauf, daß Kriegswunden ähnelnde Verletzungen, wie wir sie nahezu täglich erleben, z. B. Schußwunden, häufig nach kriegschirurgischen Grundsätzen behandelt werden müssen, und daß die gesamte Medizin aus Kriegserfahrungen gelernt hat, wieviel erfolgreicher medizinische Notsituationen zu überwinden sind, wenn die Hilfe planmäßig und gut vorbereitet erfolgt.

Klassische Beispiele für die erfolgreiche Umsetzung militärischer Erfahrungen bieten die Notfallmedizin und die Rettungsdienste. Aber auch sie und die hinter den Notärzten und Rettungssanitätern stehenden Leitstellen und Krankenhäuser haben Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, die sie dann erreichen, wenn eine überaus große Anzahl Menschen Gesundheitsschäden erleidet.

Dann werden die Notärzte und Sanitäter, selbst wenn sie in größerer Zahl anwesend sein sollten, schnell

überfordert, ihre Hilfsmittel werden aufgebraucht und es fehlt bald ein Transportmittel für den fachgerechten Abtransport der Patienten. Oberdies werden die Krankenhäuser nicht lange auf ihre im Notarztdienst eingesetzten Ärzte verzichten können, wenn die Zahl stationärer Aufnahmen sprunghaft steigt. In einer solchen Situation muß zusätzlich Hilfe herankommen.

Der niedergelassene Arzt nahe dem Katastrophenort wird spontan zu Hilfe eilen, benachbarte Ärzte werden hinzukommen und schließlich — nach der Erklärung des Katastrophenfalles, die stets erst nach einiger Zeit erfolgen wird — können planmäßig herangeführte Verstärkungen zum Zuge kommen.

Katastrophenbekämpfung verfolgt stets das Ziel, ein Katastrophengebiet von mehreren Seiten aus konzentrisch bis zu seinem Kern zu durchdringen, eine noch vorhandene Schadensquelle zu beseitigen und alle geschädigten oder bedrohten Lebewesen sowie wichtige Güter zu

70. Regensburger Fortbildungskongreß

vom 12. bis 15. Mai 1983
in Regensburg

retten. Aus allgemein menschlichen und medizinischen Gründen muß erreicht werden, daß kein von dem Ereignis betroffener Mensch im Schadensgebiet zurückbleibt und daß jeder, gleichgültig, ob es sich um Nichtgeschädigte, Geschädigte oder Getötete handelt, erfaßt und registriert wird.

Jeder Helfer hat an seinem Platz alles ihm Mögliche zu leisten und dies fordert vom Arzt, daß

— er auch ohne vorherigen Auftrag bereit ist, sich in das Geschehen bei einem solch umfangreichen Aufkommen an Hilfebedürftigen unverzüglich einzuschalten,

— er sich in ein, meist erst nach und nach zustandekommendes System der Hilfeleistung einordnet und

— er die notwendigen Grundkenntnisse, möglichst auch weitergehende

Kenntnisse und Erfahrungen über die im Katastrophenfall am ehesten zu erwartenden Gesundheitsschäden und die ärztlichen Erstmaßnahmen besitzt.

Der Arzt muß in der Lage sein, akut lebensbedrohte Menschen unverzüglich aus einer Vielzahl Hilfebedürftiger herauszufinden, die lebensrettende Sofortmaßnahme selbst durchzuführen oder unter seiner Verantwortung durch geschulte Helfer durchführen zu lassen.

Er soll die Indikationen für sofortigen Abtransport beherrschen und sich die Festlegung von Art, Ziel und Transportbedingungen, z. B. die Transportbegleitung vorbehalten können.

Er soll die Gesundheitsschäden und den Allgemeinzustand der Patienten so zu erkennen und zu bewerten lernen, daß er entscheiden kann, wer nicht unbedingt seiner Hilfe bedarf und wem er mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln keine Behandlung oder keine Transportbelastung zumuten darf.

Niemand wird bestreiten, daß die Verfahren der Notfallmedizin die Basis für das ärztliche Handeln zur Beseitigung akuter Lebensbedrohung und zur Schaffung bestmöglicher Voraussetzungen für erfolgversprechende Weiterbehandlung sind. In einem Katastrophenfall jedoch können diese Kenntnisse und Erfahrungen nur insoweit nützen, als der Arzt sie an dem oder an den Patienten anwendet. Sich damit begnügen zu wollen, heißt aber, die Eigenart einer Katastrophe und die der erforderlichen medizinischen Hilfe völlig zu verkennen.

Jeder von uns kann unversehens mit einer Katastrophensituation konfrontiert werden. Gesetzlich kann jeder Staatsbürger für die Dauer von drei Tagen jeden Monats auch gegen seinen Willen zu Leistungen im Rahmen der Katastrophenhilfe herangezogen werden. Dies gilt auch für den Arzt, zumal er als speziell ausgebildet und besonders befähigt gilt, gesundheitsgeschädigten oder -bedrohten Menschen Hilfe leisten zu können, und von dem die Mehrzahl der Bürger erwartet, daß er nicht nur unter Zwang, sondern freiwillig hilft.

Eine Katastrophe wird nur selten von vornherein als solche zu erken-



Noctamid

Das moderne, niedrig dosierte
Benzodiazepin-Schlafmittel
von Schering.

... für eine gute Nacht
... für einen guten
Morgen
... für einen guten Tag



Mit Noctamid stimmt
der Schlafablauf wieder, und
es gibt keinen hang-over.

Noctamid ist das
»Wirklich-Nur-Schlafmittel«.

Zusammensetzung: 1 Tablette Noctamid[®]-0,5/Noctamid[®]-1 enthält 0,5 mg/1 mg Lormetazepam. **Anwendungsgebiete:** Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom. Bis zum Vorliegen entsprechender Erfahrungen sind Schwangere und Patienten unter 18 Jahren nicht zu behandeln. Dies gilt vorläufig auch noch für stillende Frauen. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am Tag nach der Einnahme zu

Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel und Bewegungsunsicherheit kommen. Es ist vorerst nicht auszuschließen, daß sich bei Patienten im akuten Stadium endogener Psychosen, insbesondere bei schwerer Depression, in Einzelfällen die Krankheitszeichen verstärken. **Warnhinweise:** Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden, besonders im Zusammenwirken mit Alkohol. Nach längerfristiger täglicher Anwendung können wie bei anderen Schlafmitteln durch plötzliches Absetzen Schlafstörungen vorübergehend verstärkt wieder auftreten. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungstyps ist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung gegen das Risiko von Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen.

Packungen und Preise lt. AT: 20 Tablet-

ten (N2) mit je 0,5 mg/1mg DM 9,63/DM 11,99. **Dosierung:** Einzeldosis im allgemeinen 1 mg. Sie kann je nach Art und Schweregrad der Schlafstörungen verdoppelt oder auch halbiert werden. Besonders ältere Patienten und solche in reduziertem Allgemeinzustand kommen oft mit 0,5 mg aus. Sofern mit Schlafmitteln vorbehandelt wurde, die Barbiturate enthalten, empfiehlt sich für die erste Woche die doppelte Einzeldosis (d.h. 2 mg). **Wechselwirkungen:** Bei Kombination mit anderen zentral wirksamen Medikamenten vom Typ der Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika oder Anästhetika ist mit einer Verstärkung des zentral dämpfenden Effekts dieser Präparate zu rechnen. Auch bei Einnahme mit Alkohol muß mit gegenseitiger Wirkungsverstärkung gerechnet werden.

November 1982 ©

Schering Aktiengesellschaft
Postfach 65 03 11, D-1000 Berlin 65

nen sein. Für den Arzt jedoch, vor allem den nahe dem Katastrophentort praktizierenden Kollegen und den herbeieilenden Notarzt, steht der Massenanfall an Hilfesuchenden im Vordergrund, mit dem er nur dann halbwegs zu Rande kommen wird, wenn er sich einen organisatorischen Rahmen schafft, innerhalb dessen er und seine Helfer wirken und die begrenzt verfügbaren Hilfsmittel zum Vorteil für möglichst viele Patienten einsetzen kann. Schon in dieser ersten Phase dringlichst geforderter Hilfeleistung wird jeder Arzt schnell überfordert sein, der zuvor glaubte, keinen Gedanken an eine derart ausgefallene Situation verschwenden zu müssen.

Das nächste Problem kommt auf den Arzt ebenso schnell zu, da er sich ganz unwillkürlich dem lebensbedrohten Menschen zuerst zuwenden muß, um z. B. die Atemwege eines von Erstickung Bedrohten freizumachen oder eine arterielle Blutung zu stillen. Gleichzeitig darf er die anderen Patienten nicht aus den Augen lassen, um dringliche Fälle nicht zu übersehen, und er muß sich Gedanken machen, sowie entsprechende Anweisungen geben, um durch gezielten Abtransport kontinuierlich Platz für weitere Behandlungsbedürftige zu schaffen.

Haben Sie einmal bedacht, wie schwierig es sein wird, in einer solchen Phase eine Telefonverbindung zur Rettungsleitstelle, zu einem Krankenhaus oder zur Polizei als Helfer in der Not zu bekommen? Im Notfall muß ein Helfer oder auch ein Leichtverletzter gebeten werden, zur Rettungsleitstelle zu laufen oder zu fahren, um Krankentransportfahrzeuge heranzuholen.

Und haben Sie einmal daran gedacht, wie einem sich ankündigenden Mangel an Medikamenten und Verbandmitteln, z. B. an den einfachen Kramerschiene, abgeholfen werden kann? Hat etwa die nächste Apotheke genügend Vorrat? Und dann ist der einzelne Arzt ja auch nicht der einzige Helfende, andere stehen vor gleichen Fragen!

Und das dritte, hier einmal anzusprechende Problem medizinischer Hilfe kommt dann zum Tragen, wenn die Einsatzleitung ihre Tätigkeit aufgenommen hat und bestrebt sein muß, im Interesse aller Betroffenen baldigst die planmäßige Durchdringung des Katastrophengebietes zu

organisieren und jeden freiwillig oder pflichtgemäß mitwirkenden Helfer, wozu nach dem Wortlaut der Gesetze auch die Ärzte gehören, mit Aufträgen zu versehen. Ist es dann unumstritten, daß der Arzt jede ihm übertragene Aufgabe ausführen muß? Ist jeder Arzt gegenüber geschulten Helfern, die einer Hilfsorganisation angehören, auch dann weisungsberechtigt, wenn er einer anderen Organisation angehört oder als einzelner tätig wird? Und wie kann im Rahmen allgemeiner Katastrophenschutzmaßnahmen ein Arzt vorausschauend Einblicke in die für ihn von der Katastrophenschutzbehörde vorgesehenen Aufgaben erhalten und wie werden diese Aufgaben aussehen?

Diese große Zahl offener Fragen und vieler weiterer sind nur durch die Fortbildung in Katastrophenmedizin abzudecken, wenn wir einigermaßen sicher sein wollen, in einem Katastrophenfall sehr vielen Hilfebedürftigen beistehen und vielen helfen zu können, die sonst infolge mangelhaft organisierter, falsch angesetzter oder verspäteter Behandlung ihr Leben verlieren oder vermeidbare Dauerschäden davontragen würden.

Es ist sicher unzutreffend, zu glauben, wir könnten durch noch so gründliche theoretische Einweisung Ärzte heranbilden, die mit großer Sicherheit die schwierige Aufgabe der in einem Massenanfall unvermeidlichen Sichtung übernehmen könnten. Es ist die übereinstimmende Ansicht zahlreicher erfahrener Ärzte der verschiedenen Fachgebiete, daß ein Sichtungsarzt angesichts der Bedeutung seiner Entscheidungen eine hohe Qualifikation, etwa die eines langjährigen Oberarztes oder alterfahrenen Praktikers haben muß. Dies ändert jedoch nichts daran, daß alle Ärzte die Grundprinzipien der Sichtung kennen müssen, denn auch sie können jederzeit unter den Zwang geraten, bei einer ihre Hilfsmöglichkeiten übersteigenden Zahl an Patienten über Dringlichkeiten der Behandlung und des Abtransportes entscheiden zu müssen. Dann wird sich sehr eindringlich der Wert dieser Beurteilungsfähigkeit erweisen. Die Verantwortlichen für die ärztliche Fortbildung sind sicher gut beraten, wenn sie gerade hinsichtlich der Sichtung und ihrer Folgen für den weiteren organisatorischen Ablauf der Behandlung und des Abtransportes sorgfältig differenzieren.

Noch ein kurzes Wort sei zur Aus- und Fortbildung in Kriegsmedizin gesagt. Sie ist eine auf den militärischen Bereich beschränkte Aufgabe und sollte nicht mit Fortbildungsbelangen der Katastrophenmedizin vermischt werden, weil letztere damit überfordert und in ein zu Recht kritisierbares, falsches Licht gerückt würde. Schußverletzungen und auch die Einwirkung anderer Waffen auf den menschlichen Körper, die bekanntlich auch im Frieden häufig vorkommen, und ihre Erstbehandlung gehören in das Gebiet der Notfall- und nicht in das der Katastrophenmedizin, weil sie in einem Katastrophenfall nie gehäuft vorkommen und als individuelle Verletzung zu behandeln sind. Toxikologische Schäden, Seuchen und auch mögliche Beeinträchtigungen durch radioaktive Strahlen müssen ihren Platz in der katastrophenmedizinischen Fortbildung haben, aber atomare, biologische und chemische Kampfmittel und ihre Auswirkungen auf den Menschen und seine Umwelt gehören nicht hierher, sondern zur Kriegsmedizin.

Gerade die letztgenannten Massenvernichtungswaffen machen jegliche planmäßige organisierte Hilfe in einem Krieg illusorisch, da in dem betroffenen Großraum keinerlei gelenkter Einsatz von Hilfskräften, kein Abtransport Betroffener und keine materielle Unterstützung möglich sein wird und die im Raum überlebenden Helfer mit dem dort vorhandenen Material und ihrem Improvisationsvermögen nur das Notwendigste tun können. Auch dies zeigt erneut und hoffentlich einleuchtend, daß es absolut unzulässig ist, die Katastrophenmedizin, den Prototyp organisierter, mit erheblichen Bewegungen verbundener Hilfeleistung von außen, mit derartigen Kriegssituationen in Verbindung bringen zu wollen.

Auch wenn wir uns streng an die Definition der „Katastrophe“ halten, bleibt noch genug in der Aus- und Fortbildung in Katastrophenmedizin zu tun, ehe alle freiwillig oder pflichtgemäß in einem Katastrophenfall helfenden Ärzte auf diese nach bestem Wissen und Gewissen anzuwendenden Maßnahmen vorbereitet sind.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ernst Rebentisch, Ganghoferstraße 4, 8024 Deisenhofen

Rehabilitation nach Myokardinfarkt

von A. Schinz

Aus der Abteilung für Kreislaufdiagnostik der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern
(Chefarzt: Ärztlicher Direktor Dr. med. habil. H. Hofmann)

— Herrn Professor Dr. H. Blömer zum 60. Geburtstag gewidmet —

Ein Herzinfarkt ist für jeden Betroffenen ein einschneidendes Erlebnis, das nur zu etwa 50 Prozent im akuten Stadium überlebt wird. Einschneidend vor allem deshalb, weil für die meisten Betroffenen die Weichen für die Zukunft gestellt sind. Ca. 40 Prozent erleiden einen prognostisch ungünstigen komplizierten Infarkt, aber auch die anderen 60 Prozent stehen unter einem erhöhten Risiko, vorzeitig zu versterben, einen Reinfarkt zu erleiden oder aber limitierende Symptome, wie z. B. Angina pectoris, zu bekommen.

Die Altersverteilung der Erkrankung verlagert sich konsequent nach unten, der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr, Infarkte um das 40. Lebensjahr und darunter sind keine Seltenheit.

Frege nach dem weiteren Schicksal

Hat der Patient die ersten Tage der Erkrankung — in der Regel auf der Intensivstation — hinter sich, so drängen sich ihm Fragen auf, die sein weiteres Schicksal betreffen.

1. Welches soziale Schicksal — in Beruf, Familie und Ehe — kommt auf ihn zu, welche Leistung kann er noch erbringen?

2. Was kann er tun, um eine Wiederkehr der Erkrankung zu vermeiden und möglichst lange zu überleben?

Soziales Schicksal

Gibt es Berufe, die aus Angst, man könne einen Herzinfarktpatienten körperlich überlasten, nicht mehr empfohlen werden können? Zur Beantwortung dieser Frage untersuchte Illmerinen Angehörige verschiedener Berufe mittels Langzeit-Herzfrequenzmessung auf ihre physische Belastung während der Berufsausübung. Er unterschied in Berufe, die vorwiegend Erzeugung von Muskelkraft verlangen — z. B. Waldarbeiter — und Berufe, die vorwiegend in der

Koordination von Sensorik und Motorik bestehen, z. B. Fluglotsen. Erstere erreichten eine Herzfrequenz von 150/min nur während 27 Minuten pro Schicht, während die anderen lediglich eine Herzfrequenz von 130/min erreichten und dies auch nur für 22 Minuten pro Schicht.

In anderen Berufen wurden ähnliche Belastungen gar nicht gemessen, eine Folge ergonomischer Bemühungen, die körperliche Belastung während der Berufsarbeit herabzusetzen.

Somit liegt das Ziel zunächst der stationären Rehabilitation in dieser Hinsicht darin, festzustellen, bei welcher Belastung unter entsprechender Bewegungs- und medikamentöser Therapie limitierende Symptome, wie Angina pectoris oder maligne Rhythmusstörungen, auftreten, oder wann die Schwelle der körperlichen Erschöpfung erreicht ist. Treten solche Symptome bei einem Patienten mit entsprechender beruflicher Exposition bei niedriger Belastungsstufe auf, muß die Frage nach ergänzenden therapeutischen Maßnahmen — z. B. einer Bypassoperation — oder aber die der Berentung beantwortet werden. Dies ist jedoch nicht oft der Fall, meist wird — insbesondere in den höheren Lebensaltersgruppen — die Frage der Berentung weniger aus Gründen der körperlichen als eher der psychischen Belastung angeschnitten, die dem Patienten eine Rückkehr in die alte Vollzeitberufstätigkeit als unmöglich erscheinen läßt.

Für Patienten, die berufstätig bleiben wollen oder müssen und bel denen aus kardialer Sicht eine körperliche Überlastung befürchtet werden muß, können im Heilverfahren berufliche Umschulungsmaßnahmen eingeleitet werden. Diese Möglichkeit orientiert sich natürlich vor allem an den wirtschaftlichen Gegebenheiten, so daß eine optimale Anpassung des Berufes an die physische Leistungsfähigkeit derzeit nur in Ausnahmefällen möglich ist. Der

überwiegende Teil der Patienten bleibt im alten Beruf — oder geht in Rente.

Privates Schicksal

Eine andere therapeutische Größenordnung stellt das private Schicksal in Ehe und Familie dar. Im besten Falle stellt die Familie eine unterstützende Kraft dar, die von keiner ärztlichen Maßnahme übertroffen wird. Was aber, wenn das nicht so ist?

In einer Untersuchung von Croog gaben 20 Prozent der Infarktpatienten an, daß sie Schwierigkeiten in der Ehe als Hauptgrund für ihre Erkrankung ansahen, 25 Prozent gaben an, daß Schwierigkeiten mit den Kindern auslösend gewesen seien. Obwohl Kausalitäten hier nicht beweisbar sind, zeigt sich jedoch, daß die Familie bereits vor der Erkrankung häufig ein Problemfall ist. Nach dem Infarkt verändern sich die Beziehungen in der Familie, sei es, daß der Vater als Krüppel in die Ecke gestellt wird, sei es, daß er unter Nichtachtung seiner Erkrankung weiter um die Vorherrschaft in der Familie kämpft.

Vorbestehende Spannungen treten deutlicher zu Tage. Hinzu kommt meist eine Reduktion der ökonomischen Verhältnisse, die zu einer Einschränkung des Lebensstandards zwingt und den Erkrankten als dafür Verantwortlichen negativ belastet. Das Vorstehende soll nur die Größenordnung des Problems beleuchten und erklären, daß in einem Heilverfahren von vier bis sechs Wochen sich therapeutisch hier kaum etwas erreichen läßt. Bestenfalls ergeben sich Anregungen, gelegentlich läßt sich auch einmal ein Ehepartner zu einem Gespräch bewegen, dies bleibt jedoch die Ausnahme. Die Regel ist — leider —, daß die Patienten im Krankenhaus und im Heilverfahren überbeschützt sind, daß auf seelische Regungen und Probleme eingegangen wird, daß aber danach der Patient wieder in das soziale Umfeld entlassen wird, in dem er krank geworden ist.

Ist also in dieser Hinsicht das System der stationären Rehabilitation nicht optimal, was leistet sie dann wirklich?

Zunächst kommen die Patienten ca. zwei bis drei Monate nach ihrem Infarkt in einem körperlich desolaten Zustand in die Rehabilitationsklinik.

Nur wenige Patienten können mehr als 75 Watt auf dem Fahrradergometer leisten, kein Wunder nach den Monaten der körperlichen Inaktivität. Viele Patienten – nach einer eigenen Untersuchung etwa 40 Prozent – haben maligne Rhythmusstörungen der Lown-Klasse III und höher. Andere Patienten haben große Infarkte mit Symptomen der Linksinsuffizienz in Ruhe oder unter Belastung.

Hier wird zunächst der kardiale Befund nicht invasiv abgeklärt und danach ein therapeutisches Procedere angepaßt, das in medikamentöser Therapie wie auch dosierter Bewegungstherapie besteht. Die Dosierung wird anhand von Herzfrequenzbegrenzungen durchgeführt, die aus der diagnostischen Ergometrie ermittelt werden. Hierdurch soll sichergestellt werden, daß eine körperliche Überlastung während der Bewegungstherapie vermieden wird. Wenngleich es hier auch keine absolute Sicherheit gibt, so veranschaulichen die folgenden Zahlen doch eine relative Sicherheit; in der Klinik Höhenried sind 1981 von 6000 Patienten, davon 1600 Infarktpatienten, davon über 600 Anschlußheilverfahren – d. h., das Infarktereignis liegt weniger als drei Monate zurück –, neun Patienten verstorben, wobei nur ein Todesfall bei einer Patientin von 78 Jahren der Bewegungstherapie zeitlich zuzuordnen ist.

Die unterschiedlichen Formen der Bewegungstherapie zu schildern, ist müßig, ihr wesentlicher Erfolg liegt in einer Verbesserung der Bruttobelastbarkeit gegen Ende der Kur sowie einer Verbesserung der motorischen Koordination. Dies erleichtert zumindest den Wiedereinstieg in das soziale Umfeld.

Infarktgruppengespräche, Autogenes Training, Psycho- und Familientherapie seien hier nur am Rande erwähnt, die zeitlichen Möglichkeiten sind in der Regel für einen therapeutischen Erfolg zu gering, so notwendig und wünschenswert dies auch wäre.

Sekundärprävention

Das zweite wichtige Problem nach dem Überstehen der akuten Erkrankung ist die Sekundärprävention, das Vermeiden eines weiteren Infarktes, eines plötzlichen Herztodes, das Erreichen eines eventuell höheren Lebensalters.

Die Sekundärprävention ist letztlich das Maß, an dem international die Effektivität einer entsprechenden Therapie – ob konservativ oder chirurgisch – gemessen wird und gilt als vorrangiger Forschungsgegenstand.

Welche Möglichkeiten der Sekundärprävention gibt es? Zur Beantwortung dieser Frage ist es zunächst wichtig zu wissen, welche Faktoren zu einer Neuerkrankung prädisponieren und danach, welche dieser Faktoren modifizierbar sind.

Risikoindikatoren

Die Kontrollgruppe des Coronary drug project umfaßte 2789 Patienten im Alter von 35 bis 64 Jahren, die einen ersten Infarkt überlebt hatten. Die folgende Tabelle nennt die Risikoindikatoren, die unabhängig voneinander einen kardialen Tod innerhalb von drei Jahren bei diesen Patienten anzeigten. Diese Indikatoren, die ja alle relativ einfach zu erheben sind, repräsentieren – bezogen auf die Erkrankung – unterschiedliche Wertigkeiten.

Da sich die aussagekräftigsten unter ihnen auf die myokardiale Funktion in Ruhe und unter Belastung beziehen, werden diese mehr praxisorientierten Indikationen vergleichbar mit subtileren Parametern, wie z. B. der Größe der Infarktnarbe oder der Austreibungsfraktion, gemessen mit Angiographie und Nuklearmedizin, der echokardiographisch bestimmten linksventrikulären Funktion, der Arrhythmierate und Malignität im Langzeit-EKG, sowie der Angina pectoris-Schwelle bei Patienten mit Rest- oder Reischämie.

Ist die Myokardfunktion modifizierbar?

Die Austreibungsfraktion stabilisiert sich in der ersten Stunde nach dem Infarkt und bleibt dann über Jahre hinaus gleich, gemessen an einem Kollektiv von Infarktpatienten, die sich einer Langzeitbeobachtung im Rahmen einer Langzeitrehabilitation anschlossen.

Echokardiographische Studien, die ebenfalls über eine Beobachtungsdauer von mehreren Jahren gehen, zeigten ebenfalls keine Veränderungen.

Risikoindikatoren für einen Koronartod innerhalb von drei Jahren bei Patienten mit überlebtem Infarkt

(Coronary drug project, Kontrollgruppe, N = 2789)

1. ST-Segment-Senkung (EKG)
2. Kardiomegalie (Thorax-Röntgen)
3. NYHA-Klasse
4. Intraventrikuläre Leitungsstörungen (EKG)
5. Therapie mit Diuretika
6. Claudicatio intermittens
7. Serumcholesterin
8. Häufige ventrikuläre Arrhythmien
9. Physische Inaktivität
10. Q-QS-Komplex (EKG)
11. Ruhe-Herzfrequenz
12. Anzahl früherer Infarkte
13. Systolischer Blutdruck
14. Diastolischer Blutdruck
15. Therapie mit oralen Antidiabetika
16. Zigarettenkonsum

Tabelle

Blickt man jedoch auf den in der Literatur angegebenen natürlichen Verlauf der koronaren Herzerkrankung, so versterben etwa 30 Prozent der Infarktpatienten an der Linksinsuffizienz. Somit ist es wohl wahrscheinlich, daß die Beobachtungszeiträume mit diesen subtileren Methoden bis jetzt zu kurz sind, um endgültige und klare Aussagen über den Verlauf der linksventrikulären Funktion nach Infarkt zu machen.

Von einer Besserung der myokardialen Funktion wird jedoch nirgends berichtet, sieht man einmal ab von kardiologischen Maßnahmen, wie Aneurysmektomie oder Herztransplantation, die jedoch nur Ausnahmen bleiben können.

Was also ist dann zu erreichen?

Unter Betrachtung des Herzkreislaufsystems als Einheit mit seiner zentralnervösen Steuerung sind therapeutisch erhebliche Veränderungen zu erreichen, was im folgenden an den genannten Risikoindikatoren erläutert werden soll.

ST-Segment-Senkungen

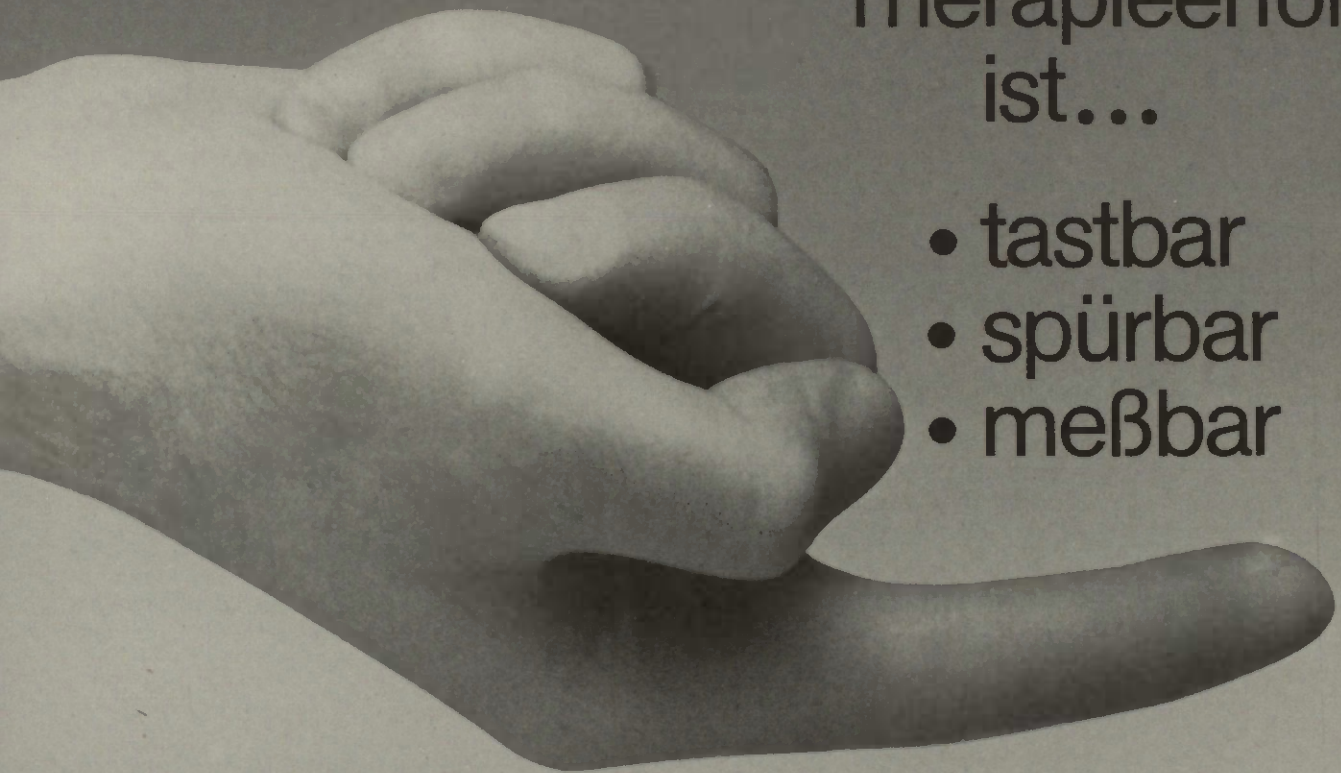
Obwohl im Coronary drug project nicht näher ausgeführt ist, um welche Art der ST-Senkung es sich hier han-

Die Nummer 1
beim Prostata-Adenom

Harzol®

Der
Therapieerfolg
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar



Harzol ist die bestgeprüfte und meistverordnete Medikation beim Prostata-Adenom. Harzol beseitigt Kongestionen, Schwellungen und Entzündungen, erhöht den Uroflow, bildet Restharmengen zurück, verbessert die Urinbefunde und führt zu schneller Besserung der Beschwerden.

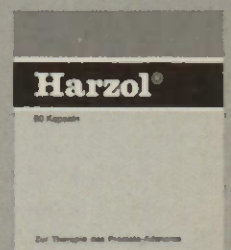
Kurzinformation zu Harzol®, HOYER, 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierung und Anwendungswise: Initialtherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden. **Darreichungsform,**

Packungsgrößen und Preise: OP mit 60 Kapseln DM 23,49;
OP mit 120 Kapseln DM 39,40; OP mit 360 Kapseln DM 103,17.
Stand: Jan. 1983

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



delt, soll unter diesem Kapitel die belastungsindizierte, ischämische ST-Senkung mit behandelt werden. Sie wird überwiegend als starker Prädiktor künftiger koronarer Ereignisse angesehen. Daß durch Medikamente Veränderungen im EKG-Verhalten in Ruhe und in Belastung herbeizuführen sind, ist hinreichend bekannt. Interessanter sind Veröffentlichungen, die sich mit den Ergebnissen einer umfassenden Rehabilitation beschäftigen.

Hier soll anekdotisch eine Beobachtung Heberdens aus dem Jahre 1772 wiedergegeben werden. Ein Patient litt unter einer schweren Angina pectoris und setzte sich daraufhin die Aufgabe, jeden Tag eine halbe Stunde Holz zu hacken. Daraufhin sei er von seiner schweren Erkrankung genesen. Dies als Beispiel früher, erfolgreicher Bewegungstherapie.

In St. Louis nahmen zehn Patienten im Alter von 44 bis 63 Jahren — neun davon nach Herzinfarkt — an einem einjährigen Rehabilitationsprogramm teil, das u. a. eine Ausdauertrainingsbehandlung beinhaltet. Die Patienten waren am Ende des Jahres nicht nur besser und höher belastbar, es war auch die Schwelle der ischämischen ST-Senkungen bei vergleichbarem Doppelprodukt angehoben. Das Doppelprodukt aus Herzfrequenz und arteriellem Blutdruck wird als Maß für den Sauerstoffbedarf des Herzens angesehen und damit als bestimmend für die Angina pectoris-Schwelle. Ältere Untersuchungen gaben an, daß durch konservative Maßnahmen dieses Doppelprodukt als Ischämieauslöser nicht verändert werden könne, allerdings handelte es sich um Untersuchungen über kürzere Zeiträume.

Aus einem an die Universität angeschlossenen Rehabilitationszentrum in Israel kommt eine Veröffentlichung, die die 5-Jahressterblichkeitszahlen von Patientengruppen vergleicht, die entweder gar nicht, nur kurzfristig oder aber fünf Jahre an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen haben, wobei die Abbrüche in der zweiten Gruppe nicht aus medizinischen Gründen erfolgten.

Die 5-Jahressterblichkeit bei einer Risikogruppe mit Angina pectoris bei einer Herzfrequenz von unter 120/min betrug in der ersten Gruppe (ohne

Rehabehandlung) 25,3 Prozent, in der zweiten Gruppe (Kurzrehabilitation) 27,3 Prozent und in der dritten Gruppe (Langzeitrehabilitation) 9,3 Prozent. Dies ist eine Reduktion der Mortalität um den Faktor 3! — Obwohl solche Statistiken erst vereinzelt zu finden sind, ist ein Trend herauszulesen, der vielleicht manchem Patienten eine Bypassoperation aus prognostischen Gründen ersparen könnte.

Kerdlomegalie

Die Vergrößerung der Herzsilhouette im Thoraxröntgenbild ist eng mit der Auswurfraction des linken Ventrikels verknüpft und konservativ aus oben genannten Gründen nicht modifizierbar.

NYHA-Klasse

Die funktionelle Einteilung nach der New York Heart Association ist ebenfalls lose mit der Myokardfunktion verknüpft, aber ebenso ein Parameter des gesamten Kreislaufsystems. Hier sind die Erfolge einer adäquaten Therapie, ob konservativ oder chirurgisch, am augenscheinlichsten. Insbesondere Patienten der Funktionsklassen III und IV, die ja meist nicht mehr operabel sind, profitieren von einer kombinierten medikamentösen Therapie und vorsichtig dosierter Bewegungstherapie. Es konnte gezeigt werden, daß hier in der Regel eine Verbesserung innerhalb der Funktionsstufen zu erreichen ist, ohne daß es deswegen zu Komplikationen oder Herzerweiterung gekommen wäre.

Intraventrikuläre Leistungsstörungen

Sie sind — insbesondere wenn infarktbedingt — meist Ausdruck einer erheblich gestörten linksventrikulären Funktion und somit als nicht modifizierbarer Prädiktor einer ungünstigen Prognose anzusehen.

Diuretika

Die Therapie mit Diuretika, wenn kardial nach einem Herzinfarkt bedingt, ist Zeichen einer Funktionsstörung meist des linken Ventrikels, in selteneren Fällen aber auch des rechten Ventrikels nach inferioren oder rechtsventrikulären Infarkten.

Insgesamt orientiert sich hier die Prognose an der linksventrikulären Funktion.

Claudicatio Intermitens

Dieses Symptom ist im gegebenen Rahmen als Zeichen einer allgemeinen Gefäßsklerosierung zu werten und soll mit dem nächsten Indikator zusammen behandelt werden.

Serumcholesterin

Bis auf einige Kasuistiken liegen keine Untersuchungen vor, die eine Reduktion der Koronarsklerose — durch welche Therapie auch immer — am Menschen belegen. Daß eine Claudicatio durch körperliches Training häufig gebessert werden kann, gilt als Tatsache.

Eine tierexperimentelle Untersuchung zu diesem Thema wurde kürzlich vorgelegt. 27 Affen wurden über einen Zeitraum von etwa drei Jahren nachuntersucht. Randomisiert wurde in drei Gruppen, von denen die Gruppe I normale Kost zu sich nahm und normale körperliche Bewegung ausüben konnte. Gruppe II nahm eine als atherogen bekannte Kost zu sich, bewegte sich ebenfalls normal, also wenig. Gruppe III hingegen nahm ebenfalls die atherogene Kost, mußte aber an einem mehrstündigen Lauftraining in der Woche teilnehmen.

Gruppe I zeigte weder im EKG Abnormitäten, die Blutlipide waren normal und nach drei Jahren zeigten die Koronararterien ein normales morphologisches Bild.

Gruppe II zeigte im EKG häufige Extrasystolen, ST-Senkungen, und ein Tier verstarb vorzeitig an Kammerflimmern. Die Blutlipide waren von 120 auf 600 mg % Cholesterin mit erniedrigter HDL-Fraktion angestiegen, die Koronararterien zeigten nach drei Jahren schwerste sklerotische Veränderungen.

Gruppe III, die körperlich trainierten, zeigte ebenfalls einen Anstieg des Serumcholesterins, jedoch mit wesentlich höherer HDL-Fraktion, etwa in der Höhe wie bei der Gruppe I. EKG-Veränderungen traten nicht auf und nach drei Jahren waren die Koronararterien arteriosklerotisch verändert, zeigten aber keine kritischen Einengungen.

In die gleiche Richtung gehen Untersuchungen von Keul aus Freiburg, die bei Herzinfarktpatienten nach einem Jahr intensiven Trainings einen deutlichen Anstieg des HDL-Cholesterins fanden, etwa in den Bereich von nicht trainierten, gesunden Personen hinein, jedoch wesentlich unter dem Bereich der Ausdauersportler. Hier kommt es wohl wesentlich auf die Länge der entsprechenden Therapie an, da kurzfristige Studien hier keine Erfolge erbrachten. Dies gilt auch für medikamentöse und diätetische Untersuchungen, die alle keine konsistenten Ergebnisse erbrachten. Insbesondere die Clofibrat-Studie enttäuschte, die wohl eine Senkung der Herzinfarktrate, dafür einen Anstieg der Todesrate an allen Erkrankungen erbrachte. Dies führte ja bekanntlicherweise zum Rückzug dieses Medikamentes vom Markt.

Ventrikuläre Extrasystolen

Häufige ventrikuläre Arrhythmien, insbesondere in Salven und als Tachykardien, gelten als Prädiktoren

eines plötzlichen Herztodes durch Kammerflimmern. Obwohl es potente Medikamente gibt, deren antiarrhythmische Wirkung gut belegt ist, gibt es keine Literatur bezüglich einer Senkung der Inzidenz plötzlicher Todesfälle. Es ist jedoch nicht auszuschließen, daß die ermutigenden Ergebnisse der Langzeituntersuchungen mit Beta-Rezeptorenblockern und Aggregationshemmern auf antiarrhythmische Eigenwirkungen der Medikamente zurückgehen.

Man darf bei diesen Langzeitstudien nicht außer acht lassen, daß eine Reduktion der jährlichen Mortalität von sechs auf vier Prozent zwar einen Rückgang um 30 Prozent bedeutet, daß aber insgesamt nur zwei Prozent der Patienten davon profitieren. Es dürfte daher ein Hauptpunkt künftiger kardiologischer Forschung sein, diese zwei Prozent der Patienten zu definieren, die einer entsprechenden medikamentösen Langzeittherapie zuzuführen sind. Ein Rehabilitationsprogramm, das medikamentöse, Bewegungs- und Psychotherapie im weitesten Sinne umfaßt, kann die

Inzidenz der Rhythmusstörungen nicht senken, wie eine Untersuchung aus Finnland nachweist, wohl aber die Mortalität der Patienten mit Rhythmusstörungen.

Patienten einer Kontrollgruppe mit komplexen Arrhythmien verstarben in drei Jahren zu 55 Prozent, dagegen verstarben nur 25 Prozent der Patienten, die bei gleicher Arrhythmiealinität an einem entsprechenden Langzeitrehabilitationsprogramm teilgenommen hatten.

Physische Inaktivität

Die physische Aktivität ist zunächst in den Rehabilitationskliniken im entsprechenden Umfeld gut zu fördern. Untersuchungen der Hamburger Projektgruppe für kardiologische Prävention und Rehabilitation wiesen jedoch nach, daß Patienten, die in der REHA-Klinik kooperativ mitgearbeitet hatten und denen die Teilnahme an einer ambulanten Koronargruppe – einer Langzeitrehabilitationsgruppe – nahegelegt worden war, dies nur zu 50 Prozent auch

mastodynon®

bei MASTODYNIE
und fibrozystischer
MASTOPATHIE


bionorica
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15 %igem Ethanol potenziert.) **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 50 ml DM 11,90, OP mit 100 ml DM 18,40, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

taten, obwohl im Hamburger Modell Akutkliniken, REHA-Kliniken, Hausärzte und Koronargruppen vorbildlich zusammenarbeiten. Organisatorische Probleme können demnach nicht als Erklärung hierfür herangezogen werden. Etwa jeder zweite Patient ist wohl nicht ausreichend motiviert, sich auch unter optimalen organisatorischen Voraussetzungen einer solchen Langzeittherapie anzuschließen.

Q-QS-Wellen im Ruhe-EKG

Dieser EKG-Parameter ist ein Indikator für das Vorliegen eines transmuralen Infarktes und — mit Einschränkungen — für die Infarktgröße. Er ist nicht modifizierbar und gehört zu den Indikatoren der Myokardfunktion.

Herzfrequenz in Ruhe

Dieser Parameter ist effizient modifizierbar, zum einen medikamentös, zum anderen durch körperliche Aktivierung. Haben medikamentöse Therapien gewisse Nebenwirkungen und Kontraindikationen, so trifft dies in viel geringerem Maße auf die Bewegungstherapie zu. Schenk konnte bei Patienten mit schweren kardialen Funktionsstörungen der Klassen III und IV der NYHA durch dosierte Bewegungstherapie allein eine deutliche Reduktion der Herzfrequenz in Ruhe erzielen. Die Zahl der vorangegangenen Herzinfarkte ist selbstverständlich nicht modifizierbar.

Blutdruck

Die Hypertonie spielt als Risikoindikator in der Primärprävention wohl eine gleich wichtige Rolle wie in der Sekundärprävention, steht dort jedoch an anderer Rangstelle. Dies bedeutet nicht, daß in der Sekundärprävention der Blutdruck weniger wichtig ist; es sind nur durch den Infarkt und die durch ihn bedingten kardialen Veränderungen die Wertigkeiten der Risikoindikatoren verschoben. Therapeutisch ist bei der Hypertonie viel zu erreichen, im wesentlichen durch die Behandlung mit Medikamenten. Bewegungstherapie als einziges Therapeutikum hat hier nach Untersuchungen aus Birmingham/USA keinen eindeutigen Erfolg über einen Beobachtungsraum von zwei Jahren erbracht. Es kam wohl zu einer leichten Senkung des Blut-

druckes, dieser trat jedoch auch in der Kontrollgruppe auf, die nicht an der Therapie teilnahm.

Ohne Medikamente wird auf Dauer hier nicht auszukommen sein. Bewegungstherapie, aber auch andere Therapieformen, wie Entspannungs- und Biofeedback-Methoden, können hier als therapeutische Erweiterung betrachtet werden.

In bezug auf die Prognose der Herzinfarkterkrankung ist zu bemerken, daß 1. die Langzeitstudien mit Beta-Rezeptorenblockern auch eine Wirkung des Medikamentes auf die Hypertonie angezeigt haben dürften und 2. wird die drastische Senkung der Mortalität an kardiovaskulären Erkrankungen, wie sie in den letzten Jahren in den USA zu beobachten ist, zum Teil auf die effektive Kontrolle der Hypertonie in den USA zurückgeführt.

Antidiabetische Therapie

Dieser Risikoindikator weist auf die Risikorolle der Zuckererkrankung auch in der Zweitprävention hin, vor allem aber auch darauf, daß wohl selbst eine adäquate Therapie die kardiovaskulären Komplikationen der Zuckererkrankung nicht verhindern kann. Hier tritt durch die effektive Kontrolle eines Teiles der Erkrankung — des Zuckerspiegels — ein anderer Teil — die kardiovaskulären Komplikationen — weiter in den Vordergrund. Bewegung als Rehabilitationsmaßnahme wird auch bei dieser Erkrankung empfohlen, hat ihre besten Erfolge aber vor allem bei alimentärbedingten Glukoseintoleranzen, wo durch körperliches Training Übergewicht abgebaut werden kann.

Zigarettenkonsum

Das Zigarettenrauchen ist — auch hier eine verschobene Wertigkeit im Vergleich zur Primärprävention — gut zu beeinflussen. In der bereits zitierten Hamburger Untersuchung hatten nach einem Jahr immerhin 50 Prozent der vorher rauchenden Infarktpatienten das Zigarettenrauchen dauerhaft aufgegeben.

Langzeittherapie

Aus dieser Aufstellung in absteigender Rangfolge der Risikoindikatoren

läßt sich ablesen, daß nur vier der genannten Indikatoren sicher nicht modifizierbar sind. Die anderen Indikatoren lassen sich therapeutisch angehen. Jedoch — und dies ist eine wesentliche Einschränkung — nur durch jahrelange, intensive Therapie.

Verhaltensweisen, die jahrzehntelang Zeit hatten, sich zu etablieren, Krankheiten im Herzkreislaufsystem hervorzurufen, werden nicht verändert in zwei Wochen Intensivstation, vier Wochen Allgemeinstation und sechs Wochen Rehabilitationsklinik. Dazu braucht es langer und kontinuierlicher Arbeit, die schon viele Patienten aus Gründen der Bequemlichkeit nicht zu leisten bereit sind. Vielleicht könnte man daran etwas ändern, wenn Intensivstationen, Akuthäuser, Rehabilitationskliniken und Hausärzte gemeinsam den Patienten immer wieder darauf hinweisen, daß dieser Herzinfarkt eine Umkehr bedeuten muß, einen Punkt, an dem der Patient Gewohnheiten ändern muß, an sich arbeiten muß.

Dazu aber bedarf es auch der Einrichtung von Langzeittherapiemöglichkeiten. Bewegungs- und Gesprächstherapie sind ja Therapieformen, die ein niedergelassener Arzt in der Praxis kaum anbieten kann, sowohl aus Platz- als auch aus Zeitmangel. Hier sei darauf hingewiesen, daß als Langzeittherapiemaßnahme die Teilnahme an ambulanten Koronargruppen empfohlen werden kann, die auch in Bayern in größeren Zentren bestehen und die diese Therapieform unter Hinzuziehung qualifizierter Kräfte ermöglichen. Im Rahmen solcher Langzeittherapie lassen sich dann auch Fragen erörtern, die das soziale und private Schicksal betreffen und die — durch die kontinuierliche Unterstützung in der therapeutischen Gruppe — dann doch leichter gelöst werden können.

Die umfassende Rehabilitation nach Myokardinfarkt ist — unter Voraussetzung einer zeitlich nicht befristeten Therapie — ein effektives Instrument, mit einer schweren, lebensbedrohenden Erkrankung fertig zu werden, möglicherweise auch ein effektives Instrument erfolgreicher Sekundärprävention.

Anschrift des Verfassers:

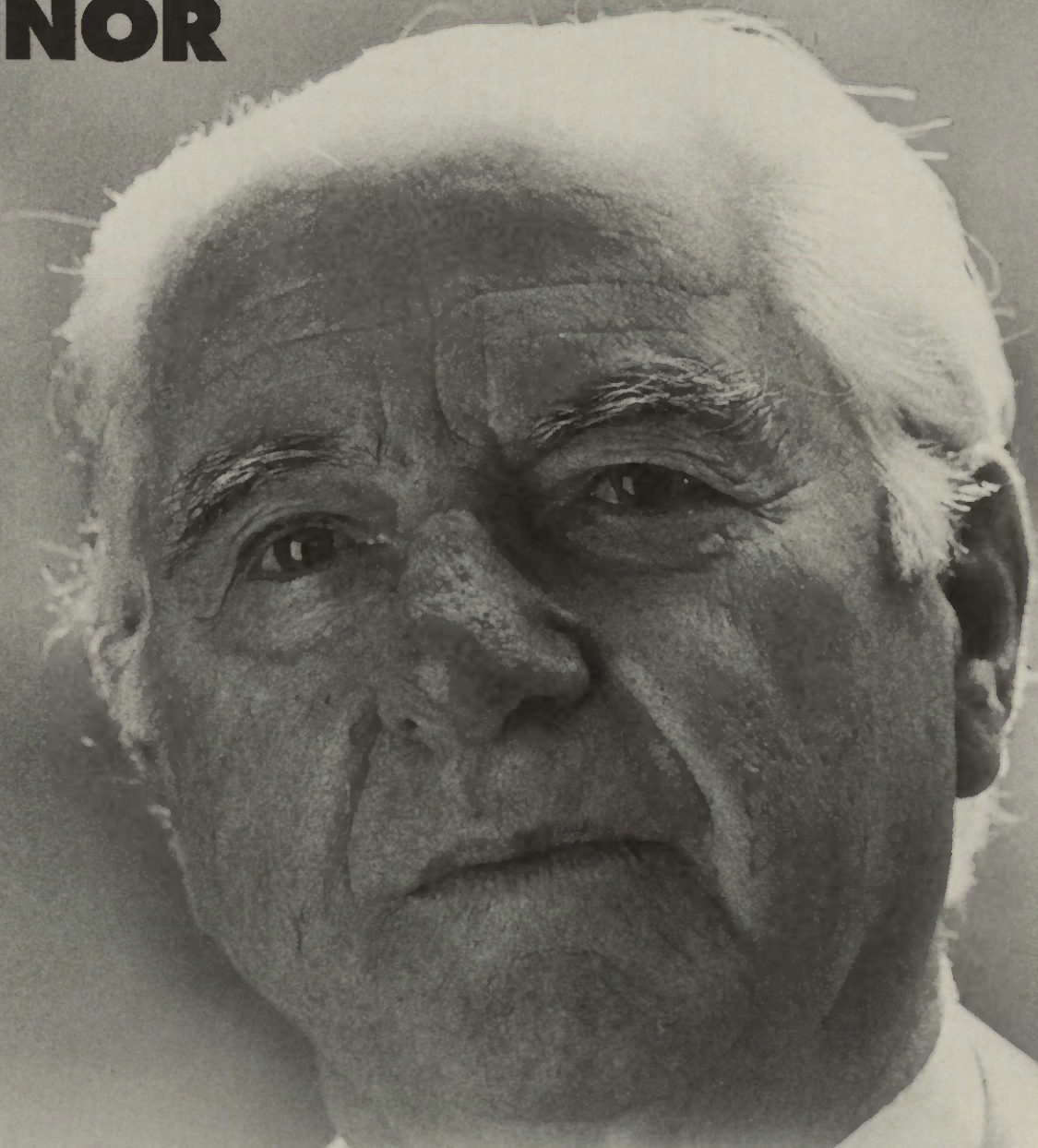
Dr. med. A. Schinz, Oberarzt, Klinik Höhenried der LVA Obb., 8139 Bernried

Wenn das Alter zunimmt, nimmt die Nierenfunktion ab. Auch bei Ihren Glykosid-Patienten.

DIGIMERCK® MINOR

- Zwei Eliminationswege: Niere und Darm
- Dadurch konstante Elimination auch beim älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion
- Wirkspiegel konstant im therapeutischen Bereich
- Einfachste Dosierung: nur 1 Tablette täglich
- Kostengünstige Therapie

DIGIMERCK®



Digimerck® minor · Digimerck®. Zusammensetzung: 1 Tablette Digimerck minor enthält 0,07 mg Digitoxin, 1 Tablette Digimerck 0,1 mg, 1 Dragee Digimerck 0,1 mg, 1 ml (= ca. 30 Tropfen) der Digimerck-Tropfen 0,1 mg, 1 Ampulle Digimerck 0,25 mg in 1 ml. **Anwendungsgebiete:** Digimerck kann bei allen Formen der Herzinsuffizienz angewendet werden. Es ist speziell geeignet für die Dauerbehandlung, auch bei Herzinsuffizienz mit verminderter Nierenleistung, sowie für die Anwendung bei supraventrikulären tachykarden Arrhythmien. **Gegenanzeigen:** Das Präparat darf nicht angewendet werden bei Hyperkalzämie, Kaliummangelzuständen, schwerer Bradykardie, ventrikulärer Tachykardie (Intoxikation I), vorgesehener Kardioversion. **HINWEIS:** Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen. Cave gleichzeitige intravenöse Kalziumtherapie. Eine Digitalisintoxikation schließt eine Digitalistherapie selbstverständlich aus. **Nebenwirkungen:** Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, unregelmäßiger Puls, Halluzinationen, Sehstörungen (meist Gelbsehen), sind besonders bei Überdosierung möglich. **Wechselwirkungen:** Saluretika (Dauermedikation), Laxanzien (Abusus), Amphotericin B und Glukokortikoide können die Wirkung des Digitoxins durch Kaliummangel verstärken. Kalziumsalze, intravenös verabreicht, erhöhen die Toxizität von Digitoxin. Gleichzeitige Gabe von Colestyramin vermindert Resorption und Rückresorption aus dem Darm. Die Glykosidwirkung kann bei zusätzlicher Medikation von Phenybutazon, Phenobarbital, Phenytoin und Rifampicin vermindert sein. Reserpin kann, zusätzlich verabreicht, zu einer weiteren Verlangsamung der Herzfrequenz führen. **Handelsformen:** Digimerck® minor: Tabletten zu 0,07 mg; 50 Tabletten (N2) DM 6.55, 70 Tabletten (Kalenderpackung) DM 9.15, 100 Tabletten (N3) DM 11.70. Digimerck®: Tabletten zu 0,1 mg; 50 Tabletten (N2) DM 6.70, 100 Tabletten (N3) DM 11.70. Dragees zu 0,1 mg (dünndarmlöslich); 50 Dragees (N2) DM 6.70. Tropfen (1 ml = 0,1 mg Digitoxin = ca. 30 Tropfen): Tropfflasche mit 30 ml DM 7.65. Ampullen zu 0,25 mg in 1 ml: 5 Ampullen DM 5.70. Ferner Anstalts-Packungen. Apoth.-Abg.-preise. Stand 15.10.1982. ■ E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1.

31. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Zu dem breit gefächerten wissenschaftlichen Programm des Berliner Fortbildungskongresses, der wiederum von Professor G. Schettler, Heidelberg, geleitet wurde, gehörte eine Vortragsreihe über ausgewählte Kapitel aus der klinischen Pharmakologie, wozu Dr. H. J. Prinz, Hamburg, einen Beitrag über **Maßnahmen der Erstversorgung bei Tablettenintoxikationen** lieferte. Er ging davon aus, daß es zwei vergiftungsspezifische therapeutische Ansatzpunkte gibt, nämlich zum einen die Giftelimination und zum anderen die Antidottherapie. Beide Behandlungsformen sind allerdings unter den Bedingungen einer präklinischen Notversorgung nur sehr begrenzt anwendbar, weshalb mit diesen Maßnahmen nicht unnötig Zeit verloren werden darf.

Ein probates Mittel zur Giftelimination ist das Auslösen von Erbrechen, das jedoch wegen der Aspirationsgefahr bei jeder höhergradigen Bewußtseinstörung kontraindiziert ist. Dies gilt auch für Vergiftungen mit ätzenden Alkalien oder Säuren sowie nach Aufnahme organischer Lösungsmittel und schäumender Agenzien. Ein wirksames Gegenmittel bei Vergiftungen mit Wasch- und Spülmitteln sind Polysiloxan-haltige Entschäumer, wie z. B. Lefax liquid (1 Eßlöffel) oder saab simplex (1 Teelöffel).

Am risikoärmsten wird das Erbrechen durch mechanische Reizung der Rachenhinterwand ausgelöst. Die häufig geübte Provokation durch Trinkenlassen einer hypertonen Kochsalzlösung (2 Eßlöffel Kochsalz auf 1 Glas Wasser) ist dann nicht unproblematisch, wenn das Erbrechen einmal ausbleibt. Es muß dann wegen der potentiell gefährlichen Natriumbelastung möglichst bald die Magenspülung angeschlossen werden. Vor einigen Jahren wurden in der englischsprachigen Literatur acht Todesfälle nach Gabe von Kochsalz als Emetikum zusammengestellt, davon waren sechs Erwachsene, die durchweg exzessiv hohe Serumnatriumspiegel aufwiesen.

Prinz machte besonders darauf aufmerksam, daß bei Kindern bis etwa zum zehnten bis zwölften Lebens-

jahr die Kochsalzprovokation kontraindiziert ist. Geeignet ist in solchen Fällen der Ipecacuanha-Sirup nach Trinken von 100 bis 200 ml indifferenten Flüssigkeit. Nach Ansicht von Prinz gehört aber die Anwendung dieses an sich ungefährlichen Emetikums nicht in die Hand des Laien und deshalb der Ipecacuanha-Sirup auch nicht in die Hausapotheke, obwohl dies vielfach empfohlen wird. Hinzu kommt noch, daß der Sirup nicht über längere Zeit stabil bleibt.

Dr. O. Hövener, Berlin, sprach über die sich **am Auge manifestierenden Komplikationen und Spätschäden beim Diabetes mellitus**, die in den meisten Industrieländern die zweit- bis dritthäufigste Erblindungsursache darstellen, im Alter zwischen 20 und 60 Jahren sogar die häufigste. Dies hängt einerseits damit zusammen, daß auch heute noch viele Patienten zu spät in augenärztliche Behandlung kommen und andererseits oft das wahre Ausmaß der Veränderungen nicht richtig erkannt oder übersehen wird.

Die folgenschwerste Veränderung am Auge ist die diabetische Retinopathie, bei der man zwei Krankheitsbilder unterscheiden muß, nämlich Veränderungen, die sich ausschließlich auf die Netzhaut beschränken, was auch als back-ground-Retinopathie bezeichnet wird und die Retinopathia diabetica proliferans, bei der es zum Wachstum von neugebildeten Gefäßen über das Niveau der Netzhaut hinaus in das Auginnenere, mit allen ihren Folgen, kommt. Nach Hövener sind für die Entwicklung und den Verlauf der diabetischen Retinopathie zwei Fragen von entscheidender Bedeutung:

— Kommt es zwangsläufig zur Entwicklung einer Retinopathie, wenn der Diabetes nur lange genug besteht?

— Warum kommt es bei manchen Patienten, wenn erst einmal eine Retinopathie aufgetreten ist, zu rasanten Verschlechterungen?

Untersuchungen an der Berliner Universitätskinderklinik haben gezeigt, daß praktisch alle diabetischen Kinder nach etwa 15jähriger

Krankheitsdauer irgendwelche Zeichen einer Retinopathie aufweisen — gleichgültig, ob die Einstellung gut oder schlecht war. Die These, daß ein Teil der Zuckerkranken niemals eine Retinopathie bekommt, muß nach diesen Ergebnissen zumindest in Frage gestellt werden.

Entgegen früheren Ansichten scheint die Güte der Diabeteseinstellung das Auftreten einer Retinopathie zwar nicht verhindern zu können, doch kann das Manifestwerden hinausgezögert und der Verlauf günstig beeinflusst werden. Die medikamentöse Therapie hat bislang nicht schlüssig beweisen können, daß sie einen entscheidenden Einfluß auf den Verlauf dieser diabetischen Komplikationen hat. Lediglich dem Calciumdobesilat (Dexium) wird, jedenfalls bei leichten und mittelschweren Fällen, ein gewisser Einfluß auf den Verlauf der Retinopathie nachgesagt.

In seinem Vortrag über die **Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes als Therapiemöglichkeit bei chronischen arteriellen Verschlusskrankheiten** erwähnte Professor A. M. Ehrly, Frankfurt, daß bei Patienten mit erhöhten Hämatokritwerten über 50 Prozent die Zähigkeit des Blutes so groß ist, daß dies die Vermehrung der sauerstofftransportierenden Erythrozyten weit überkompensiert. Die einfachste therapeutische Maßnahme ist in einem solchen Fall der Aderlaß. Oft erreicht man bereits auch durch eine für den Praktiker einfach durchzuführende Hämodilution, z. B. durch die intravenöse Gabe von Plasmaersatzstoffen ohne vorherigen Aderlaß, eine klinische Besserung. Bei mehrfachen Infusionen muß allerdings auf Nebenwirkungen, vor allem auf die Gefahr eines Lungenödems, geachtet werden.

Eine weitere wichtige Möglichkeit zur Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes besteht in einer Senkung der Fibrinogenkonzentration mit Substanzen vom Typ des Ancrod (Arwin). Die Indikation für diese Therapie beschränkt sich jedoch auf die schwere Claudicatio intermittens und auf das Stadium III (Ruheschmerz) und das beginnende Stadium IV.

Als ein zwischenzeitlich weitgehend anerkanntes Prinzip der Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes erwähnte Ehrly die Verbes-

serung der Erythrozytenverformbarkeit, die durch Pentoxifyllin (Trental) dokumentiert worden ist. Als einziges seiner Art wurde dieses Präparat kürzlich auch von der FDA in den USA zur Behandlung von Durchblutungsstörungen freigegeben.

In der anschließenden **Diskussion** wies Professor A. Kappert, Bern, darauf hin, daß sich in der Praxis nicht selten die Notwendigkeit ergibt, das Gehtraining, welches stets im Vordergrund stehen sollte, durch Medikamente zu unterstützen, welche die Fließeigenschaften des Blutes zu verbessern vermögen. Hierfür kommen neben Pentoxifyllin auch andere rheologisch aktive Substanzen, wie z. B. Bencyclan (Fludilat), in Frage. Professor A. Bollinger, Zürich, bemerkte hierzu ergänzend, es gebe Beweise, daß mit derartigen Medikamenten mehr erreicht werden kann als mit Gehtraining allein. Als differentialtherapeutische Möglichkeit sollte auch die perkutane transluminale Dilatation in Erwägung gezogen werden. Sofern die Methode anwendbar ist, läßt sich bei einer Hospitalisationsdauer von nur zwei bis drei Tagen eine Stenose mit dem Ballonkatheter dilatieren und der Patient kann danach ganz beschwerdefrei werden.

Die Langzeittherapie der Herzinsuffizienz war das Thema von Professor P. Schölerich, Mainz, der dafür plädierte, die Indikation zur Glykosidbehandlung strenger als bisher üblich zu stellen. Das klassische Indikationsgebiet ist die latente oder manifeste Herzinsuffizienz, d. h. die Belastungs- oder Ruheinsuffizienz. Hingegen ist eine prophylaktische Gabe nicht indiziert. Die einzige noch verbliebene Indikation beim suffizienten Herzen ist die Beseitigung einer schnellen Flimmerarrhythmie durch Glykoside.

Die bis vor wenigen Jahren angewandten Dosen haben sich als zu hoch erwiesen. Anstelle des früher

empfohlenen Vollwirkspiegels von 2 mg werden heute 0,8 bis 1,2 mg angenommen. Dementsprechend haben sich die Erhaltungsdosen reduziert: bei Digoxin von 0,5 auf 0,375 mg, bei Acetyldigoxin von 0,4 auf 0,3 mg, bei Betamethyldigoxin von 0,3 auf 0,2 mg und bei Digoxin von 0,1 auf 0,07 mg. Stets sollte bedacht werden, daß es zwischen Herzglykosiden und anderen Medikamenten zu Interaktionen kommen kann. So erhöht Chinidin den Plasmaspiegel des Digoxin, nicht aber des Digitoxin, Kohle und Cholestyramin vermindern die Resorption bei Digoxin und Digitoxin und unterbrechen bei letzterem den enterohepatischen Kreislauf. Phenobarbital induziert einen gesteigerten Metabolismus, eine Hyperthyreose beschleunigt den Stoffwechsel von Digitoxin und erhöht die Elimination von Digoxin.

Wenn sich eine Herzinsuffizienz sowohl gegenüber Digitalis als auch gegenüber Diuretika als refraktär erweist, so werden in den letzten Jahren als zusätzliche Mittel sogenannte Vasodilantien empfohlen. Am häufigsten werden hierbei Nitrate eingesetzt, bei denen durch Doppelblindversuche nachgewiesen werden konnte, daß der Füllungsdruck in dem versagenden Ventrikel gesenkt werden kann, so daß sich die subjektive Besserung auch objektivieren läßt.

Während Nitrate vorwiegend die Kapazität des venösen Systems erweitern, ist der Angriffspunkt des schon längere Zeit als Hochdruckmittel verwendeten Dihydralazin (Nepresol) vorwiegend der arterielle Sektor. Es bringt die glatte Muskulatur der Gefäßwand zur Erschlaffung, senkt also den arteriellen Widerstand und damit den Auswurfwiderstand für den linken Ventrikel. Dem Prazosin (Minipress) kommt sowohl ein arterieller als auch ein venöser Angriffspunkt zu, so daß sich hier Senkung des Füllungsdruckes und

Steigerung des Auswurfvolumens kombinieren; allerdings erweist sich die Dosierung vor allem beim Prazosin als schwierig.

Wenn sich die Therapie mit Vasodilantien noch nicht allgemein durchgesetzt hat, so hängt dies nach Schölerich mit der Schwierigkeit der hämodynamischen Zuordnung der jeweiligen Herzinsuffizienzform in der Praxis und andererseits mit Problemen der Dosisanpassung und mit den verschiedenen Nebenwirkungen zusammen.

Das Ziel einer **antiarrhythmischen Langzeittherapie**, zu der Professor L. Seipel, Tübingen, Stellung nahm, besteht darin, den gefährlichen Komplikationen ventrikulärer Rhythmusstörungen (Synkopen, plötzlicher Herztod) vorzubeugen, nicht aber alle Extrasystolen im Sinne einer „EKG-Kosmetik“ zu beseitigen. Bislang gibt es allerdings keine Studie, die hätte zeigen können, daß durch eine kontrollierte Behandlung mit Antiarrhythmika in üblicher Standarddosis der plötzliche Herztod bei gefährdeten Patientengruppen vermindert werden kann.

Hingegen wurden in den letzten Jahren mehrere Studien mit verschiedenen Beta-Blockern (Metoprolol, Propranolol, Timolol) publiziert, die bei Patienten nach Myokardinfarkt in den behandelten Gruppen eine signifikante Verminderung der plötzlichen Herztodesfälle ergab. Dies könnte als ein echter Lichtblick für die Praxis gesehen werden, weil – im Gegensatz zu Therapie mit den eigentlichen Antiarrhythmika – die Behandlung mit Beta-Blockern auch unter ambulanten Bedingungen durchaus möglich ist. Die Frage nach dem Wirkungsmechanismus läßt sich derzeit nicht schlüssig beantworten, denn der antiarrhythmische Effekt der Beta-Blocker ist nur schwach ausgeprägt, jedenfalls was die ventrikulären Extrasystolen angeht. Ein Teil der Wir-



RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gestörtes Herz, Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. 8,7 g, Aclium grav. Auricul. 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

kung dürfte direkt über einen anti-sympathikomimetischen oder indirekt über einen anti-ischämischen Effekt zustande kommen, wodurch die Flimmerschwelle des Herzens heraufgesetzt und damit die Neigung zu gefährlichen ventrikulären Tachykardien positiv beeinflusst werden kann.

Zur Frage, welcher Beta-Blocker bei dieser Indikation am besten geeignet sei, äußerte sich Seipel dahingehend, daß die verschiedenen Studien mit unterschiedlichen Substanzen gelaufen sind. Es waren Präparate mit und ohne Kardioselektivität, mit und ohne sympathikomimetische Eigenaktivität darunter. Dies läßt den Schluß zu, daß das Beta-blockierende Prinzip hier das entscheidende ist. Die Dosierung bewegte sich in mittleren Bereichen, von Dociton z. B. wurden täglich 160 mg verabreicht.

Während man heute über die prognostische Bedeutung von Arrhythmien bei Herzinfarkt klare Aussagen machen kann, trifft dies für andere Erkrankungen keineswegs zu, beispielsweise für Kardiomyopathien oder für das Mitralklappenprolapsyndrom. Deshalb ist es derzeit auch nicht möglich, Empfehlungen für eine antiarrhythmische Langzeitbehandlung bei diesen Krankheitsbildern zu geben.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über aktuelle Gastroenterologie ging Professor W. Rösch, Frankfurt, auf die **funktionellen Darmerkrankungen** ein, wobei er sich schwerpunktmäßig mit dem Reizdarmsyndrom befaßte. 30 Prozent der Patienten, die zur Diagnostik an eine gastroenterologische Klinik überwiesen werden, sind diesem Krankheitsbild zuzuordnen, von dem man heute glaubt, daß es sich bereits in der Kindheit manifestiert, auch wenn der Erkrankungsgipfel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr liegen dürfte. Wenn man den Begriff etwas enger faßt und die Kolonsymptomatik in den Vordergrund stellt, so kann man zwei Hauptformen unterscheiden, nämlich das spastische Kolon mit Schmerz, Obstipation, Schafkot- oder Bleistiftstuhl mit Schleimbeimengungen und die emotionelle Diarrhöe mit vorwiegend morgendlichen, breiig-wässrigen Durchfällen, ohne Gewichtsverlust.

Neben Stuhlbeschwerden und Schmerzen findet man bei vielen Pa-

tienten Symptome wie Meteorismus, Flatulenz, Sodbrennen, Übelkeit, während Gewichtsverlust selten ist. Blutbeimengungen aus Hämorrhoiden oder Analfisuren werden bei 10 bis 20 Prozent der Obstipierten gefunden, vegetative Symptome, wie Schlaflosigkeit, migräneartige Kopfschmerzen sowie allgemeine Zeichen der vegetativen Labilität, sind vielfach nachweisbar, desgleichen eine ausgeprägte Karzinophobie und eine Neigung zu depressiver Verstimmung.

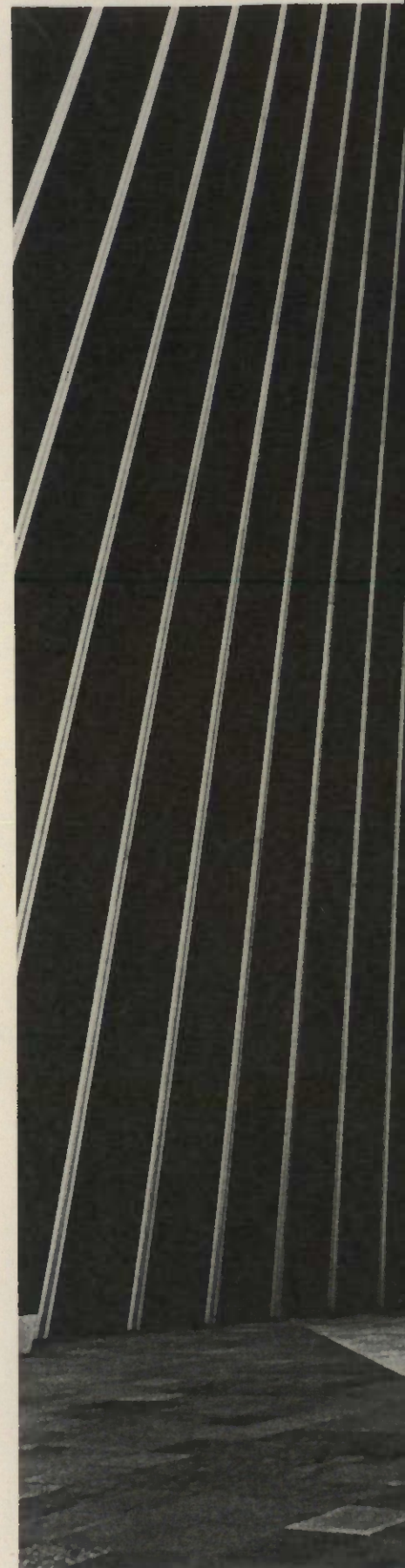
Im allgemeinen kann man davon ausgehen, daß bei einem unter 40-jährigen Patienten, der über derartige Symptome klagt, ein irritables Darmsyndrom vorliegen dürfte, wenn Blutbild und Blutsenkung unauffällig sind. Auch bei über 65-jährigen Patienten mit gastroenterologischen Symptomen dominiert dieses Syndrom in mehr als der Hälfte der Fälle, auch wenn in dieser Altersgruppe das mit 16 Prozent an zweiter Stelle stehende Karzinom erst einmal ausgeschlossen werden muß.

Nach den Erfahrungen von Rösch sprechen 30 Prozent aller Patienten mit Colon irritabile auf eine Placebomedikation an. Zu den bewährten Medikamenten gehören Kombinationspräparate der Benzodiazepin-Reihe mit Anticholinergika, bei Diarrhöen ist Loperamid (Imodium) hilfreich. Ein Teil der Patienten spricht auch günstig auf eine Kombination motilitätsregulierender Substanzen mit Entschäumern, wie z. B. Ceolat comp., an.

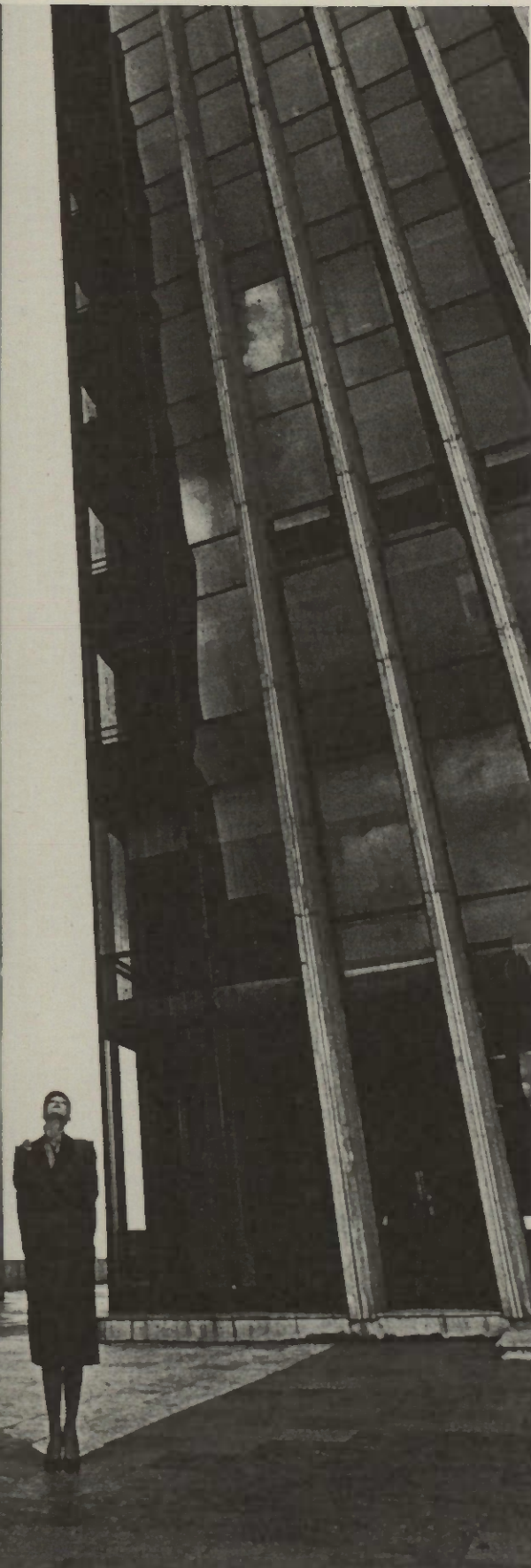
Wenn vielfach die Meinung vertreten wird, es handle sich bei funktionellen Darmbeschwerden um den Ausdruck einer Persönlichkeitsstruktur, die therapeutisch kaum zu beeinflussen ist, so sollte man nach Ansicht von Rösch dennoch nichts unversucht lassen, den Patienten mit funktionellen Beschwerden darauf hinzuweisen, daß seine abdominalen Sensationen Ausdruck ungeklärter psychischer Probleme sind, mit denen er leben kann und auch leben muß. Wenn er weiß, daß viele seiner Mitmenschen gelegentlich die gleichen Symptome verspüren, trägt er wahrscheinlich sein Schicksal leichter, als wenn er sich Sorgen um seine Gesundheit macht.

Referent:

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



Architektur. JEANLOUP SIEFF.



Erleben Sie die Ansichten
des berühmten französischen
Meisterfotografen in
einer Edition der Vereinigten
Versicherungsgruppe.

Der Mensch als Macher von
Architektur.
Der Mensch als Betrachter von
Architektur.
Der Mensch als Bewohner von
Architektur.
Der Mensch als ein eigenes Stück
Architektur.

Jeanloup Sieff, weltbekannter
französischer Fotograf, hat zwölf
seiner »hintergründigsten« Fotos
zu diesem Thema ausgewählt.
Daraus haben wir die Fotomappe
»Mensch und Architektur« ge-
staltet. Exklusiv für Sie. In einer
limitierten Auflage von nur 100
Exemplaren. Eine dieser Mappen
können Sie gewinnen, wenn Sie
uns den Coupon einsenden.

Wie sehen Sie als Arzt dieses Thema?

Wir laden Sie ein zum Foto-Wett-
bewerb »Mensch und Architektur«.
Für Sie als Arzt ist dies doch ein
interessantes Beobachtungsfeld.
Schließlich kann Architektur krank
machen. Aber auch gesund. Kann
traurig stimmen. Aber auch fröh-
lich. Senden Sie uns also das Ihrer
Meinung nach treffendste Foto-
motiv, das Sie selbst aufgenommen
haben.

Aus allen Einsendungen, die bis
31.12.1983 bei uns eingehen, wird
eine Jury die 10 ausdrucksstärksten
Motive wählen. Daraus wird dann
eine Fotomappe »Mediziner sehen
Mensch und Architektur« ent-
stehen, die 1984 herausgegeben
wird. Jeweils mit Kurzbiografien
der beteiligten Mediziner. Diese
Mappe wird die Reihe »Editionen
der Vereinigten Versiche-
rungsgruppe« in individuellem Rahmen
fortführen.

**DIE DINGE SEHEN
WIE SIE SIND.
GERADE ALS ARZT.**

Hepatitis-B-Schutzimpfung. Wer trägt die Kosten?

Durch Änderung der Unfallver-
hütungsvorschriften gehört es zur
Fürsorgepflicht des Arbeitgebers
(z. B. Krankenhausträger, Praxis-
inhaber) bei Ärzten und medizini-
schem Hilfspersonal für eine recht-
zeitige Immunisierung zu sorgen
und die Kosten zu übernehmen.

Solche Impfungen sind als Prä-
ventivmaßnahme nicht versichert.
Dennoch ist die Vereinigte bereit,
in Ausnahmefällen diese Kosten
zu übernehmen. Und zwar dann,
wenn Patienten in der Dialyse,
Transplantations- und Trans-
fusions-Patienten sowie Familien-
angehörige von chronischen Anti-
genträgern immunisiert werden.

**WIR BRINGEN IHNEN
SICHERHEIT NAHER**

Speziell für Sie und Ihren Berufs-
stand haben wir seit Jahren einen
Sonder-Service: über 130 Direk-
tionsbeauftragte der Vereinigten
Versicherungsgruppe sorgen über-
all im Bundesgebiet und
West-Berlin für umfassende Ärzte-
Betreuung.

**Vereinigte
Versicherungsgruppe**

Vereinigte Aachen-Berlinische · Vereinigte Eos-Isar
Vereinigte Kranken · Saar-Rhein

- Als meinen Beitrag zum Ärzte-
Fotowettbewerb lege ich ein Foto bei.
Format 13 x 18 cm, schwarz/weiß.
Auf der Rückseite des Abzugs steht
mein Name und meine Anschrift.
Mit einer Veröffentlichung bin ich
einverstanden.

- Ich möchte nur an der Verlosung der
Fotomappe »Mensch und Architektur«
teilnehmen. Einsendeschluß 31.5.1983.
Rechtsweg ausgeschlossen.

- Schicken Sie mir bitte die Info-Mappe
»Arzt und Versicherung«.

Name: _____ Alter: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Tel. m. Vorwahl: _____
Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale A 1
Postfach 2013 20
8000 München 2

Aktuelle Gesichtspunkte in der Rehabilitation und Nachsorge bei Herzkrankheiten

68. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. L. Bette, Homburg:

Zur Einführung

Die Rehabilitation und Nachsorge bei Herzkrankheiten wurde in drei Themenkreise aufgeteilt: Zunächst sollen rehabilitative Behandlungsmaßnahmen für Herzkrankheiten behandelt werden. Im zweiten Block werden Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienzerscheinungen in der kardialen Nachsorge behandelt. Im letzten Teil kommt die Rehabilitation nach herzchirurgischen Maßnahmen zur Sprache.

Professor Dr. G. Blümchen,
Leichlingen/Rhld.:

Diagnostik, Indikation und Kontraindikation für das Rehabilitationsverfahren bei koronarer Herzkrankheit

Vom Rentenversicherungsträger werden unter Rehabilitationsverfahren bei koronarer Herzkrankheit Maßnahmen verstanden, die zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führen. In der Praxis wird der Begriff der Rehabilitation bei der koronaren Herzkrankheit aber wesentlich weiter gefaßt. Die Mehrzahl der Patienten kommt erst zu einem Rehabilitationsverfahren, nachdem die koronare Herzkrankheit zu einem Herzinfarkt geführt hat. Viel seltener werden Patienten bereits vor diesem Ereignis vorgestellt. Das hat in erster Linie mit der in den letzten Jahren weitgehend institutionalisierten „Anschlußheilbehandlung“ bei Herzinfarktpatienten zu tun. Nach diesem Verfahren werden in der Regel Patienten nach Behandlung des akuten Infarktes im Heimatkrankenhaus direkt in Einrichtungen der Rentenversicherungsträger verlegt und dort vier Wochen nachbehandelt. Diagnostische invasive Maßnahmen wurden zuvor nur bei einem kleineren Teil dieser Patientengruppe vorgenommen.

Bis heute wurde nicht entschieden, welches Rehabilitationsverfahren hinsichtlich des Wohlbefindens, der Pro-

gnose und des ökonomischen Interesses der Rentenversicherungsträger das günstigste ist. Das Spektrum der Anhänger und Gegner der Rehabilitationsverfahren ist weit gefächert: Einige lehnen Rehabilitationsverfahren überhaupt ab, andere befürworten nur ambulante Koronargruppen oder ein Rehabilitationsverfahren erst einige Monate nach Eintritt des Infarktes. Die Mehrzahl tendiert heute zur Anschlußheilbehandlung nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus bis hin zur Identifizierung der koronaren Herzerkrankung vor Eintritt des akuten Ereignisses unter Durchführung entsprechender präventiver Maßnahmen.

Effektivitäts- und Effizienzuntersuchungen über die Auswirkungen von Rehabilitationsverfahren stehen noch aus. Zur Erreichung einer höheren Effektivität und aus Gründen der Kostendämpfung wäre es wünschenswert, wenn die Auswahl der Herzinfarktpatienten für die einzelnen Rehabilitationsmöglichkeiten im Anschluß an die Behandlung im Akutkrankenhaus sorgfältiger erfolgen würde. Die Nachbehandlungen geschehen derzeit zu schematisch. Dies steht im krassen Gegensatz zu der Vielfalt der Standards der Akutkliniken, der Vielfalt der Standards der Rehabilitationseinrichtungen und insbesondere auch zu der großen Vielfalt der organischen und psychischen Schädigungen der Herzinfarktpatienten. Es sollte deshalb eine individuellere Indikationsstellung, individuellere Betrachtung der Kontraindikationen und individuellere Auswahl der Patienten mit koronarer Herzerkrankung für die Rehabilitationsverfahren erfolgen.

Die Rehabilitationseinrichtungen reichen von

Kategorie I = „Universitäts“-Standard bis zu

Kategorie II = „Belastungs-EKG“-Standard.

Die Kategorie I zeichnet sich durch viel kardiologische Diagnostik und

die Kategorie II durch wenig Diagnostik aus. Beide Einrichtungen haben Vor- und Nachteile, je nachdem, ob das Schwergewicht auf der Diagnostik oder mehr auf der konservativen, insbesondere psychischen Behandlung liegen soll. Ein bereits völlig durchdiagnostizierter Patient (einschließlich Einschwemm-katheter-Untersuchung, nuklearmedizinischer Untersuchungen und/oder Koronarangiographie/Laevokardiographie) sollte nicht mehr in eine besonders teure Schwerpunktklinik der Kategorie I verlegt werden. Nachdem bei einem solchen Patienten unter Umständen bereits entschieden ist, daß keine operativen Maßnahmen in Frage kommen, bleibt nur die medikamentöse Behandlung und psychologische Entängstigungstherapie. Diese kann in Einrichtungen der Kategorie II mindestens ebenso gut, jedoch wesentlich billiger durchgeführt werden.

In Rehabilitationskliniken der Kategorie I sollten Patienten mit Herzrhythmusstörungen, Ischämieparametern und Herzinsuffizienzerscheinungen Aufnahme finden. Bei letzteren ist eine Bewegungstherapie nicht indiziert; durch einen vierwöchigen Aufenthalt kann jedoch die Herzinsuffizienz durch körperliche Ruhe, Medikamente und Diät behandelt werden. Sollte ein linksventrikuläres Aneurysma vorliegen, so könnten entsprechende diagnostische Maßnahmen vorgenommen und eventuell operative Schritte eingeleitet werden. Eine relative Kontraindikation zur Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik der Kategorie I stellt hohes Alter und eine fehlende Motivation des Patienten zur intensiven Behandlung der koronaren Herzkrankheit dar.

Bei der Diagnostik ist der Identifizierung und Behandlung der Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit eine besondere Bedeutung zuzumessen. Zusätzliche andere internistische Erkrankungen sollten ebenfalls aufgedeckt und so weit als möglich zurückgedrängt werden. Besonders bei Herzoperationskandidaten ist die Abklärung anderer Gefäßprovinzen mit dem Ultraschall-Doppler, der digitalen Angiographie, der hirnversorgenden Arterien, der Nierenarterien und der Becken- und Beinarterien notwendig. Bei der kardialen Diagnostik geht es um die Festlegung der Ischämie, des verbliebenen Restmyokards, der Größe und Wirksamkeit der Infarktzone

und des Funktionszustandes des noch arbeitenden Myokardanteiles. Zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen hat sich das Bandspeicher-EKG durchgesetzt.

Professor Dr. W. Kindermann,
Saarbrücken:

Der Stellenwert der Bewegungstherapie für die koronare Herzkrankheit

Bei den meisten Studien über die Bedeutung der körperlichen Aktivität in der Primärprävention der koronaren Herzkrankheit ergab sich eine deutliche Senkung des koronaren Risikos bei körperlich Aktiven. Ein eventueller direkt protektiver Effekt körperlicher Aktivität kann damit aber nicht bewiesen werden, da in den meisten Studien davon ausgegangen werden muß, daß sich die verglichenen Gruppen bereits vor der Wahl ihres Berufes oder der Freizeitbeschäftigung unterschieden haben. Insbesondere genetische und konstitutionelle Faktoren dürften bereits zu einer Vorselektion geführt und den späteren Grad der körperlichen Aktivität wesentlich beeinflusst haben. Aus dieser kritischen Sicht müssen deshalb Ergebnisse wie eine Verlängerung der Lebenserwartung um etwa sechs Jahre bei ehemaligen Ruderern gegenüber nicht sportlich aktiven Klassenkameraden gewertet werden. Andererseits liegt die Schwierigkeit der Durchführung kontrollierter Trainingsstudien mit gleichem Versuchsansatz auf der Hand, so daß solche Studien nur schwer realisierbar sind. Trotzdem kann wohl heute davon ausgegangen werden, daß eine richtig indizierte und ausgeführte Bewegungstherapie zweifellos eine wesentliche Säule im

Therapieplan der Koronarpatienten darstellt. Dabei versteht sich die Bewegungstherapie keineswegs als konkurrierende Maßnahme gegenüber der medikamentösen und chirurgischen Behandlung. Beta-Blockade und körperliches Training oder auch körperliches Training nach einer durchgeführten aorto-koronaren Bypass-Operation sind Therapieprinzipien, bei denen das körperliche Training die anderen Maßnahmen sinnvoll ergänzen kann. Hierdurch wird insbesondere der psychische Status positiv beeinflusst.

Für eine Beeinflussung des Grundleidens durch körperliches Training werden folgende pathophysiologischen Mechanismen diskutiert:

1. Beeinflussung kardio-vasculärer Risikofaktoren

Auch bei unverändertem Gesamtcholesterin steigt das antiarteriogene HDL-Cholesterin an, der Risikofaktor LDL-HDL fällt ab. Infolge verminderter Insulinsekretion und gesteigerter Plasma-Clearance bei erhöhter Insulinsensibilität werden die Plasma-Insulinpiegel gesenkt. Dieser Befund ist bedeutungsvoll für Adipöse und Diabetiker, da nach neueren Untersuchungen der Hyperinsulinismus einen selbständigen Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit darstellt. Schließlich wird über eine verminderte Natriumrückresorption der arterielle Blutdruck durch körperliches Training gesenkt.

2. Veränderte kardio-zirkulatorische Arbeitsweise

Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu einer Zunahme des Schlagvolumens bei gleichzeitiger Zunahme des enddiastolischen und

Abnahme des endsystolischen Volumens und der Herzfrequenz. Daraus resultiert ein verminderter myokardialer Sauerstoffverbrauch.

3. Veränderte Blutgerinnung

Akute Körperarbeit führt sowohl zu einer Aktivierung von Gerinnung als auch zu einer Fibrinolyse, so daß die Homöostase erhalten bleibt. Einige Befunde weisen darauf hin, daß nach einer Phase eines regelmäßigen körperlichen Trainings die Gerinnbarkeit des Blutes abnimmt.

4. Vermehrte Kollateralenbildung der Koronargefäße

Eine eventuell verbesserte Kollateralisierung durch Training wird zwar immer wieder diskutiert, konnte aber bisher am normalen menschlichen Herz nicht sicher nachgewiesen werden.

Bei der Entscheidung, welche Sportart bzw. Belastungsform für einen Koronarpatienten geeignet ist, muß sowohl Nutzen als auch Risiko der jeweiligen Betätigung berücksichtigt werden. Auf der Basis einer solchen Nutzen-Risikorelation wurden einzelne Sportarten und Belastungsformen bestimmten Patientengruppen zugeordnet. Laufen, Radfahren, Skilanglaufen und Bergwandern sind am gesundheitseffektivsten und gleichzeitig risikoarm. Beim Schwimmen ist die Komplikationsrate infolge häufig auftretender Herzrhythmusstörungen höher als bei den vorgenannten Belastungsformen. Der höhere Vagotonus im Wasser sowie eine falsche Schwimmtechnik mit konsekutiver Preßatmung scheinen prädisponierende Faktoren für Rhythmusstörungen zu sein. Außerdem ist der belastungs-

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₃ 10 g, Kalium bichromic. D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 10 g.
Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegsenerkrankungen, die hustenreizfördernde Wirkung erfordern. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichte Asthma bronchiale. Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.
Hinweise: Keine Brust- – keine Oberlippenkontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg. Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g. Carrageenta gel 100 mg.
Dragees = 1 Dragee enthält: Noscapin-Flecin entspr. 25 mg Noscapin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.
Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.
Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.
Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate): bitte Packungsbeilage einsehen!
Handelsformen und Preise:
Saft: OP ml, 100 ml DM 8,45
Tropfen: OP ml, 30 ml DM 8,45
OP ml, 100 ml DM 23,00
Dragees:
OP ml, 30 Stück DM 8,35
OP ml, 250 Stück DM 43,40
Klinikpackungen.

Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen. Grippeinfekt, insbesondere bei begleitenden Schleimhautbakterien. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anfälligen Patienten und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinacea purp. u. angustif. 40 g, Bryonia D₃ 20 g, Apis mellifica D₃ 10 g, Lachesis D₃ 20 g, Sulfor. D₃ 10 g.
Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.



DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

bedingte Blutdruckanstieg beim Schwimmen deutlich höher als beispielsweise beim Laufen. Die nur bedingte Eignung des Ruderns erklärt sich aus dem Umstand, daß diese Sportart eine kombinierte Ausdauer-Kreftbelastung darstellt. Insbesondere beim Durchzug der Ruderblätter kann die Kraftbelastung sehr hoch sein und mit erheblichen Blutdruckanstiegen einhergehen. Ballspiele beinhalten den Nachteil der schlechten Dosierbarkeit, verbunden mit niemals völlig auszuschließendem Wettkampfcharakter, so daß nicht nur physische, sondern auch psychische Belastungsspitzen entstehen können. Tennis bei Koronarpatienten ist grundsätzlich als problematisch anzusehen, ohne daraus eine generelle Kontraindikation ableiten zu wollen. Ungeeignet für Koronarpatienten sind alle Schnelligkeits- und Kraftbelastungen, z. B. Belastungen mit erheblicher statischer Haltearbeit. Kurzdauernde hochintensive Belastungen mit vorwiegend anaerober Energiebereitstellung gehen mit einer hohen sympatho-adrenalen Aktivität einher und führen zu einem entsprechend hohen Anstieg der Plasmakatecholamine Adrenalin und Noradrenalin. Dagegen steigen die Plasmakatecholamine bei ausdauerorientierter Belastung sehr viel geringer an.

Da nicht jeder Koronarpatient trainingsfähig ist, müssen Eingangsuntersuchungen vor der Aufnahme eines körperlichen Trainings durchgeführt werden. Die wesentlichen nicht-invasiven Kriterien zur Beurteilung der Belastbarkeit sind Beschwerdefreiheit bei Ergometerbelastung von mehr als 75 Watt (mehr als 1 W/kg Körpergewicht), die Herzgröße, die Echokardiographie, die Größe der Infarkt Narbe, der Zustand der Koronargefäße und der Ergometerbelastung und eventuell auftretende Herzrhythmusstörungen im Lenzzeit-EKG. Da jede körperliche Belastung mit höherem Energieumsatz die Pumpfunktion des Herzens in verstärktem Maße beansprucht, muß vor Aufnahme eines körperlichen Trainings die Ventrikelfunktion bekannt sein. Als globales Maß für die Ventrikelfunktion kann die röntgenologisch bestimmte Herzgröße angesehen werden. Vergrößerte Herzen bei Koronarpatienten sind stets Hinweise auf eine erhebliche Störung der Ventrikelfunktion, falls nicht zusätzlich eine Volumenbelas-

stung besteht. Das Herzvolumen sollte einen oberen Grenzwert von 12 ml/kg Körpergewicht nicht überschreiten. Bei 13 ml/kg Körpergewicht oder mehr ist das Gesamterzervolumen sicher vergrößert; in diesen Fällen ist statt der Trainingsbehandlung lediglich eine Übungsbehandlung indiziert.

Dreigefäßerkrankungen führen offenbar häufiger zu Komplikationen im Rahmen des körperlichen Trainings als Eingefäßerkrankungen. Bei Festlegung der Belastbarkeit von Koronarpatienten sollte deshalb Aufschluß über die Zahl der kritisch eingeeengten Koronargefäße erlangt werden. Als Faustregel kann gelten, daß das gleichzeitige Auftreten von Angine pectoris und ST-Strecken-senkung bereits bei niedriger Belastungsstufe auf eine Mehrgefäßerkrankung hinweist, während das Auftreten nur eines Ischämieindikators auf mittlerer oder höherer Belastungsstufe eher typisch für Eingefäßerkrankungen ist.

Dr. A. Gehrke, München:

Stellenwert der balneologischen Therapie – Wert und Unwert

Die im Untertitel anklingende kritische Distanz ist Ausdruck einer sicher nicht unbegründeten Reserviertheit eines Teils der Ärzte gegenüber den Verfahren der Bäderheilkunde. Gerade die physikalischen Heilmethoden werden mancherorts, gestützt auf eine jahrhundertalte Tradition der Empirie, in einer oft verwirrenden Vielfalt praktiziert. Nicht selten stoßen sie dabei an die Grenzen naturphilosophischer Schwärmerei und laufen Gefahr, den Boden wissenschaftlich fundierter Kenntnisse zu verlassen. Man kann durchaus nicht von der Hand weisen, daß gelegentlich einzelne Formen der sogenannten „passiven“ Therapie mehr aus Traditionsbewußtsein gepflegt werden, weil der Publikumserfolg das Weiterleben sowohl historischer Therapieorte als auch historischer Therapien selbst häufig finanziell begünstigt. Dies betrifft jedoch nicht die Balneotherapie im engeren Sinne allein, sondern das Kurwesen insgesamt. In der traditionsreichen Entwicklung der Kur hat es nicht erst heute, sondern schon immer Auseinandersetzungen über ihren Stellenwert gegeben. Lediglich die

Argumente von Befürwortern und Gegnern unterliegen einem aktuellen Trend. Unbehagen artikuliert sich heute vor allem an der fraglichen Wirksamkeit bestimmter gesundheitserzieherischer und „mystischer“ Behandlungsmaßnahmen, zu lasch gestellter Indikationen und der Vermischung von Medizin und Kommerz, insbesondere bei der Kur als Zweiturlaub.

Die angeschnittene Problematik trägt jedoch keineswegs nur krankheitsbezogenen oder kurspezifischen Charakter, sondern gilt für viele Bereiche des Gesundheitswesens. Im Hintergrund mancher kurkritischer Diskussion zeigen sich unzulängliche Kenntnisse über das, was den Schwerpunkt in einer Kurbehandlung ausmacht, wie sie zu definieren ist und welche Bedeutung ihr zukommt. Der Wert einer Behandlung oder therapeutischen Maßnahme sollte nicht an ihrer Mißbrauchsmöglichkeit gemessen werden. Die Wirksamkeit einer Balneotherapie hängt nicht nur von klinischen Problemen ab. Die Aufgaben am Kurort liegen vor allem im vorklinischen oder im nachklinischen Bereich, z. B. bei der chronischen koronaren Herzerkrankung überwiegend im Abschnitt der „sekundären“ oder gar „tertiären“ Prävention. Durch medikamentöse und chirurgische Behandlungen allein gelingt es nicht, die Patienten zu resozialisieren. Ohne Berücksichtigung der psychischen und sozialmedizinischen Gesichtspunkte wird die Nachsorge nur Stückwerk bleiben. Deshalb sollte man nicht versuchen, die Kur in eine Frontstellung zur Klinik oder Praxis zu drängen. Sie ist weder das eine noch das andere, sondern bedeutet eine Ergänzung und eine damit nicht weniger wichtige Behandlungsform.

Unter der in unserer Zeit erweiterten Aufgabenstellung im Kurbereich bezüglich Prävention, Rehabilitation und Gesundheitserziehung bedeuten die kurörtlichen Maßnahmen einschließlich der balneotherapeutischen ein komplexes Behandlungssystem, dessen einzelne Behandlungsformen in ihrer Wertigkeit bei isolierter Betrachtung nicht gerecht beurteilt werden können. Gerade die balneotherapeutischen Verfahren auf der einen und klimatischen Rahmenbedingungen auf der anderen Seite werden heute so in das therapeutische Gesamtkonzept integriert, daß wir für generelle Aussa-

Wir zeigen Ihnen die Basisinformation für Sedalipid® ganz groß, weil sie so klein ist. Damit Sie besser vergleichen können.

Zusammensetzung: 1 Sedalipid-Lacktablette enthält 50,0 mg Magnesium-Pyridoxal-5'-phosphat-glutaminat. **Anwendungsgebiete:** Primäre und sekundäre Hyperlipoproteinämien (Typ IIa, IIb und IV), bei denen diätetische Maßnahmen zur Senkung der Blutfettwerte nicht ausreichen.

Fettstoffwechselstörungen mit erhöhtem Risiko von kardialen, zerebralen und peripheren Gefäßerkrankungen. Bereits vorhandene arteriosklerotische Veränderungen von Gefäßen, diabetische Angiopathien und Xanthomatosen.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen:

Sind bislang nicht beobachtet worden.

Hinweise: Auch bei längerer Anwendung wird Sedalipid gut vertragen. Gelegentliche anfängliche gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit oder Diarrhoe, bei besonders empfindlichen Patienten, verschwanden durchweg unter weiterer Anwendung. Auch bei beeinträchtigter Leber- und Nierenfunktion ist eine schädigende Substanzbelastung durch Sedalipid nach bisherigen Beobachtungen auszuschließen. In Tierversuchen und in der klinischen Anwendung kam es unter der Medikation von Sedalipid zu keiner signifikanten Erhöhung der Transaminasen oder des Kreatinins. Auffallend häufig wurde im Verlauf der Behandlung eine gleichzeitige Senkung der Serumharnsäure beobachtet. Bei der Umstellung von einer anderen lipidsenkenden Therapie auf Sedalipid sind keine besonderen Labormaßnahmen erforderlich.

Dosierung und Anwendung: Im allgemeinen wird morgens und abends eine Lacktablette mit etwas Flüssigkeit vor oder zu den Mahlzeiten eingenommen. Bei verzögertem Wirkungseintritt kann die Dosis initial entsprechend erhöht werden.

Handelsformen und Preise: OP mit 50 Lacktabletten DM 17,80; OP mit 100 Lacktabletten DM 32,60.

Sedalipid®

Die Alternative unter den Lipidsenkern



Steigerwald

Arzneimittelwerk GmbH
6100 Darmstadt

gen über Wirksamkeit bzw. therapeutischen Nutzen von balneologischen Maßnahmen lieber die integrierende Bezeichnung „Kurortmedizin“ verwenden.

Ein Großteil der im kurörtlichen Rahmen durchgeführten balneotherapeutischen Maßnahmen entstammen den verschiedenen Formen der physikalischen Medizin. Es sind dies in erster Linie Bäder- und Trinkkuren sowie Maßnahmen der Hydro- und Thermotheapie. Jede Zufuhr von Wärme und jeder Wärmeentzug bedeuten eine Veränderung des Temperaturfeldes des Organismus, das als dreidimensionale räumliche Verteilung der molekularen Bewegungszustände angesehen werden kann. Jede Veränderung des thermischen Milieus wird sofort mit Gegenregulation beantwortet, wobei in der Therapie mit Kalt- und Warmreizen primär die Haut der Reaktionspartner ist. Kurzfristige Warmanwendungen werden mit Vasodilatation, kurzfristige Kaltanwendungen primär mit Vasokonstriktion behaftet. Damit ist ein regelrechtes Gefäßtraining zu erreichen. Außerdem kommt es durch wiederholte Applikationen von „Reizserien“ zu Langzeiteffekten mit dem Resultat einer „Abhärtung“ und „vegetativen Stabilisierung“.

Am Ausmaß der koronaren Herzkrankheit wird sich durch balneotherapeutische Maßnahmen sicher nicht viel ändern lassen. Um die Funktion der Muskelpumpe Herz zu verbessern, braucht man niemanden zur Kur zu schicken. Dies wird jedoch notwendig, wenn man die Persönlichkeit um das Herz herum in die Überlegungen mit einbezieht. Der Mensch bedarf einer ebenso gründlichen Rehabilitation wie das Herz selbst! Hierzu kann der Kuraufenthalt entscheidend beitragen, indem eine neue psychische und körperliche Motivation gefunden wird. Durch einfache und natürliche balneotherapeutische Maßnahmen wird bei den Patienten häufig ein Rückgang der subjektiven Beschwerden und damit eine Reduktion der bisherigen medikamentösen Behandlung erreicht.

Professor Dr. M. Stauch, Ulm:

Die medikamentöse Therapie der koronaren Herzkrankheit

Die medikamentösen Behandlungsmaßnahmen können eingeteilt wer-

den in eine Therapie der Symptome der koronaren Herzkrankheit (Angina pectoris), der chronischen Funktionsminderung und der angeborenen und erworbenen Risikofaktoren.

Zur symptomatischen Therapie der Angina pectoris stehen uns neben den seit 100 Jahren verwendeten Nitraten in letzter Zeit die Kalziumantagonisten, Beta-Rezeptorenblocker und Beta-Stimulatoren zur Verfügung. Medikamente zur Verminderung des Sauerstoffbedarfes bei einer fixierten Koronarstenose stehen weiter blutdrucksenkende Maßnahmen, eine Verminderung der Herzfrequenz, der Herzgröße und Kontraktivität zur Verfügung. Alle vorgenannten Medikamentengruppen senken den Blutdruck, Beta-Rezeptorenblocker und Verapamil auch die Herzfrequenz und Kontraktivität, mit Nitraten und verwandten Substanzen läßt sich auch die Herzgröße günstig beeinflussen. Die Angina pectoris wird u.a. durch eine akute Funktionseinschränkung des Schlagvolumens ausgelöst, gegenüber dem Nitrate einen günstigen Effekt zeigen. Eingesetzt werden in erster Linie Nitroglycerin und Iso-Sorbiddinitratpräparate, in letzter Zeit auch das Iso-Sorbidmononitrat (ISMN). Dieses zeigt gegenüber dem ISDN keine grundsätzlich unterschiedliche Wirkung. Jetzt ist auch die Frage wieder aufgetaucht, ob es nicht besser sei, anstelle der Retardpräparate die sofort wirksamen nicht-retardierten Mittel vorzuziehen. Dem Problem der Toleranzentwicklung scheint keine so große Bedeutung zuzukommen, wie vor kurzem wieder behauptet wurde. Neben den Nitraten stellen die Beta-Rezeptorenblocker die zweite Säule der Angina pectoris-Therapie dar. Ihr günstiger Einfluß resultiert aus der Frequenzsenkung, der Kontraktivitätsminderung und Blutdrucksenkung. Zu beachten ist, daß unter Beta-Blockerbehandlung der linksventrikuläre Druck und damit die Herzgröße durch die negativ inotrope Wirkung zunehmen kann. Besteht von Haus aus kein chronisches Bronchialleiden und keine ausgedehnte Bradykardie, so kann jeder Beta-Blocker zum Einsatz kommen. Nur bei entsprechenden Vorerkrankungen ist den kardioselektiven Medikamenten (Beloc® und Tenormin®) der Vorzug zu geben. Der Beta-Stimulator Ildamen®, der durch seine (relativ geringe) enregende Wirkung den Sauerstoffverbrauch des Herzens stetig erniedern müßte,

wirkt wohl in erster Linie über die Peripherie durch die Senkung des enddiastologischen Druckes. Hierdurch kommt es zu einer kardialen Entlastung, Herzverkleinerung und Verminderung der Wandspannung. Blutdruck und Herzfrequenz bleiben hierbei meist unbeeinflusst. Die heterogene Gruppe der Kalziumantagonisten besteht aus dem Adalat®, dem Isoptin® und dem Dilzem®. Die anderen Substanzen dieser Gruppe haben sich nicht durchgesetzt. Isoptin sollte mit Beta-Blockern wegen der synergistischen Wirkung auf die AV-Überleitungsverzögerung nicht kombiniert werden. Bei den übrigen Kalziumantagonisten bestehen weniger Bedenken.

Auf die Langzeittherapie der Herzinsuffizienz wird später eingegangen. Der Einsatz von Nitropräparaten bei chronischer Funktionsminderung des Herzens fällt leicht bei gleichzeitig bestehenden Angina pectoris-Zuständen. Auch ohne diese Beschwerden führt eine entsprechende Therapie zu einer Entlastung des Herzens und die Gabe von Beta-Rezeptorenblockern unter Umständen zu einer Prophylaxe gegenüber weiteren Attacken und Herzrhythmusstörungen.

Die Behandlung der Risikofaktoren bildet ein weiteres großes Feld bei der koronaren Herzerkrankung; neben den Stoffwechselproblemen spielen die Risiken des Reinfarktes und der Thromboembolien eine Rolle. Hiergegen werden seit langem Antikoagulantien und in letzter Zeit auch Thrombozytenaggregationshemmer eingesetzt. Dazu kommen nun auch die Beta-Rezeptorenblocker und eine besondere Bewegungstherapie.

*Professor Dr. H. Linke,
Bad Schwalbach:*

Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation und Begutachtung

Die Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Myokardinfarkt und bei anderen Herzerkrankungen haben in den zurückliegenden 20 Jahren in vielfacher Hinsicht einen Wandel erfahren. Dies gilt insbesondere für den Zeitpunkt des Beginns und für den Ablauf sowie für die Zielsetzungen und die Vielgestaltigkeit der Rehabilitationsprogramme. Ziel sollte immer sein, daß der Patient wieder ein normales gesellschaftliches Leben führen und mit dem auf die Dauer verbliebenen Leistungsvermögen das

zum Lebensunterhalt Notwendige erwerben kann. Aber auch wenn eine berufliche Wiedereingliederung nicht gelingt, hat die Rehabilitation ein möglichst lebenswertes Leben für den chronisch Kranken anzustreben.

Entsprechend den Vorstellungen der WHO erfolgt heute die Gesamtrehabilitation des Infarktpatienten vom akuten Ereignis bis zur Wiederaufnahme der Arbeit in drei Phasen, wobei für jede Phase ein fest umrissenes, jedoch in bezug auf Dauer und Intensität individuell dosierbares Übungsprogramm festgelegt wurde:

Phase I: Akutphase im Akutkrankenhaus mit Frühmobilisation

Phase II: Konvaleszenzphase in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik im Sinne der Anschlußheilbehandlung (= AHB)

Phase III: Rekonvaleszenzphase am Wohnort in sogenannten ambulanten Koronargruppen, in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt (Spätrehabilitation)

Allgemein besteht heute eine Tendenz zur Verkürzung der Verweildauer im Akutkrankenhaus, wobei sich eine optimale Aufenthaltsdauer kaum angeben läßt. Im Einzelfall wird sie durch die Schwere des Infarktes durch begleitende Komplikationen sowie durch den Umfang der Diagnostik bestimmt, die zur Beurteilung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Rahmen der gezielten Rehabilitation durchgeführt werden muß. Die Phase I dauert in der Regel drei bis sechs Wochen. Die Anschlußheilverfahren in den Rehabilitationskliniken sollen sich möglichst nahtlos an die Primärbehandlung anschließen. Sie sind wahrscheinlich effektiver als eine ambulante Frührehabilitation zu Hause, da der Hausarzt in der Regel aus zeitlichen Gründen mit einer umfassenden Frührehabilitation überfordert wird und auch die sogenannten ambulanten Koronargruppen ihre optimale Leistung im Rahmen der Spätrehabilitation erbringen. Auch die psychische Entängstigung nach dem Infarkt sowie die Raucherentwöhnung sind ambulant nur unzureichend zu lösen. Für eine stationäre Frührehabilitation spricht ferner, daß in den Akutkliniken in Deutschland keine entsprechend ausgerüsteten und personell besetzten Rehabilitationsabteilungen vorhanden sind, die

Änderung im Kammervorstand

Bei der Wahl des Vorsitzenden des Bezirksverbandes Niederbayern wurde Dr. Dehmer am 23. Februar 1983 zum 1. Vorsitzenden gewählt. Als Vorsitzender eines Bezirksverbandes gehört Dr. Dehmer dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an; er ist Nachfolger von Dr. Rixner. Als gewähltes Mitglied war Dr. Dehmer schon bisher im Vorstand der Kammer tätig.

kompetent wären, die Rehabilitation des Herzinfarktkranken im Hinblick auf körperliche Leistungsverbesserung, psychologische Anpassung und soziale Wiedereingliederung wahrzunehmen. Die überwachte Nachsorge nach dem Infarkt gestaltet die Rehabilitation billiger, effektiver und umfassender.

Die Anschlußheilbehandlung sollte folgende Aufgaben erfüllen:

1. Durchführung einer sorgfältig abgestuften apparativen Funktionsdiagnostik zur Überprüfung der Belastbarkeit,
2. Erstellung und Überwachung eines medikamentösen Langzeitbehandlungsplanes,
3. körperliche Rekonditionierung durch eine individuell dosierte Bewegungstherapie,
4. Gesundheitsbildung mit Korrektur der Risikofaktoren,
5. psychologische Betreuung,
6. Maßnahmen zur Sekundärprävention,
7. Besprechung der Arbeitsplatzprobleme, Umschulung oder Berentung,
8. Abklärung der Frage einer koronarchirurgischen Indikation.

Nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik hat sich die Spät- bzw. Langzeitrehabilitation in einer ambulanten Koronarsportgruppe am Wohnort unter ärztlicher Aufsicht in engerer Zusammenarbeit mit dem Haus- oder Werksarzt bestens bewährt. Sie soll die in der Rehabilitationsklinik während der Anschlußheilbehandlung erlernten und erfahrenen Kompensationsmöglichkeiten erhalten und vertiefen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer weitergehenden physischen und psychischen Stabilisierung.

Zur Beurteilung der Belastbarkeit und des Behandlungserfolges im Rahmen der gezielten Rehabilitation

nach dem Herzinfarkt (AHB) wurde ein diagnostisches Stufenprogramm entwickelt. Hierfür steht eine beachtliche Zahl kardiologischer Untersuchungen zur Verfügung. Diese Funktionsprüfungen besitzen einen unterschiedlichen Aussage- und Stellenwert, was ihren differenzierten Einsatz in einer gewissen Rangfolge ermöglicht:

Am Anfang sollte immer eine gezielte Anamnese stehen sowie eine allgemeine internistische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Herzens und des arteriellen Gefäßsystems, ferner die Fahndung nach blutchemischen Risikofaktoren. Herzfernaufnahmen in zwei Ebenen erlauben eine Beurteilung der Herzgröße. Das Ruhe-EKG dient vor allem zur Erkennung und Lokalisierung frischer und alter Infarkte sowie von Herzrhythmusstörungen. Das Belastungs-EKG erlaubt wichtige Aussagen über das Auftreten einer Myokardischämie mit entsprechenden diagnostischen und prognostischen Schlußfolgerungen, das Langzeit- oder Speicher-EKG deckt Rhythmusstörungen, aber auch spontan auftretende ischämische Endteilveränderungen auf. Die ein- und zweidimensionale Echokardiographie ermöglicht dem Geübten die Beurteilung einer Beeinträchtigung der Ventrikel-funktion durch die koronare Herzkrankheit und vermittelt wichtige aktuelle Verlaufsinformationen. Die relativ einfache, ohne größeren technischen Aufwand (ohne Röntgendiagnostik) durchführbare Einschwemm-katheteruntersuchung ist ein komplikationsarmes, semi-invasives funktionsdiagnostisches Verfahren, das zwischen der einfachen Ergometrie und der Koronarangiographie zur Beurteilung des Druckverhaltens im kleinen Kreislauf unter Belastungsbedingungen eingeschaltet wird. Auch die Myokardszintigraphie mit Thallium-201 und die Radionuklid-Ventrikulographie bzw. — angiokardiographie mit Technetium-99m stel-

len Bereicherungen der nicht-invasiven Diagnostik dar und erleichtern die Indikationsstellung zur Koronarangiographie und Ventrikulographie. Letztere invasive Untersuchung sollte durchgeführt werden

1. bei therapierefraktärer Angina pectoris bzw. bei unbefriedigender Ansprechbarkeit des Infarktpatienten auf die Rehabilitationsmaßnahmen,
2. bei therapierefraktärer Linksherzinsuffizienz und lebensbedrohlichen (ventrikulären) Arrhythmien sowie bei Embolieneigung (Herzwandaneurysma?) und
3. zwecks prognostischer Abschätzung der koronaren Herzkrankheit speziell bei Patienten im Alter unter 40 Jahren.

Die invasiven Verfahren, wie Herzkatheteruntersuchungen, Ventrikulo- und Koronarangiographien, sind aus gutachterlichen Gründen allein kaum ärztlich zu rechtfertigen. Auch ist ein „Leistungsdenken in Wattzahlen“ als Methode zur Prüfung körperlicher Belastbarkeit kaum mit Bedingungen gleichzusetzen, die in der Berufswelt mit ihrem Umfeld existieren. Allerdings wurden für eine Reihe von Berufen die kardialen Belastbarkeiten am Arbeitsplatz durch arbeitsmedizinische Untersuchungen zwischenzeitlich abgeklärt, so daß eine gute Abschätzung möglich ist. Der Erfolg einer Rehabilitationsbehandlung nach dem Infarkt läßt sich an sozialmedizinischen, pathophysiologischen und psychosomatischen Funktionen beurteilen. Die frühzeitige Wiederaufnahme der Berufs- und Erwerbstätigkeit hängt entscheidend von dem nahtlosen Übergang aus dem Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik (AHB), von der Einhaltung der Empfehlungen des Rehabilitationsarztes zur Beendigung der Arbeitsunfähigkeit nach Klinikentlassung durch den Hausarzt und von der Einstellung des Infarktpatienten zu seiner beruflichen Tätigkeit sowie zu seiner Infarkterkrankung ab.

*Privatdozent Dr. G. Rettig,
Homburg:*

Überwachung und Behandlungsbedürftigkeit von Herzrhythmusstörungen

Grundsätzlich ist eine Herzrhythmusstörung behandlungsbedürftig, wenn sie das subjektive Befinden erheblich stört, hämodynamisch wirksam und

prognostisch bedeutsam ist. Die subjektive Palpitation gehört zu den häufigsten Symptomen, die den Patienten zum Arzt führen. Oft wird nur ein verstärktes oder beschleunigtes Herzklopfen angegeben, ohne daß eine echte Herzrhythmusstörung vorliegt. Bevor man sich zu einer spezifisch-antiarrhythmischen Behandlung entschließt, sollte man sich über folgende Fragen Rechenschaft ablegen:

- Besteht eine reproduzierbare, zeitliche Korrelation zwischen nachgewiesener Rhythmusstörung und subjektiver Symptomatik?
- Lassen sich extrakardiale Störungen erfassen, die an der Auslösung und Unterhaltung einer Arrhythmie beteiligt sein können?
- Besteht die Möglichkeit, den Patienten von der Harmlosigkeit seiner Rhythmusstörung zu überzeugen bzw. durch Allgemeinmaßnahmen die Aufmerksamkeit von der Störung abzuwenden?
- Stehen Nutzen und Risiko einer antiarrhythmischen Behandlung in einem vernünftigen Verhältnis zueinander?

Rhythmusstörungen können zu verschiedenen klinischen Manifestationen hämodynamischer Beeinträchtigung führen (als Folge eines verminderten Auswurfvolumens mit reduzierter Perfusion des zentralen, koronaren oder großen Kreislaufes oder durch ungenügende Ventrikelfüllung im Rahmen einer Tachykardie mit nachfolgender Lungenstauung). Das Ausmaß der hämodynamischen Störung und damit auch die Dringlichkeit des therapeutischen Eingreifens ist einer erheblichen Variabilität unterworfen und hängt ab von der Ventrikelfrequenz, dem koronaren und zerebralen Gefäßstatus sowie der kontraktiven Myokardfunktion.

Eine weitere Behandlungsbedürftigkeit von Herzrhythmusstörungen besteht dann, wenn wir in dieser eine prognostische Potenz zu erkennen glauben, d. h., eine zunächst asymptomatische Rhythmusstörung als Vorläufer oder Indikator gravierender lebensbedrohlicher Arrhythmien anzusehen ist. Dabei stehen die Bewertung und Behandlungsnotwendigkeit ventrikulärer Extrasystolen unter dem Gesichtspunkt des plötzlichen Herztodes nach wie vor im Zentrum einer sehr kontroversen Diskussion. Das diesbezügliche Risiko dürfte im wesentlichen abhängen von der Art der Rhythmusstörung,

dem Vorhandensein der Natur der kardialen Grunderkrankung und der kontraktiven Funktion der linken Herzkammer.

Die Beurteilung des Schweregrades der Rhythmusstörung selbst folgt heute noch überwiegend, trotz mancher Schwächen, der Klassifizierung nach Lown: Danach werden die Schweregrade I und II (monomorphe ventrikuläre Extrasystolen jedweder Häufigkeit) als prognostisch wenig bedeutsam eingestuft, während die Schweregrade III bis V (multiforme und repetitive Extrasystolen wie Paare und Salven bzw. ventrikuläre Tachykardien sowie das R- auf T-Phänomen) als komplexe oder maligne ventrikuläre Rhythmusstörungen aufgefaßt werden. Für die Beurteilung ist grundsätzlich die Kenntnis der kardialen Grunderkrankung und ihrer funktionellen Folgen erforderlich. Komplexe ventrikuläre Rhythmusstörungen der Schweregrade III bis V (spontan oder durch Belastung provozierbar) kommen gelegentlich auch bei klinisch gesunden Individuen vor!

Während Rhythmusstörungen der Schweregrade I und II meist nur antiarrhythmisch zu behandeln werden brauchen, ist bei den Schweregraden III bis V eine sorgfältige Abklärung mit nicht-invasiven Verfahren (Echokardiographie, Radionuklidangiographie) bzw. Myokardszintigraphie erforderlich. Bei ventrikulären Tachykardien sind Herzkatheteruntersuchungen und Koronarangiographien in der Regel nicht zu umgehen. Ergeben sich bei all diesen Untersuchungen normale Befunde, so ist aus rein prognostischer Indikation meist keine spezifisch antiarrhythmische Behandlung gerechtfertigt (im Gegensatz zur Meinung anderer Autoren).

Anders liegen die Verhältnisse bei einer organischen Herzkrankheit und den hierbei auftretenden Rhythmusstörungen. Hier können z. B. ventrikuläre Arrhythmien die Gefahr eines plötzlichen Herztodes signalisieren. So bilden komplexe ventrikuläre Rhythmusstörungen in der Postinfarktphase ein signifikantes Risiko zu einem plötzlichen Herztod während der darauf folgenden Jahre.

Referent:

*Dr. med. A. Paetzke, Parkstraße 27, 8501
Schwaig*

(Schluß folgt)



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Psychomotorischer Erregungszustand

Der Notfall: Akute Psychose

bearbeitet von Professor Dr. med. Walter Schmitt, Saarbrücken

Symptomatik:

Oft ohne erkennbaren äußeren Anlaß, vielfach auch für nächste Angehörige oder Bezugspersonen überraschend einsetzender Zustand offenbar sinnloser motorischer Entäußerungen; oft gefährliche Aggressionshandlungen gegen Dritte — wobei selbst engste Bezugspersonen nicht verschont bleiben — und gegen sich selbst. Schwere Selbstverstümmelungen (z. B. Kastration, Amputationen, lebensgefährliche Organverletzungen) und mitunter ausgesprochen „grausame“ Selbsttötungsversuche sind möglich. Unmotiviertes Schreien, Weinen, Lachen im Wechsel; sofern verbale Äußerungen akustisch zu verstehen sind, spiegeln sie Ängste (Verfolgung! Vernichtung!) wider, die durch Hören von Stimmen oder durch Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten unterhalten bzw. verstärkt werden. Der erregte Kranke ist „übermäßig wach“ (Hypervigilanz), er verfügt u. U. über große perzeptive Genauigkeit; der Zustrom sensorischer Informationen ist erweitert; da die Selektionsfähigkeit gestört ist, wird der Kranke von den aus der Umgebung auf ihn einströmenden Reizen überwältigt und reagiert darauf mit verzweifelter Gegenwehr („Spirale ohne Ende“). Plötzlicher Umschlag in Stupor (s. dort) möglich.

Anamnese:

Der Kranke reagiert auf Fragen zur Anamnese nicht oder inadäquat. Betroffen werden kann von der Pubertät bis ins Senium jedes Lebensalter. Bei älteren Patienten lassen sich häufig ähnliche psychotische Ereignisse in der Vorgeschichte nachweisen. Von den Bezugspersonen kann fast immer ein „dramatischer“ Auslöser genannt werden; pathogenetisch beteiligt sind jedoch ausnahmslos mehrere, kaum vollständig eruierbare, körperliche (biochemische und organische) Faktoren und seelische, emotional traumatisierende Erlebnisse (dazu gehören Unterstimulation durch stereotyp eingeengten Lebensbereich ebenso wie Überstimulation durch affektives Überengagement der Umgebung). Nicht zu vergessen sind Medikationsfehler (Wechsel des Präparates, inkompatible Zusatzrezepturen, Dosierungsänderungen, Absetzeffekte!). Schließlich ist davon auszugehen, daß die verschiedenen Formen psychischen Krankseins genetisch determiniert („offenes genetisches Programm“) sind; deshalb nach seelischen Auffälligkeiten in der Familie fragen!

Sofortdiagnostik:

Eine körperliche Untersuchung wird in der Regel an der Gegenwart des Kranken scheitern, obwohl zum diagnostischen Ausschluß einer körperlich begründbaren Psychose die Erhebung des Status somaticus dringend erforderlich wäre. Durch Befragen der Angehörigen können wichtige Details abgeklärt werden: Schmerzen oder Störungen in Organbereichen, Fieber, Durchfälle, Blutungen, Erbrechen etc. können Hinweise auf eventuelle körperliche Grundlagen der akuten Psychose geben. Da in erster Linie die Dämpfung bzw. Beseitigung des Erregungszustandes (Gefahr des Zusammenbruchs des vegetativen Regulationssystems; Herz-Kreislaufversagen!) anzustreben ist, kann ggf. die erforderliche somatische Diagnostik später nachgeholt werden.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Sicher, bestimmt, aber ruhig auftreten; nicht belehren, nicht beschwichtigen, insbesondere nicht drohen (z. B. mit Zwangselnweusung oder Polizei)! Keine Täuschungsversuche, die der Kranke ohnehin rasch durchschaut. Sich als Arzt vorstellen, Hilfe anbieten, Gespräch zur Klärung der Erregung versuchen, um Vertrauen bitten. Dem Kranken nie den Rücken zuwenden, immer offen ins Gesicht sehen! Nicht provozieren! Freiheitsbeschränkung und Zwang nur als ultima ratio bei Gefahr im Verzug. Immer bedenken, es handelt sich um einen schwerkranken Menschen; daher Polizei (Schlagstock, Handschellen!) möglichst fernhalten. Krankenpfleger (DRK, Feuerwehr, etc.) sind eher im Umgang mit psychisch Kranken geübt. Ist eine medikamentöse Ruhigstellung erforderlich, dann keine Opiate oder Barbiturate. Mittel der Wahl: hochpotente Neuroleptica, u. U. kombiniert mit Tranquillizern. Die intravenöse Applikation gelingt bei akut Erregten gewöhnlich nicht; die meisten Präparate sind auch im. zu verabreichen, die dämpfende Wirkung kann dann abgewartet werden.

Empfehlenswerte Rezepturen: *Haldol*® 5 mg iv. bzw. 5–10 mg im.; *Valium*® 10–30 mg iv. oder im., bei Bedarf auch *Haldol*® und *Valium*® kombiniert. Sogenannter lytischer Cocktail: *Megaphen*® 100 mg + *Atosil*® 100 mg + *Dofantin*® spezial 100 mg als Mischspritze im. in zwei Portionen. *Neurocil*® 50–300 mg im. (rasche Sedierung; cave: Kollapsgefahr!). — *Taractan*® oder *Truxal*® 100 mg im.

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

Die oben geschilderten, mit dem Erregungszustand verbundenen Gefahren für den Kranken selbst und für die Umgebung stellen an sich eine absolute Indikation für eine Klinikeinweisung dar. Hinzu kommt, daß auf momentane Beruhigung und evtl. Versprechungen des Kranken, sich ruhig zu verhalten, nicht vertraut werden kann.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Sofern es nicht möglich ist, vom Patienten das Einverständnis für eine Klinikeinweisung zu erhalten, kann diese auch gegen seinen Willen nach den (in den Bundesländern unterschiedlichen) gesetzlichen Bestimmungen geschehen. In der Regel können die Formalitäten notfalls innerhalb der ersten 24 Stunden nachgeholt werden.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Psychomotorische Erregungszustände sind diagnostisch „unspezifisch“. Obwohl es primär um die Dämpfung der Unruhe geht, sind wegen möglicher Inkompatibilitäten einige differentialdiagnostische Überlegungen notwendig: Erregungszustände bei akutem Alkoholrausch (Hinweis: Foetor alcoholicus! Vorgeschichte!): keine Tranquillizer, keine Barbiturate, keine Opiate wegen Gefahr der Potenzierung, der zentralen Atemlähmung und des Kreislaufkollapses; Mittel der Wahl: hochpotente Neuroleptica, z. B. *Haldol*® 5–10 mg im. — Intoxikationspsychosen (Schlafmittel, Schmerzmittel, Appetitzügler, Rauschgifte, Drogen): auch hierbei keine Barbiturate, keine Opiate; am ehesten *Haldol*®. — Akute organische Hirnschädigung (Schädelhirntrauma, entzündliche Erkrankungen des ZNS, Blutungen, raumfordernde intracraniale Prozesse): differentialdiagnostisches Kriterium ist hierbei in der Regel die Bewußtseinstrübung und die Orientierungsstörung sowie die Vorgeschichte. Medikamentöse Ruhigstellung zum Beispiel mit *Taractan*®, *Truxal*® 50–100 mg im.

Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1981

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 vorgeschriebenen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1981 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebenen Zusammenfassung und den sich daraus ergebenden Schlußfolgerungen:

1.

Im Jahre 1981 gab es in Bayern 126 541 Schulabgänger unter 18 Jahren, wovon 122 745 in das Berufsleben eintraten. Von der Kassenärztlichen Vereinigung wurden 120 951 – davon 111 989 statistisch auswertbare – Erstuntersuchungen abgerechnet. Wegen statistisch nicht erfaßter Umstände, wie z.B. Übertritt in weiterführende Schulen und Auswirkungen des Berufsgrundschuljahres, läßt sich aus dem Vergleich der Gesamtzahl der Berufsanfänger mit der Zahl der abgerechneten Untersuchungsbögen die Beteiligung an der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nur sehr bedingt ablesen. Diese Relation hat keinerlei Aussagekraft.

2.

Im Berichtsjahr wurden 85 074 Jugendliche nachuntersucht. Damit blieben die Nachuntersuchungen hinter den Erstuntersuchungen von 1980 – 125 115 – nicht ganz so weit zurück wie im Jahr davor. Irgendwelche bedeutsamen Rückschlüsse auf die Beteiligung an den Nachuntersuchungen können daraus dennoch nicht gezogen werden, weil eine größere Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin das 18. Lebensjahr vollendet hatte und damit nicht mehr zu den Untersuchungspflichtigen zählte. Die Einbeziehung der weiteren Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG) in dieses Zahlenmaterial hat auf das Ergebnis keinen wesentlichen Einfluß. Die Zahl der weiteren Nachuntersuchungen in diesem Jahr ist mit 756 ungefähr um die

Hälfte niedriger als im Vorjahr, jedoch auch wesentlich höher als 1979 (92).

3.

Der prozentuale Anteil derjenigen Erstuntersuchten, die ärztlicher Behandlung bedurften, ist nach einem Maximum – etwa 14,5% in den Jahren 1971 bis 1973 – seit 1974 laufend zurückgegangen. Der jeweilige Anteil betrug 1974 13,4% (zahnärztliche Behandlung 7,2%), 1975 12,9% (6,5%), 1976 11,5% (6,2%), 1977 10,5% (5,6%), 1978 9,2% (4,8%), 1979 8,3% (4,8%), 1980 7,3% (4,4%), 1981 6,8% (3,9%).

Bei den Nachuntersuchten ergaben sich diesbezüglich folgende Zahlen: 1974 12,3% (zahnärztliche Behandlung 7,3%), 1975 12,1% (6,8%), 1976 10,5% (6,1%), 1977 9,5% (5,7%), 1978 8,5% (5,0%), 1979 7,7% (4,5%), 1980 6,9% (4,3%), 1981 6,3% (4,0%).

Bei den Gefährdungsvermerken, die zu Beschäftigungsverboten führten, hält bei den Erstuntersuchten die 1980 beobachtete Reduzierung auch 1981 an. Gegenüber dem Vorjahr ist eine Abnahme von genau 1 Prozentpunkt eingetreten. Bei den Nachuntersuchten beträgt die Reduzierung gegenüber 1980 0,5 Prozentpunkte.

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1973	23,9 %	22,0 %
1974	21,9 %	20,4 %
1975	20,3 %	16,8 %
1976	18,7 %	16,0 %

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
--	-----------------	-----------------

1977	16,8 %	14,5 %
1978	17,2 %	14,7 %
1979	17,8 %	14,3 %
1980	17,5 %	14,1 %
1981	16,5 %	13,6 %

4.

Die vor Eintritt in das Erwerbsleben überstandenen Krankheiten haben mit Einflüssen der Arbeitswelt nichts zu tun und dienen, ebenso wie die zwischen Erst- und Nachuntersuchung aufgetretenen Krankheiten und Operationen, lediglich der Bestandsaufnahme. Die Unfälle der Nachuntersuchten sagen mehr aus, ist doch ein nicht unwesentlicher Anteil sicherlich den betrieblichen Verhältnissen zuzuschreiben bzw. der mangelhaften Anpassung des Jugendlichen an die Gefahren am Arbeitsplatz. Nach wie vor liegt hier das Maximum mit 13,3% (1980 13,1%) bei den 16jährigen: es folgen die 17jährigen mit 12,6% (13,0%), die 15jährigen mit 9,8% (10,2%) und an letzter Stelle die 14jährigen mit 5,0% (2,2%), wobei angesichts des auffallenden Anstiegs der Prozentzahl bei den 14jährigen darauf hinzuweisen ist, daß in dieser Altersgruppe starke Schwankungen der Unfallzahlen auftreten: 1973 5,5%, 1974 11,1%, 1975 2,9%, 1976 7,1%, 1977 10,0%, 1978 8,2%, 1979 9,9%, 1980 2,2%. Ansonsten ist der Altersgang in der oben angegebenen Weise bereits seit Beginn der statistischen Erhebungen zu beobachten.

5.

Was die gesundheitlichen Bedenken gegen die Fortführung der bisherigen Arbeit anbelangt, so war die Tendenz ab 1973 (0,6%) zunächst fallend: 1974, 1975 und 1976 je 0,5%, 1977 0,4%, seither stillstehend 1978, 1979, 1980 und 1981 0,4%.

Folgende Beschäftigungsverbote stehen unverändert im Vordergrund:

(Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = vom Hundert der Gefährdungsvermerke; Zahlen von 1980 in Klammern)

	EU %	NU %
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	45,1 (42,9)	49,2 (45,7)
– schwere (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	36,8 (39,0)	30,8 (33,7)

– häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	21,5 (22,4)	19,2 (20,8)
– Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	5,6 (6,1)	5,3 (6,3)
– Arbeiten im Stehen	4,5 (4,4)	4,3 (4,9)

Auffällig ist hier ein weiterer deutlicher Anstieg der Beschäftigungsverbote wegen Minderung der Sehkraft. Bei den Erstuntersuchten gehen die meisten Gefährdungsvermerke auf Einschränkungen des Sehvermögens zurück, während bei den Beschäftigungsverboten die Minderbelastbarkeit des Skeletts und der Muskulatur an erster Stelle steht. Ähnlich verhält es sich bei den Nachuntersuchten. Dort folgen den an der Spitze stehenden Sehstörungen Skelettveränderungen und schwache Muskulatur, d.h. also Minderbelastbarkeit des Stütz- und Bewegungsapparates.

6.

Die Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder anderen Formen körperlicher Ertüchtigung decken sich nahezu mit denen vom Vorjahr.

	EU %	männl. %	weibl. %
1973	53,4	62,0	44,4
1974	54,7	63,3	45,2
1975	54,5	63,0	45,3
1976	54,8	61,0	38,9
1977	55,6	63,3	46,3
1978	53,7	62,0	45,0
1979	50,9	58,0	43,0
1980	52,9	59,4	45,7
1981	52,9	59,4	45,8

	NU %	männl. %	weibl. %
1973	40,0	51,1	27,3
1974	39,2	50,1	26,6
1975	39,2	49,3	27,0
1976	39,0	48,4	27,7
1977	38,8	47,6	27,8
1978	36,2	44,9	25,5
1979	34,2	42,4	24,8
1980	34,6	42,8	24,9
1981	35,0	42,0	26,6

Der hier schon wiederholt ergangene Appell an Eltern, Meister, Betriebsärzte und andere Bezugspersonen, die Motivation zu sportlicher Betätigung der Jugendlichen zu aktivieren, ist nach wie vor aktuell.

Personalia

Goldenes Doktorjubiläum und Promotion zum Dr. phil.

Dr. med. Herbert Schwarz, Internist, Kapuzinerstraße 8/1, 8000 München 2, konnte am 1. März 1983 sein 50jähriges Doktorjubiläum feiern.

Außerdem wurde ihm 1983 wegen seines Wissens über die Heereskunde der Dr. phil. verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Professor Dr. med. Erich Kugel, Chefarzt i.R., Grafstraße 1/8, 8025 Unterhaching;

Dr. med. Bruno Müller, Allgemeinarzt, Heinrichsdamm 41 a, 8600 Bamberg.

Professor Dr. med. Joachim Robert Kalden, Direktor des Instituts und der Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, und Professor Dr. med. Karl-Günther Ober, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 21/23, 8520 Erlangen, wurden vom Senat der Deutschen Forschungsgemeinschaft zunächst für drei Jahre in die Kommission für Krebsforschung gewählt.

Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, Vorstand des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, Barbarastraße 16, 8000 München 40, wurde in das Research Committee des Internationalen Light and Health Research Council, London, gewählt.

Privatdozent Dr. med. Eberhard Volger, I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde für seine Arbeit „Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Rheologie des Blutes bei kardiovaskulären Erkrankungen und deren Risikofaktoren“ mit dem Albert-Knoll-Preis ausgezeichnet.

in memoriam

Dr. Schleußner †

Dr. med. Armin Schleußner, Wunsiedel, ist am 26. Februar 1983 verstorben.

Dr. Schleußner war 15 Jahre Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes „Sechsamterland“, von 1971 bis 1975 Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken und von 1967 bis 1975 Vorsitzender der Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Wegen seiner besonderen Verdienste wurde ihm das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und die Ehrenmedaille in Silber des Landkreises Wunsiedel verliehen.

Wir werden dem Kollegen stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Fakultäten

Ehrendoktorwürde für Dr. von Elmenau

Die Medizinische Fakultät der Universität Würzburg verlieh dem langjährigen Leiter der Hochschulabteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, Ministerialdirigent a. D. Dr. jur. h. c., Dr. med. vet. h. c. Johannes von Elmenau, Heilmannstraße 29, 8000 München 71, die Ehrendoktorwürde.

München – Technische Universität

Dr. Gerhard Schlund, Richter am Oberlandesgericht München, wurde zum Honorarprofessor für Arztrecht bestellt.

Privatdozent Dr. med. Hans Selmaier, Chefarzt der Klinik Wartenberg, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde: Dr. med. Sabine Jelen-Esselborn für Anästhesiologie; Dr. med. Helmut Lindner für Radiologie; Dr. med. Werner Lothar Mang für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Dr. med. Jost Heinsius von Mayenburg für Dermatologie und Allergologie; Dr. med. Rolf Rüdiger Olbrisch für Plastische Chirurgie.

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen
mobilisiert den Lymphstrom

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg. (Cumaringehalt 5 mg), Rutin 25 mg, 1 Ampulle zu 2ml/5 ml enthält Extr. Melilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumaringehalt 3 mg/7,5 mg), Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg/125 mg. 1 Depotdragee enthält: Cumarin 15 mg, Troxerutin 90 mg. 100 ml Liniment enthalten: Extr. Melilot. stand. 50 ml (Cumaringehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet. Schaper & Brümmer Salzgitter - Ringelheim

Dosierung: Venalot®-Depot: 3 × täglich 1 - 2 Dragées. Venalot®-Kapseln: 3 × täglich 1 - 2 Kapseln. **Parenteral:** 2 - 5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Depot-Dragees: 20 St. (N 1) DM 15,75, 50 St. (N 2) DM 34,-, 100 St. (N 3) DM 60,20, AP 500 St. Kapseln: 50 St. (N 2) DM 17,40, 100 St. (N 3) DM 31,50, AP 500 St. Ampullen: 5 × 2 ml DM 9,36, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 18,84, 10 × 5 ml DM 29,45, AP 100 × 5 ml. Liniment: 40 ml DM 8,95, 70 ml DM 13,90, AP 400 ml. (Stand: Dezember 1982)



Schaper & Brümmer

3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rahau, Lkr. Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:
1 Augenarzt

Hof/Saale:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Chirurg

Kronach:
1 Chirurg

Bamberg:
1 Hautarzt

Bayreuth:
1 Hautarzt

Coburg:
1 Hautarzt

Kulmbach:
1 Hautarzt

Wunsiedel:
1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Kinderarzt

Hof/Saale:
1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Mittelfranken

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/Krottenbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stein b. Nürnberg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt (Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach/Feuchtwangen:
1 Augenarzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-528.

Unterfranken

Mömbis, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

Karlstadt oder Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Chem:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Chem:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Kinderarzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Heutarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Lkr. Kelheim:
1 Nervenarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Heutarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9,
8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Thierhaupten-Unterbeer, Lkr. Augsburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenarzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Nervenarzt

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

30. April 1983

25. Juni 1983

24. September 1983

26. November 1983

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 22. April, 17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,- ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

„Koalition der Mitte“

Das Wahlergebnis hat viele Aspekte. Die wichtigsten seien vorab genannt: Der Wähler hat die „Koalition der Mitte“, die im September letzten Jahres unter so schwierigen politischen Bedingungen zustande kam, andrucksvoll bestätigt und damit zugleich für die soziale Marktwirtschaft und die Bindung der Bundesrepublik an das westliche Bündnis votiert. Die Bürger haben ein erstaunliches Maß an politischer Reife und demokratischer Fairness bewiesen. Das Wahlergebnis rechtfertigt im Nachhinein die Entscheidung für Neuwahlen, auch wenn der Weg dahin verfassungspolitisch fragwürdig war. Die Bundesregierung hat nach Jahren der politischen Agonie und Stagnation wieder eine handlungsfähige Mehrheit. Das schafft politische Stabilität, ohne die es keinen wirtschaftlichen Aufschwung geben kann.

Dieser Bewertung werden auch Sozialdemokraten zustimmen können, auch wenn sie der Wähler auf die Oppositionsbänke verbannt hat. Das ist für machtgewohnte und nach Macht strebende Politiker bitter. Aber das könnte den Sozialdemokraten die Erkenntnis vermitteln, den Verlust der Macht weithin selbst verschuldet zu haben. Politischer Übermut, ideologische Verblendung und die Unfähigkeit, die Wirklichkeit dieser Welt und die Wünsche der Bürger zu erkennen, haben zum Sturz in den politischen Abgrund beigetragen. Ob Vogel der Mann ist, die SPD aus dem politischen Tal herauszuführen, erscheint nach Wahlkampf und Wahlergebnis doch recht zweifelhaft.

Für die künftige politische Orientierung der Parteien ist es wichtig zu wissen, wie das erstaunliche Ergebnis zustande kam. Die F.D.P. hat es nach einer „Zitterpartie“ geschafft, ausreichend Wähler aus dem selbständigen und unselbständigen Mittelstand mit Hilfe der Zweitstimme zu halten. Das dürften weithin jene Wähler sein, die der F.D.P. 1980 über die 10-Prozent-Grenze halfen. Die Abwanderung der Links-Liberalen zur SPD und den „Grünen“ hat damit nicht zu der von der SPD gewünschten Verdrängung der F.D.P. aus dem Bundestag geführt. Die Lamsdorff-Wähler haben die F.D.P. gerettet. Das sind jene Wähler, die Strauß 1980 entweder nicht wollten oder ihm keine Chance gaben. Sie haben damals F.D.P. gewählt, um die SPD zu bremsen; sie haben diesmal F.D.P. gewählt, um

die von der Union geführte Regierung zu sichern und zu stabilisieren. Das bindet die F.D.P. an die Union, gewiß für eine Legislaturperiode, wehrscheinlich aber auch länger. Strauß sieht dies, und er reizt seine Karte aus. Wie weit er mit seinen personellen und sachlichen Forderungen gehen wird, war am Tag nach der Wahl noch nicht abzuschätzen. Kommt er oder kommt er nicht? Dieses Rätsel kann nur Strauß selber lösen. Sicher ist nur, daß Strauß sein Ziel, Außenminister in einer Allein-Regierung der Union zu werden, knapp verfehlt hat. Die „Grünen“ haben ihm einen Strich durch die Rechnung gemacht. Wären sie an der 5-Prozent-Hürde gescheitert, so wäre Strauß mit Sicherheit beim Erscheinen dieses Beitrages Vizekanzler und Außenminister zugleich. Nur wer die vielen Facetten dieses Vollblutpolitikers nicht kennt, könnte dies für ein Unglück halten. In der Verantwortung hat Strauß noch immer behutsam, eher zögerlich agiert.

Trotz seines neuerlichen nahezu unglaublichen Wahlerfolges ist seine politische Position eher schwächer geworden. Zwar kann niemand mehr gegen die Union regieren, aber die Union kann auch nicht ohne die F.D.P. regieren. An der Kanzler-Mehrheit fehlen ihr sechs Stimmen. Auch hat die Wahl Helmut Kohl unbestritten zum Spitzenmann der Union gemacht. Strauß kann das nicht ignorieren, zumal in der CSU-Landesgruppe in Bonn nicht wenige sitzen, die Strauß lieber in München als in Bonn sähen. Wenn Kohl sein Prestige nicht selbst verwirtschaftet, wird er sich gegen Strauß behaupten können.

Der Wahlsieg der Union ist freilich nicht nur das Verdienst von Kohl und Strauß. Politiker wie Stoltenberg, Blüm und Gäßler heben ihren Anteil daran. Stoltenberg hat im Norden Resonanz gefunden, Blüm weithin im Arbeitnehmerlager. In Nordrhein-Westfalen ist die CDU wieder zur stärksten Partei geworden, weil der SPD die qualifizierten Arbeitnehmer davongelaufen sind, die nichts von rot-grünen Kombinationen halten. Die Union ist zumindest in dieser Wahl die Partei der Facharbeiter gewesen. Das dürfte nicht ohne Folgen für ihre politische Linie bleiben. Noch ist nicht klar, wie sich die Gewichte innerhalb der Union entwickeln werden. Sicher erscheint nur, daß Blüm an politischer Statur und an

politischem Einfluß gewonnen hat. Wenn aber erst einmal CSU und F.D.P. im Rahmen des neuen politischen Bündnisses ihre Vergangenheit bewältigt haben, so könnte sich herausstellen, daß sie in der Wirtschafts-, Finanz- und Sozialpolitik näher bei einander liegen als CDU und CSU.

Die Sozialpolitik dürfte auf absehbare Zeit mehr von den mißlichen wirtschafts- und finanzpolitischen Daten geprägt sein als von den handelnden Politikern. Der Handlungsspielraum ist gering. Es muß weiter konsolidiert werden. Dennoch bleibt es interessant, wer in der neuen Legislaturperiode die Sozialpolitik gestalten wird. Die Positionen in den Fraktionen sind noch nicht verteilt. Dennoch zeichnen sich gegenüber der Zeit vor der Wahl keine größeren Veränderungen ab. Für die SPD sind wiederum Glömbig, Egart, Lutz, Jaunich und die Exminister Anka Fuchs und Ehrenberg in den Bundestag gekommen. Auch bei der Union findet man die bekannten Namen wieder vor: Blüm, Franke, Voigt, George, Kroll-Schlüter, Faltlhauser und aus dem ärztlichen Lager Hanna Neumeister und Karl Ernst Becker. Bei der F.D.P. hinterläßt der eigenwillige Schmidt (Kempten) eine Lücke, die möglicherweise Frau Adam-Schwätzer schließen könnte, sofern ihr das Amt des Generalsekretärs Zeit dafür läßt. Der erste Sprecher der F.D.P. in der Sozialpolitik wird Cronenberg sein, ein Lamsdorff-Mann, der bislang stellvertretender Fraktionsvorsitzender war.

Die Probleme der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens dürften zunächst nicht im Vordergrund stehen, es sei denn, es käme zwischen Blüm und Gäßler zum Streit über die Verteilung der Kompetenzen. Dieser Streit kündigte sich schon vor einigen Monaten an, als Gäßler wissen ließ, daß er nach der Wahl für die Krankenversicherung zuständig werde. Blüm hat sich damals nicht austricksen lassen. Die Frege muß also jetzt entschieden werden. Besorgt ist der Minister über die Entwicklung der Ausgaben für die stationäre Behandlung. Hier will er aktiv werden. Kürzere Verweildauer und Bettenabbau heißt seine Devise. Blüms „Sorgenkind“ bleibt die Rentenversicherung, deren liquide Mittel bestenfalls bis zum Jahresende reichen. Weitere Beitragserhöhungen drohen; die Aktualisierung der Renteneinpassung steht auf dem Programm. Vermögensbildung und Lebensarbeitszeit werden „heiße“ Themen sein.

Mit allen diesen Sachfragen haben die „Grünen“ nichts zu tun. Sie sehen sich als verlängerter Arm der Bürgerinitiativen im Parlament. Sie werden für Unruhe sorgen und sich wohl auch ins Absatts stellen. Das Parlament wird sich – vielleicht – an sie gewöhnen. Des hängt dann davon ab, wie friedfertig und gesittet sie sich benehmen.

bonn-mot

Primär-

Therapie*

1. Therapie banaler Infekte (bakteriell oder viral bedingt)

(Helbig, G.:
Med. Klin. 56, 1512-1514, 1961)

2. Begleittherapie bei notwendiger Antibiotikabehandlung

(Stolze, H. und Forth, H.:
zur Veröffentlichung eingereicht)

3. Therapie der temporären Abwehrschwäche

(Forth, H. und Beuscher, N.:
ZfA 57, 2272-2275, 1981)
Blunck, K. D.:
Publikation in Vorbereitung)

Zusammensetzung: 20 ml Esberitox liquid. enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1 = 5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1 = 5, Rad. Echin. ang. et purp. 1 + 13 ml Perc. 1 = 10; Apis mellif. D 4 2 ml, Crat. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Loches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Indikationen:** Esberitox wird eingesetzt zur Therapie akuter und chronischer Infekte (viral oder bakteriell bedingt) wie grippeartiger Infekt, Bronchitis, Angina, Laryngitis, Otitis, bakterielle Hautinfektionen. Therapie der Infektanfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche, Begleittherapie zu einer Antibiotika-Behandlung bei schweren bakteriellen Infekten. Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- und Zytostatika-Therapie. **Kontraindikationen:** Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind spezifische Nebenwirkungen bisher nicht aufgetreten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum 20 ml DM 6,70, 50 ml DM 13,80, 100 ml DM 21,35, AP 500 ml; Tabletten 50 St. 1N 2) DM 6,70, 100 St. 1N 3) DM 12,85, AP 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 9,50, AP 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 6,70, AP 100 St. IStand: Dezember 1982



Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Esberitox®

*Primär-Therapie

Wenn Sie mehr darüber wissen
wollen, fordern Sie
Esberitox-Literatur an.

Meldewesen neu gefaßt

Rechtzeitig für die Volkszählung am 27. April ist in Bayern ein neues Gesetz über das Meldewesen in Kraft getreten, dessen Vorschriften den Beamten mithelfen soll, die große Zählaktion zu bewältigen. Gegenüber der bisherigen Rechtslage wird in dem Gesetz das gesamte Landesmelderecht zusammengefaßt und umfassend neu geregelt. Bisher war es teilweise nur in Anweisungen an die Meldebehörden und Verwaltungsvorschriften niedergelegt. Mit dem Meldegesetz werden die Meldepflichten der Einwohner schärfer definiert und eine Mitwirkungspflicht des Vermieters festgelegt. Falsche Angaben auf Hotelmeldezettel sind künftig unter Strafandrohung gestellt. Ferner definiert das Gesetz den Begriff der Hauptwohnung nach objektiven Kriterien.

Die Anfänge des heutigen Meldewesens gehen in Bayern auf das Gesetz über Heimat, Verhehlung und Aufenthalt vom Jahr 1868 zurück. Darin wurde erstmals die Pflicht festgelegt, daß sich jeder Zuziehende binnen acht Tage bei der Ortspolizeibehörde zu melden habe. Das Meldewesen ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt. Die jeweiligen Landesgesetzgebungen ermächtigten in der Regel die örtlichen Stellen zum Erlaß entsprechender Vorschriften, so auch in Bayern, wo das Melderecht hauptsächlich in orts- und oberpolizeilichen Vorschriften enthalten war. Auch während der Weimarer Republik wurden Ansätze zum Erlaß reichseinheitlicher Regelungen nicht weiterverfolgt. Erst unter den Nationalsozialisten wurde eine Reichsmeldeordnung erlassen, die nach dem Zusammenbruch weiter gültig war, nachdem sie von kriegsbedingten und ideologisch beeinflussten Bestimmungen gesäubert worden war. Im November 1960 kam es dann aufgrund eines Entwurfes der Innenministerkonferenz zu einem Meldegesetz, doch ergaben sich Abweichungen gegenüber dem Recht der anderen Länder, insbesondere durch die Abschaffung der Nebenmeldepflicht des Wohnungsgebers. Das Gesetz zeichnete sich durch eine Liberalisierung der Meldepflichten

und Vereinfachungen für den Einwohner aus, ferner durch Bestimmungen über die Zusammenarbeit zwischen Melde- und anderen Behörden sowie über Auskunftserteilung. Auf dieser Grundlage hat sich das Meldewesen inzwischen von einem ursprünglich polizeilichen Spezialgebiet dahin entwickelt, daß die Melderegister nunmehr personenbezogene Daten zur Erledigung verschiedenster staatlicher Aufgaben bereitstellen.

Angesichts dieser veränderten Situation wurde im August 1980 ein bundeseinheitliches Melderechtsrahmengesetz erlassen, in dem sich die Länder verpflichten, die einzelnen Landesregelungen diesem Rahmengesetz anzupassen. Wie das jetzt vom Landtag verabschiedete Gesetz ist es geprägt von bereichsspezifischen Datenschutzvorschriften für das Meldewesen, die bisher nur im Bayerischen Datenschutzgesetz global geregelt waren. Darüber hinaus wird dem Gesichtspunkt der öffentlichen Sicherheit verstärkter Raum eingeräumt.

Gerade hieran entzündete sich die politische Diskussion. Nach dem neuen Gesetz muß ein Wohnungswechsel innerhalb einer Woche bei der zuständigen Meldebehörde angezeigt werden. Der Vermieter oder Wohnungsgeber muß sich binnen zwei Wochen nach dem Einzug eines neuen Mieters davon überzeugen, daß der Mieter seiner Meldepflicht nachgekommen ist. Stößt er bei seinem Kontrollblick auf den Meldezettel auf unrichtige Angaben oder ist eine Anmeldung nicht erfolgt, so hat der Wohnungsgeber hierüber die Meldebehörde binnen 14 Tagen zu informieren, will er nicht Gefahr laufen, eine Geldbuße von bis zu 1000,- DM aufgebremmt zu bekommen. Mit einer ähnlich hohen Geldbuße muß künftig jeder rechnen, der bei der Anmeldung im Hotel seine Freundin als seine Ehefrau ausgibt. Beide Bestimmungen, die in der Zeit der Terroristenbekämpfung diskutiert worden waren, zogen denn auch den Spott der SPD auf sich: Einer ihrer Abgeordneten meinte, als ob jemals ein Terrorist wegen behörd-

licher Anmeldung oder Nichtanmeldung dingfest gemacht worden sei. Kurios erschien der Opposition auch die Regelung, daß Mitglieder von Reisegruppen mit zehn und mehr Personen von der Anmeldepflicht befreit sind, was mit der Rolle Bayerns als Fremdenverkehrsland erklärt wurde. Kritik wurde auch an der Bestimmung laut, daß die Meldebehörden künftig auch die Paß- und Personalausweisnummern erfassen, damit die Identität einer Person bei einer polizeilichen Kontrolle sofort zweifelsfrei geprüft werden kann. Hierzu müssen die Gemeinden der Polizei es ermöglichen, daß rund um die Uhr ein Zugriff auf Personendaten in den Meldebehörden möglich ist, wie es das Gesetz vorschreibt.

Eine weitere Regelung des neuen Gesetzes schreibt vor, daß ein Bürger mit mehreren Wohnungen eine Hauptwohnung anzugeben hat. Sie ist definiert „als die vorwiegend benutzte Wohnung eines Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd getrennt von seiner Familie lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen des Einwohners liegt“. In Zukunft ist es also nicht mehr möglich, durch einfache Erklärung gegenüber der Meldebehörde seinen Hauptwohnsitz zu bestimmen, um beispielsweise in den Genuß günstigerer Auto-Versicherungstarife zu kommen.

Ausnahmen von der Meldepflicht sieht das Gesetz für Einrichtungen der Erwachsenenbildung, für Heime, Jugendherbergen, Orden, Kongregationen und auch Berghütten vor. Bei den kirchlichen Einrichtungen sind nur solche Heime befreit, die unter der Leitung einer Religionsgemeinschaft stehen, die eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. Mit dieser Regelung will man den Mißbrauch durch sogenannte Jugendsekten entgegenwirken.

Ausführlich widmet sich das Gesetz den Schutzvorschriften. So ist es untersagt, daß die Meldebehörden Adressen an den Versandhandel, Versicherungen oder andere Unternehmen weitergeben. Sofern der Betroffene nicht widerspricht, darf dies nur an Parteien oder Wählergruppen geschehen. Darüber hinaus hat jeder Bürger das Recht, kostenfrei Auskunft über die über ihn gespeicherten Daten zu erlangen.

Michael Gscheidle

Satzung zur Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

vom 9. Dezember 1982

Aufgrund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Juni 1978 (GVBl S. 335), erläßt die Bayerische Versicherungskammer mit Zustimmung des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung folgende Satzung:

§ 1

Die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 9. Juni 1971 (GVBl S. 210), zuletzt geändert durch Satzung vom 30. November 1981 (GVBl S. 522), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 4 Satz 1 werden die Worte „im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt“ durch die Worte „im Bayerischen Staatsanzeiger“ ersetzt.

2. In § 5 Abs. 2 Satz 3 werden die Worte „aus der Pfalz“ durch die Worte „aus dem Land Rheinland-Pfalz“ ersetzt.

3. In § 8 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „aus der Pfalz“ durch die Worte „aus dem Land Rheinland-Pfalz“ ersetzt.

4. In § 9 Abs. 2 Nr. 12 wird am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 13 angefügt:

„13. die Aufstellung von Grundsätzen über die Beitragsfestsetzung aufgrund einer Schätzung (§ 24 Abs. 2 Satz 1).“

5. § 20 b wird aufgehoben.

6. § 22 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „Nach Vollendung des 55. Lebensjahres“ durch die Worte „Ab dem Kalenderjahr, welches der Vollendung des 55. Lebensjahres nachfolgt,“ ersetzt.

b) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die persönliche Beitragsgrenze für das Kalenderjahr, das der Vollendung des 55. Lebensjahres nachfolgt, entspricht dem Vomhundertsatz des

allgemeinen Jahreshöchstbeitrages, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem die Summe der Beiträge, welche für die unmittelbar vorhergehenden 10 Kalenderjahre entrichtet wurden, zur Summe der jeweiligen allgemeinen Jahreshöchstbeiträge steht.“

c) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Für die Kalenderjahre, die der Vollendung des 56. Lebensjahres nachfolgen, ist die persönliche Beitragsgrenze jährlich neu festzusetzen. Sie entspricht für jedes Kalenderjahr dem Vomhundertsatz des allgemeinen Jahreshöchstbeitrages, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem jeweils die Summe der Beiträge, die für die Kalenderjahre nach der Vollendung des 45. Lebensjahres entrichtet wurden, zur Summe der jeweiligen allgemeinen Jahreshöchstbeiträge steht; dabei darf der nach Satz 2 ermittelte Vomhundertsatz nicht überschritten werden.“

d) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

e) Nach Satz 5 wird folgender neuer Satz 6 angefügt:

„Die Entrichtung von Pflichtbeiträgen nach § 19 Abs. 3, § 20 Abs. 1 und § 20 a bleibt durch die Anwendung der Sätze 1 bis 5 unberührt.“

7. § 22 Abs. 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Auf Antrag des Mitglieds kann zur Vermeidung von Härten mit Zustimmung des Verwaltungsausschusses die persönliche Beitragsgrenze erhöht werden.“

8. In § 23 Abs. 4 Satz 1 und 6 Buchstabe c) werden jeweils die Worte „50. Lebensjahr“ durch die Worte „45. Lebensjahr“ ersetzt.

9. § 24 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Bestehen gegen die Richtigkeit von Einkommensangaben begründete Zweifel oder werden trotz Aufforderung nach § 18 Abs. 2 keine Einkommensangaben vorgelegt, so setzt die

Verwaltung den Beitrag aufgrund einer Schätzung fest.“

b) Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

c) Der bisherige Satz 4 wird Satz 2; das Wort „Einkommensschätzung“ wird durch das Wort „Schätzung“ ersetzt.

10. § 62 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Worte „(§ 22 Abs. 4)“ durch die Worte „(§ 22 Abs. 4 in der bis 31. 12. 1983 geltenden Fassung)“ ersetzt.

b) In Absatz 2 und 3 werden jeweils nach dem Wort „Beitragsgrenze“ die Worte „(§ 22 Abs. 4 in der bis 31. 12. 1983 geltenden Fassung)“ eingefügt.

c) Nach Absatz 3 wird folgender neuer Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die Bestimmungen über die persönliche Beitragsgrenze (§ 22 Abs. 4) in der ab 1. Januar 1984 geltenden Fassung gelten für Mitglieder, die am 1. Januar 1984 das 45. Lebensjahr bereits vollendet, jedoch das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, mit der Maßgabe, daß auf die geschuldeten Pflichtbeiträge, entrichteten freiwilligen Mehrzahlungen und versicherungstechnischen Alterszuschläge für die Zeit ab 1. 1. 1984 abzustellen ist.

Für Mitglieder, die am 1. Januar 1984 das 50. Lebensjahr vollendet hatten, gelten die Bestimmungen über die persönliche Beitragsgrenze (§ 22 Abs. 4) in der bis 31. 12. 1983 geltenden Fassung weiter.“

11. Nach § 71 wird folgender neuer § 72 eingefügt:

„§ 72

Für Mitglieder, die am 1. Januar 1984 das 45. Lebensjahr vollendet, das 50. Lebensjahr jedoch noch nicht vollendet hatten, endet das Ruhen der Beitragspflicht (§ 23 Abs. 4) mit Ablauf des 31. 12. 1983.“

§ 2

§ 1 Nrn. 6, 7, 8, 10 und 11 dieser Satzung treten am 1. Januar 1984 in Kraft; § 1 Nr. 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1982 in Kraft. Im übrigen tritt diese Satzung am 1. Januar 1983 in Kraft.

München, den 9. Dezember 1982

Bayerische Versicherungskammer

Dr. Rieger
Präsident

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen

Die Anlage zur Bekanntmachung über die Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen in der Fassung vom 1. Juli 1982 (AMBl. S. A 157 = StAnz. Nr. 28, S. 3) ist mit Wirkung vom 1. Januar 1983 geändert worden.

Diese geänderte Liste der ermächtigten Ärzte in Bayern wurde im „Bayerischen Staatsanzeiger“ vom 14. Januar 1983, Nr. 2, S. 5, und im Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 15. Januar 1983, Nr. 2, S. A 18, veröffentlicht.

Außerdem liegt die Liste bei allen Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden auf.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Lehrer

Die Bayerische Landesärztekammer wurde von einem Arzt darüber informiert, daß Schulen und Lehrkräfte verschiedentlich behandelnde Ärzte gebeten haben, eine Krankenschreibung über den ärztlicherseits für erforderlich erachteten Zeitraum hinaus vorzunehmen, um den Einsatz einer Aushilfskraft zu ermöglichen und um die Belastung des Kollegiums zu reduzieren.

Das Kultusministerium hat die Regierungen und die Ministerialbeauftragten gebeten, alle Schulen ihres Zuständigkeitsbereiches davon zu unterrichten, daß es einen schweren Verstoß gegen die Dienstpflichten darstellt, einen Arzt – aus welchen Gründen auch immer – darum zu bitten, ein Krankheitsattest für einen längeren Zeitraum auszustellen, als dies vom medizinischen Standpunkt aus gerechtfertigt wäre.

Stellt ein Arzt auf diesem Hintergrund ein unrichtiges Krankheitsattest aus, so bedeutet dies nicht nur einen Verstoß gegen § 12 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, sondern kann auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (§ 278 StGB, Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse). Für die betreffende Lehrkraft, die zum Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse anstiftet, wäre auch der Gebrauch derartiger unrichtiger Gesundheitszeugnisse strafrechtlich relevant.

Die Bayerische Landesärztekammer muß deshalb dringend an die Ärzteschaft appellieren, bei der Ausstellung von Gutechten und Zeugnissen entsprechend § 12 mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren, wobei nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen ist.

BLAK

Äskulap und Pegasus

Der UMEM-Kongreß 1982 in Ungarn

von Alfred Rottler

Die Fischer von Tihany 1982

Ohnegleichen sind die Fischer von Tihany seit Jahrhunderten; ihre Häuser sind heutigentags denkmalgeschützt, saubere geduckte Hütten mit Schilf gedeckt. Stets, wenn sich ein Fischschwarm herannahte, ließen sie alles stehen und liegen. Selbst vom Gottesdienst liefen sie weg und sprangen in ihre Boote.

So kam ich mir auf dem Welttreffen der Schriftstellerärzte vor, die von ihren Praxen aufbrachen, den Beruf im Stich ließen, um ein Fest zu veranstalten des Zuneigens zum Mitmenschen, des Hinwendens zum andern. Dazu waren sie ins westlichste Ostblockland, dem östlichsten des Westens gerelst.

Wie die Jünger vom Genezareth folgten wir zwar nicht dem Herrn und Heiland, liefen aber einer Heilsidee, nämlich der Sehnsucht nach Frieden

unter den Völkern nach. – Auch wir fischten. Nicht Zander, den köstlichen Fogasch, sondern Perlen der Poesie. Wir angelten nach Beifall, nach Komplimenten. Wir warfen unsere Netze aus nach seltener Freundschaft und fanden sie. Wir: Die neunzig Teilnehmer am aufrichtigen Zusammentreffen der Union mondiale des écrivains médecins, dem Kongreß der Gemeinsamkeit, haben Mitbrüder aus zehn Nationen erneut getroffen und neue dazugewonnen. – Vorteilhaft für die Veranstaltung erwies sich, daß der rührige, tüchtige, liebenswerte János Hankiss uns allesamt in dem 14stöckigen, modernen Gewerkschaftshotel am Strand untergebracht hatte. – Da wurde geschwommen, gesurft und gesegelt.

Die in den See hineinragende Tihany-Halbinsel ist ein Kleinod und beherrscht mit erhabener Schönheit

die liebliche Landschaft. Ihre Kirche grüßt von weit her. Dort drüben, jenseits der Lavendelfelder blühen im Frühjahr Mandelbäume hinter dem Grün des Röhrichts. Der Balatonzauber nimmt uns gefangen, er umarmt und streichelt uns. Schon die Römer haben sich hier wohlgeföhlt und Villen gebaut am Lacus Pelso.

Die Slawen nannten ihn Balaton, Sumpfland. Sein Wasser schlägt sanfte Wellen und schaukelt Boote, Bojen und Phantasie, welche viel mehr, viel weiter sieht als das Auge. Mondschein widerleuchtet darin und die Lichterketten des gegenüberliegenden Ufers spiegeln sich.

Eine wundervolle Exkursion führte uns in das Rheumabad Héviz (32° C) mit Sanatorium. Der Chefarzt begrüßte uns außer in der Landessprache auch in französisch, italienisch und deutsch.

Noch lebendigere Eindrücke hinterläßt ein anderer Ausflug zur Heimatstadt der Fischer von Tihany, zur Wahlheimat von Künstlern, Dichtern und Wissenschaftlern. — Ein Orgelkonzert (Bach, Liszt u. a.) war eine besondere Erbauung und ein unbestrittener Höhepunkt des Besuches. In der Barockabtei mit der wuchtigen frühromanischen Krypta besteht eine Stiftungsurkunde, ein schriftliches Sprachdenkmal. Im lateinischen Text sind ungarische Silben und Adverben eingestreut . . .

Die Pußta gibt es nicht mehr, auch nicht die Hortobágy bei Debrecen, wo die UMEM vordem tagte und wo wir die riesigen Pferdeherden staubaufwirbelnd ungestüm auf uns zu rasen sahen, voran die peitschenknallenden Hirten. Dennoch wurden wir Augenzeugen von gewagten Reiterspielen und ausgearbeiteten, ausgewogenen Gespannvorfürungen. An einem Gestüt empfängt uns der Gutsbesitzer (Besitzverhältnisse müßten erst geklärt werden) mit einem Willkommenstrunk, mit dem kräftigen Barack, dem Aprikosenschnaps. — Am Ziehbrunnen vorbei schreitet der Pastor seiner Herde voran. Pastor heißt Schäfer und seine Herde sind weidende Schafe, Lämmer und Schöpfe.

Vielleicht auch widerfährt es dir, süßer Romantik unversehens am ersten Tag zu begegnen. Du gerätst in

eine Csarda, das ist eine Bauernschänke. In einer solchen wurde einst der Csardas kreiert. Und da ist der Csikos, vierfach und spielt dir Zigeunerweisen, einschmeichelnd, elegisch und wild. Das findet statt unter einem Laubdach aus uralten Reben, so geräumig wie ein halbes Volksfestzelt. In den Gewölben lagert ein Wein, der dir die Zunge schnalzen läßt wie eine Hirtenpeitsche. Du bekommst ihn im Krug serviert, den die Töpferin um die Ecke vielleicht noch vorige Woche bemalt und gebrannt hat. — Die Kellner tragen eine Tracht aus dem 19. Jahrhundert und die Julischka eine buntbestickte Bluse, Feltenrock und Lederstiefel; sie singt und sie tanzt. — Nicht mehr üblich ist die böse Art von Nachahmern der Betyaren = Straßenräuber — mit der Pistole gestoppt und dann mit dem Leiterwagen zum Wirtshaus geschleppt zu werden. In der Nemesvamos Tscharda soll es zuweilen noch geschehen. Halte deinen Schmuck fest! Lösegeld sind Küsse. Schade, daß wir nicht am 26. Juli hierher geraten sind. Da findet nämlich die Wahl der Schönheitskönigin statt. Manch eine unserer Consoeurs hätte wohl eine echte Chance für den Titel gehabt.

Auch daß Balatonfüred das berühmteste Herzkrankenhaus beherbergt, ist für unser Herz- Schmerzdichten wohl symbolisch. Jöi, jöi, ist sich krank mein Herz.

Damit ist aber die Bedeutung des Ortes, der Zierde Ungarns, bei weitem nicht erschöpft.

Mór Jokai, großer Romancier, verbrachte 22 Sommer hier. In viele Sprachen wurde er übersetzt. Sein Stil ist so farbig, einwiegelnd wie die Füreder Landschaft. Er liebte diese Gegend, ihren mediterranen Reiz, die bunten Blumen, die Feigenbäume, die Kastanienkerzen und die Menschen . . .

Der Lindenhain an der Promenade ist entstanden und wird erweitert, weil jeder berühmte Gast einen Baum pflanzt, so der Dichter Rabindranath Tagore, der Weltraumfahrer Alexei Archipowitsch Leonow nach seinem Spaziergang im Weltall; ebenso sein Towarisch, der Kosmonaut Bertalan Farkas, der Nobelpreisträger Salvatore Quasimodo, den mein Freund Karlheinz Bolay übersetzt hat.

Auch Beethoven hat sich nicht allein durch seine göttliche Musik, sondern mit einem lebenden Baum ganz in der Nähe verewigt. Ob ich einen Baum gepflanzt habe?

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Alfred Rottler, Virchowstraße 7/II, 8500 Nürnberg 10

(Schluß folgt)

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band gerichtet werden.

Band 57 „Notfall-Medizin in Stichwörtern (II)“

Band 58 „Katastrophenmedizin 1981“

(Zehnteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr)

Band 59 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen — Aktuelle Gastroenterologie — Fortschritte und Kontroversen in der Kardiologie“

(Vorträge der 21. Bayerischen Internistentagung, 1981)

Band 60 „Entzündliche Erkrankungen des Kolons-Kolorektale Tumoren — Allergische und immunologische bedingte Erkrankungen, Immuntherapie — Die Nachbehandlung des Krebskranken“

(Vorträge des 32. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1981)

Damit bei Ihrer Baufinanzierung das dicke Ende nicht zuletzt kommt

Keum belebt sich des *Beugeschehen*, da treten die Finanzierungs-Akrobaten wieder auf. Wenn Sie denen in die Finger geraten, können Sie en Ihnen verlieren, was Sie endererseits en Zins- und Steuervergünstigungen einstecken.

Trick 1: Sie locken mit niedrigen Zinssätzen. So wittern manche Interessenten ein Gelegenheitsangebot. Grundsätzlich: Auf dem Kapiteimerkt gibt es keine Räumungs-, Total- oder Schlußverkäufe.

Wenn Sie Geld zu 4,75 oder 5,25 Prozent netto aufnehmen könnten, dann nehmen Sie, soviel Sie kriegen, legen es zu 7,5 Prozent en, zahlen davon die Zinsen und stecken die 2,25 bis 2,75 Prozent Differenz zu Ihren Gunsten in die eigene Tasche. Leider wird Ihnen des nicht gelingen.

Scheuen Sie genau hin. Etwes verkäu-suliert finden Sie als weitere Bedingung, ein Leistungshilfe-Darlehen oder wie immer es sonst genannt wird, aufnehmen zu müssen. Dadurch wird eine Zinsdifferenz von beispielsweise drei Prozent abgedeckt. Zu den 7,75 oder 8,25 Prozent, bei denen wir bereits angelengt sind, haben Sie noch die Zinsen für des Leistungshilfe-Darlehen von gegenwärtig rund zehn Prozent zu tragen.

Trick 2: Sie setzen niedrige Auszahlungskurse en. Wenn Sie eine Hypothekenschuld von z.B. 100 000 DM enerkennen, verzinsen und zurückzahlen müssen, Ihnen eber nur 93 Prozent oder 93 000 DM ausgezahlt werden, dann sind bei einem Zinssatz von acht Prozent die 8000 DM Jahreszins bezogen auf die 93 000 DM eben 8,6 Prozent.

Trick 3: Sie lassen Ihnen die Auszahlungsdifferenz durch eine Lebensversicherung auszehlen. Dazu heben Sie dort einen Kredit aufzunehmen, ihn in gleicher Höhe durch einen Lebensversicherungsvertrag abzudecken, dafür die Beiträge und während der Kreditlaufzeit natürlich die Zinsen zu zahlen. Die Abschlußprovision nimmt Ihr „Finanzierer“ ein.

Trick 4: Sie bieten ein „Disagio-Modell“ en. Dafür gibt es eine niedrigerverzinsliche Variante mit Auszahlungsminde-rung und eine höherverzinsliche mit 100prozentiger Auszahlung. Anschließend en die Konditionen heißt es „ein-

schließlich eines Disagio-Darlehens von zehn Prozent der Darlehenssumme ...“

Des bedeutet, eigentlich wären die Auszahlungen um zehn Prozent niedriger. Zum Ausgleich wird automatisch ein Darlehen in dieser Höhe zugefügt. Aus einem Nebensatz geht indirekt hervor, daß für die Hypothek ein Lebensversicherungsvertrag abzuschließen ist. Des Disagio-Darlehen hat eine Laufzeit von zwölf Jahren, kostet also bei den gegenwärtigen Zinssätzen für eine 100 000 DM-Hypothek in dieser Zeit rund 12 000 DM, also noch um 2000 DM mehr, als der Darlehensbetrag ausmacht.

Ich heite den Einsatz eines Lebensversicherungsvertrages für eine Hypothek für sehr sinnvoll, weil sie dadurch getilgt ist, falls dem Hypothekennehmer etwas zustößt. Aber wer, wie solche Finanzakrobaten, die Belastung angeblich senken will, muß eine preisgünstige Risiko-Lebensversicherung mit feliender Summe und darf nicht eine Kapital-Lebensversicherung mit Sparanteil und Gewinn-gutschriften anbieten.

Verzichten Sie auf solche Kunststücke wie Darlehen zur Ermäßigung der Zinsbelastung in den ersten fünf Jahren. Dieses Geld kostet Sie je nochmals Geld. Zurückzahlen müssen Sie es natürlich auch. Und wenn des Darlehen ausgeleufen ist, springt Ihre Verpflichtung für die Hypothek hoch, im ersten Beispiel um 3000 DM pro 100 000 DM Hypothekensumme.

Und wenn Sie Pech heben, herrscht ein viel höheres Zinsniveau vor, wenn die erste Zinsvereinbarung nach fünf Jahren abgelaufen ist, und Sie müssen noch viel tiefer in die Tasche greifen. Beispiele dafür heben wir noch im letzten Jahr erlebt.

Entscheiden Sie sich jetzt für die längsten Festzinsangebote, auch wenn sie gegenüber dem Kurzfristzins auf drei oder fünf Jahre um ein knappes halbes Prozent höher liegen. Sie wissen denn, was in den nächsten zehn oder fünfzehn Jahren auf Sie zukommt und werden durch denkbare Hochzinsperioden bis dahin nicht berührt. Und unterschreiben Sie nichts, was Ihnen nicht genau vorge-rechnet wurde, Sie mit enderen Angeboten verglichen haben, und was Sie nicht genau verstehen. *Horst Beloch*

Danaergeschenk

Manche Menschen können selbst in der eigenen Kasse kein Geld sehen. So hat die Vertreterversammlung der VW-Betriebskrankenkasse den Beitrag von 10,6 auf 9,6 Prozent herabgesetzt. Der Beitrag wurde also um 9,43 vom Hundert ermäßigt.

Übervorteilt fühlen sich nun alle, die Einschränkungen ihrer Berufsausübung und finanzielle Nachteile hinzunehmen hatten, um die Behauptung von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu rechtfertigen.

Andere gesetzliche Krankenversicherungen sollten sich vor einem Wettbewerb um den möglichst niedrigsten Beitragssatz hüten. Sie riskieren damit ihre Glaubwürdigkeit auch übrigens, was ihre Fähigkeiten des Umganges mit dem Geld und ihr Beurteilungsvermögen der gegenwärtigen Situation wie einer vermuteten ökonomischen Entwicklung angeht.

Während eines Konjunkturtales langt auch der Krankenstand ganz unten en. Also vermindern sich die Kosten der Krankenkassen. Des ist die Zeit der Rücklegen für größere finanzielle Anspannungen beispielsweise, wenn sich mit einer konjunkturellen Belebung auch der Krankenstand wieder erhöht.

Schließlich lauert der geldgierige Staat auf Entlastungen der Forderungen en den einzelnen, um in diesem Ausmaß selbst mehr zuzuliegen. Die gegenwärtig als zumutbar beurteilte Belastbarkeitsgrenze des einzelnen mit Steuern und Sozialabgaben wird in jedem Fall eusgenutzt.

Der 2500-Mark-Verdiener goutiert die 12,40 DM mehr in der Tasche nach einer solchen Beitragssenkung viel weniger, als ihn eine spätere Erhöhung um diesen Betrag in Rege bringt. Was der Versicherte will und die mitzahlende Wirtschaft braucht, ist Stabilität. Und wenn mit den Überschüssen von heute die Kostenerhöhungen von morgen um so länger entfangen werden können, dann ist es vernünftig, zugunsten dieses Effekts auf popularitätshelschende Beitragssenkungen zu verzichten. Prosper

Kurz über Geld

AUSLANDSREISEGELD erst kurz vor Fahrtantritt besorgen. Die Zeit erbeitet für den DM-Kurs.

NEUES IMMOBILIENKAUF-SYSTEM ermöglicht Einsatz niedrigen Eigenkapitals mit Nachsparen und sofort vollier steuer-sperender Wirkung.

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288

Dermatologie

Aktuelle Probleme bei sexuell übertragbaren Erkrankungen am 27. April 1983 in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Beginn: 16.15 Uhr – Ende: ca. 18.10 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik, Frauenlobstraße 9-11, München 2

Themen: Extremnilele Gonorrhoe – Therapie der Gonorrhoe im Zeitalter der Bete-Lektamase-Bildner – Ulcus molle: Diagnostik und Therapie – Nicht-gonorrhoeische Urethritis und Zervizitis – Die vaginale Kandidose als sexuell übertragene Erkrankung – Aktuelle Syphilisdiagnostik – Heutiger Stand der Syphilis-Therapie – Diskussion

Letzter Anmeldetermin: 15. April 1983 (Posteingang)

Elektrokardiographie

Einführungsseminar Teil I am 22./23. April 1983 und Fortgeschrittenenseminar Teil II am 6./7. Mai 1983 in Bernried

Leitung: Professor Dr. P. Mathes
Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern, Bernried
Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: jeweils Freitag, 14.00 Uhr – Ende jeweils Samstag, 17.00 Uhr

Themen: Teil I: Elektrophysiologische Grundlagen – Ableitungssysteme – Normales EKG – Nomenklatur – Lagetypen – Vorhof-EKG – Linksventrikuläre Hypertrophie – Schenkelblockbilder – AV-Blockierungen – Schrittmacher-EKG

Teil II: Vektorielle Betrachtungsweise – Herzinlakt – Belastungs-EKG – Repolarisationsstörungen – Elektrolytstörungen – Medikamentöse Einflüsse – WPW-Syndrom und andere Präexitations-syndrome – Faszikuläre Blockierungen – Vorhofrhythmusstörungen – Elektrotherapie der Rhythmusstörungen

April/Mai 1983

15./16. April
Sonographie, Kronech

16. April
Innere Medizin, Oberemmergau

16. April
Radiologie, Passau

22./23. April
Elektrokardiographie, Bernried

27. April
Dermatologie, München

28. bis 30. April
Sonographie, München

29. April bis 1. Mai
Elektrokardiographie, München

30. April/1. Mai
Psychotherapie, Prien

4. Mai
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
München

13. bis 15. Mai
Psychotherapie, Raum Nürnberg

28./29. Mai
Ergometrie, Bernried

Teilnehmergebühr: DM 90,–
Begrenzte Teilnehmerzahl

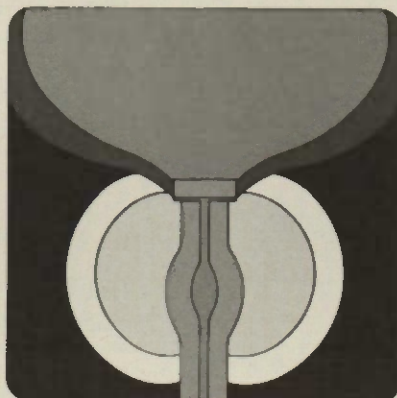
Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (08158) 24-340

Fortbildungsseminar I vom 29. April bis 1. Mai 1983 (Einführungsseminar) und Fortbildungsseminar II vom 13. bis 15. Mai 1983 (Seminar für Fortgeschrittene) in München

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

Leitung: Professor Dr. Dr. C.S. So, Pfaffling

Prostata-Adenom mit Harnverhaltung, Kongestionen, Miktionsstörungen, Blasenhalssklerose, Prostatitis chronica, Resturin, Reizblase, Zustand nach TUR



PROSTAMED®

Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.

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

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.

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



Beginn: jeweils Freitag, 17.00 Uhr; jeweils Samstag/Sonntag, 9.00 Uhr – Ende: jeweils Freitag/Samstag 20.00 Uhr; jeweils Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 19. April 1983 (Posteingang) – Teil II: 3. Mai 1983 (Posteingang)

Ergometrie

Ergometrie-Wochenende am 28./29. Mai 1983 und am 29./30. Oktober 1983 in Bernried

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen der LVA Oberbayern, Bernried
Direktor: Dr. H. Holmann

Beginn: Samstag: jeweils 9.30 Uhr – Ende: 20.00 Uhr; Sonntag: jeweils 9.00 Uhr – Ende: 12.30 Uhr

Das Programm umfaßt praktische Übungen in der Fahrradergometrie, Vorführung eines Filmes über die Ergometrie mit Diskussion, Praktikum im Kreislauf-labor sowie folgende Referate: Einführung in die Methodik der Ergometrie – Welche pathologischen Veränderungen können EKG, Blutdruck und Herzfrequenz bei ergometrischer Belastung aufweisen? – Die Einschwemm-kathederuntersuchung zur Erkennung einer gestörten Hämodynamik des Herzens in Ruhe und unter Belastung

Unkostenbeitrag: DM 100,- (einschließlich Kosten für die Mahlzeiten)

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. H. Hofmann, 8139 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-210

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungsveranstaltungen am 4. Mai 1983, 20. Juli 1983 und 26. Oktober 1983 in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. H. H. Naumann

4. Mai 1983

Thema: Pädaudiologische Diagnostik und Therapie in Praxis und Klinik

20. Juli 1983

Thema: Die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit in der Praxis

26. Oktober 1983

Thema: Die stroboskopische Diagnostik in der HNO-ärztlichen Praxis

Beginn: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 c.t. – Ende: 17.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Mün-

chen im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Wegen der begrenzten Teilnahme wird eine telefonische Voranmeldung erbeten: Privatdozent Dr. F. Martin, Telefon (0 89) 70 95-38 50

Innere Medizin

5. Fortbildungsveranstaltung am 16. April 1983 in Oberammergau

Rheumaklinik Oberammergau

Leitung: Chefarzt Dr. H. J. Albrecht

Beginn: 9.30 Uhr – Ende ca. 14.00 Uhr

Ort: Mehrzweckhalle der Rheumaklinik Oberammergau

Thema: Psoriasis – Psoriasisarthritis

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. J. Albrecht, Rheumaklinik, 8103 Oberammergau, Telefon (0 88 22) 18 11

Psychotherapie

Fortbildungswoche am 30. April/1. Mai 1983 in Prien

Klinik St. Irmgard, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Prien

Leitung: Chefarzt Dr. R. Lecheuer

Beginn: jeweils 9.00 – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Thema: Arzt-Patient-Beziehung – Balint-Gruppenarbeit (Vorkenntnisse sind nicht erforderlich)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahmegebühr: DM 50,-

Letzter Anmeldetermin: 20. April 1983 (Posteingang)

Balint-Gruppe (patientenzentrierte Selbsterfahrung) vom 13. bis 15. Mai 1983 im Raum Nürnberg

Leitung: Dipl.-Psych. Dr. S. Gröninger

Beginn: Freitag 20.30 – Ende: Sonntag 13.00 Uhr

Fortsetzung möglich: 24. bis 26. Juni, 29. bis 31. Juli, 16. bis 18. September, 21. bis 23. Oktober, 2. bis 4. Dezember 1983 und 20. bis 22. Januar, 24. bis 26. Februar 1984

Ort: Lerchenstraße 6, Thalmässing

Auskunft:

Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse MAP e.V., Bauerstraße 15, 8000 München 40, Telefon (0 89) 2 71 59 66

Radiologie

Fortbildungsveranstaltung der Radiologischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Passau und des Radiologischen Instituts des Kreiskrankenhauses Degendorf am 16. April 1983 in Passau

Leitung: Professor Dr. A. Breit

Ort: Hörsaal 2, Universität Passau, Nikolakloster-Neubau, Innstraße 40, Passau

Beginn: 10.00 Uhr s.t. – Ende: 16.00 Uhr 10.00–12.45 Uhr:

Wert der Röntgenneuvautnahme in der Neuroradiologie – Probleme der HWS-Diagnostik in der Traumatologie – Computertomographie und Myelographie in der LWS-Diagnostik – Das diagnostische Vorgehen einschließlich der digitalen Subtraktionsangiographie bei zerebrovaskulären Prozessen unter Berücksichtigung des klinischen Stadiums der Erkrankung

14.15–16.00 Uhr:

Film-Dopplersonographie – Nuklearmedizinische Diagnostik in der Neuroradiologie – Computertomographie intrazerebraler Prozesse: Die zerebrale Raumforderung, Traumatologie, NMR

Unkostenbeitrag: DM 40,- (für Assistenten DM 20,-)

Sonographie

Fortgeschrittenenkurs für Ultraschall-diagnostik (Realltime) der Inneren Medizin am 15./16. April 1983 in Kronach

Leitung: Dr. E. Farrenkopt

Kreis Krankenhaus, Innere Abteilung

Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: 17.30 Uhr; Samstag 12.00 Uhr

Programm: Sonographie aus klinischer Sicht (ausgewählte Fallbeispiele) – Geräte: Qualitätsanforderung/Trends – Leber, Galle, Gallenwege – Niere und ableitende Harnwege – Abdomen, Thorax – Pankreas – Oberbauchgefäße – Schilddrüse – Notfalluntersuchungen – Ultraschall-doppleruntersuchung – Praktische Übungen, Video-Diskussionen, Film über Kernspin-Tomographie

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 130,- Kto. Nr. 359 678 Volksbank Kronach (BLZ 771 919 00), Vermerk: „Ultraschallkurs“

Auskunft und Anmeldung:

Frau Bernschneider, Kreis Krankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (0 92 61) 966-235



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

Allgemeine Fortbildung

Notfall- und Katastrophenmedizin 1983

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

27. April 1983

Seuchenprobleme bei Katastrophen – Der Nottell in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Der kardiale Nottall

25. Mai 1983

Erste ärztliche Hilfe beim Verkehrsunfall – Katastropheneinsatzpläne für Zivilkrankenhäuser – Unfallchirurgische Probleme beim Verkehrsunfall

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 Uhr s. t. bis 18.00 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsschule der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-287

23. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.

vom 4. bis 7. Mai 1983 in Göttingen

Leitung: Dr. K. Stalder, Göttingen

Themen: Immunbiologische Aspekte in der Arbeitsmedizin – Unfallverhütungsvorschriften und ihre Bedeutung für den Betriebsarzt – Betriebsärztliche Untersuchungen an Sinnesorganen unter Berücksichtigung ihrer Zuverlässigkeitskriterien – Mitwirkung des Betriebsarztes bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Auskunft und Anmeldung:

Kongressbüro, Abteilung Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Göttingen, Windausweg 2, 3400 Göttingen, Telefon (05 51) 39 49 50

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

am 21. April 1983 in München

Thema: Bedeutung immunologischer Reaktionen am Respirationstrakt für die Arbeitsmedizin – Spezielle Immunmechanismen (Professor Dr. G. Fruhmann, Vorstand des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München; Dr. X. Baur, Pulmonologische Abteilung der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern) – Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

32. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte

am 25./26. Juni 1983 in Bayreuth

Leitung: Privatdozent Dr. G. F. Wündisch, Bayreuth

Themen: Das krebserkrankte Kind, Erfolge und Probleme der Therapie – Aktuelle Therapie allergischer Erkrankungen, Probleme und Möglichkeiten

Gleichzeitig findet ein kinderchirurgisches, kieranästhesiologisches, intensivmedizinisches Symposium zum Thema „Kinderanästhesie in Extremlagen – Hämostaseologie in der Intensivpflege – Postoperative Schmerzbekämpfung“ statt.

Auskunft:

Privatdozent Dr. G. F. Wündisch, Kinderklinik, Städtische Krankenhäuser, Kulmbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 40 43 29

VIII. Kissinger Kolloquium und 26. Kissinger Fortbildungskurs

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 28. Mai 1983 in Bad Kissingen

Leitung: Professor Dr. D. Müting, Bad Kissingen

Thema: Aktuelles auf dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, Diabetestherapie, Proktologie

Ort: Regentenbau, Kleiner Kursaal, Bad Kissingen

Auskunft:

Professor Dr. D. Müting, Heinz Kalk-Klinik, Postfach 2180, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 40 41

1. Kongress „Gesundheit in Eigenverantwortung“

vom 28. bis 31. Mai 1983 in Stuttgart

Vorsitz: Dr. G. Vescovi, Stuttgart

Themen: Eigenverantwortung in der Medizin von morgen – Arzt- und Patientenverhältnis im Wandel – Modelle der kommunalen Selbsthilfe – Struktur und Funktion der Selbsthilfe – Hilfe zur Selbsthilfe – Selbstmedikation, ein Problem? – Brechen wir ordnungspolitische Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe? – Rolle der Selbsthilfeorganisationen in der Gesellschaft – Kur auf neuen Wegen – Praxis der gesunden Lebensführung

Auskunft:

Stuttgarter Messe- und Kongress-GmbH, Postfach 990, 7000 Stuttgart 1

9. Internationaler Seminarkongress für ärztliche Fortbildung

vom 28. Mai bis 11. Juni 1983 in Sant'Angelo/Ischia

Leitung: Professor Dr. J. Stockhausen, Köln, unter Mitwirkung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Wiesbaden

Auskunft und Anmeldung:

Hapag-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongressabteilung, Keiserstraße 20, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 28 06 51

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D 3 0,7 ml, Conium D 2, Ambra D 5, Petroleum D 7 ana 0,1 ml, Natriumchlorid 0,9 g, Aqua ad inject. 98,7 ml
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3–4mal täglich 1 Tablette kutscheln bzw. 10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3–4mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., a.c., l.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (Stand Januar 1982)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 18,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28.
Packungen mit 5 Ampullen zu 1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1 ml DM 18,38.

**Schwindel
verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)**

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

Ambulante Koronargruppen – Erfahrungen und Probleme 1983

vom 12. bis 14. Mai 1983 in Prien

Leitung: Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Ort: Klinik Roseneck, Prien

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Landesarbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Prävention und Rehabilitation in Bayern e.V. und der Bayerischen Landesärztekammer

Donnerstag, 12. Mai 1983

14.00 – ca. 21.30 Uhr:

Einführung

Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Herzgruppen in der Bundesrepublik: Ergebnisse einer Umfrage

Professor Dr. U. Gleichmann, Bad Oeynhausen

Ergebnisse von fünf Jahren Gruppentherapie: Vergleiche einer ambulanten Herzgruppe mit einem Kontrollkollektiv

Privatdozent Dr. R. Hopf, Frankfurt

Grenzen der Belastbarkeit des Koronarpatienten

Dr. A. Berg, Freiburg

Hämodynamische Veränderungen bei Koronarkranken nach einem Jahr gezielter Bewegungstherapie

Dr. R. Brecht, Bergisch Gladbach

Einfluß von Bewegungstherapie auf die Auswurfraction

(eine kontrollierte Studie)

Professor Dr. G. Blümchen, Leichlingen

Körperliche Belastbarkeit nach Herzklappenoperation

Privatdozent Dr. V. Carstens, Köln

Ambulante Gruppen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit im Stadium II

Dr. B. Hartmann, Freiburg

Neue Erfahrungen aus ambulanten "Übungs"-Gruppen

Dr. H.-G. Ilker, Hamburg

3 Parallelgruppen

I. Einführung in die Eutonik mit praktischen Übungen

Dipl. Päd. M. Kjellrup, München

II. Schwimmen und Sauna mit Koronarkranken – Einführung und Eigenrealsation

Dr. K. Völker, Köln

III. Wie erlebt und bewältigt die Herzgruppe den Tod eines Gruppenmitgliedes?

Dipl. Psych. W. Lengosch, Bad Krozingen

Freitag, 13. Mai 1983

8.15 – ca. 19.00 Uhr:

Praxis der Bewegungstherapie: Gymnastik ohne Gerät

F. Paglielunga, Bernried

Gegenwärtiger Stand der Hamburger Herzinfarkt-Nachbehandlungsstudie (INS)

Dr. D. Weiß, Professor Dr. K. Donat, beide Hamburg

Freizeitberatung des Koronarkranken

U. Freund, Bad Orb

Versuch einer umfassenden Nachsorge in einer ambulanten Herzgruppe

Frau I. Alewell, Homburg

Übersetzung tarradergometrischer Daten in Lauftraining

Dr. D. Lagerstrom, Köln

Derzeitiger Stand der Finanzierungsmöglichkeiten

R. Detsch, München

Uraufführung des Films „Herz intekt“

Dr. D. Lagerstrom, Köln

Praxis der Bewegungstherapie: Felschirmgymnastik

F. Peglielunga, Bernried

Der Einsatz des Übungsleiters: Kritische Betrachtungen eines Sportpädagogen
Dipl. Sportlehrer W. D. Fischer, Isny-Neutrechburg

Werum soll der Lebenspartner in die ambulante Herzgruppe einbezogen werden?

Dr. G. Ziegler, Göttingen

2 Parallelgruppen „Praxis der Bewegungstherapie“

1. Gruppe: Leultraining – Kleine Gruppenspiele – Wassergymnastik und Schwimmen

Dr. D. Michel, F. Peglielunga, beide Bernried

2. Gruppe: Volleyball

Dr. D. Lagerstrom, Köln

Samstag, 14. Mai 1983

9.00 Uhr:

Erfahrungen und Probleme der Übungsleiter-Ausbildung

Dr. D. Lagerstrom, Köln

Auskunft und Anmeldung:

A. Schmidt-Neuhaus, Wendelsteinstraße 31, 8032 Grädeling, Telefon (089) 85 55 19

16. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 17. bis 19. Juni 1983 in

Bad Reichenhall

Leitung: Professor Dr. D. Nolte

Veranstalter: Bad Reichenhaller Forschungsenstelt für Krankheiten der Atmungsorgane im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

Ort: Staatliches Kurhaus, Bad Reichenhall

Freitag, 17. Juni 1983

Thema: Antiallergische/Antiobstruktive Therapie durch Mastzellenprotektion

Vorsitz: Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall

Samstag, 18. Juni 1983

Thema: Hypoxie – Pathophysiologie, Klinik und Therapie

Vorsitz: Professor Dr. S. Deum, München

Sonntag, 19. Juni 1983

Thema: Hypoxie in speziellen Situationen
Rundtischgespräch: Therapie der arteriellen und der Gewebhypoxie

Moderator: Professor Dr. S. Daum, München

Auskunft:

Professor Dr. D. Nolte, Cheferzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (08651) 7 22-207 oder 7 22-283

8. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie

am 25. Juni 1983 in Oberstaufen

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V. in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, dem Ärztlichen Kreisverbund Oberellgäu und der Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH

Ort: Kurhaus, Oberstaufen

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V., Mühlbauststraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-268

– Das endgültige Programm wird in der Mai- und Juni-Nummer veröffentlicht –

Schnell informiert

Wahen im Fachverband Deutscher Allgemeinärzte

Anläßlich der 4. ordentlichen Mitgliederversammlung des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte in Frankfurt wurde der Vorstand neu gewählt:

1. Vorsitzender:

Dr. Jürgen Eggers, Rothenburg o. d. T.

Stellvertretende Vorsitzende:

Dr. Detlev B. Will, Wuppertal,
und

Dr. Brigitte Ernst, Postbauer/Opf.

Mittellung der Münchener Universitätsgesellschaft

Aus Anlaß ihres 60jährigen Jubiläums hat die Münchener Universitätsgesellschaft eine weitere Großspende von DM 100 000,- der Universität München zur Verfügung gestellt. Die Mittel dienen für die zweite Ausbauphase der Shakespeare-Forschungsbibliothek des Instituts für Englische Philologie.

Broschüre: Hundert Fregen zur Mukoviszidose

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Mukoviszidose e. V. ist diese Broschüre vor kurzem im Verlag C. M. Silinsky erschienen. Zusammengestellt wurde sie von Professor Dr. D. Kaiser, Berlin, und Dr. H. Schumacher, Kirchzarten. Es werden überwiegend medizinische Themen angesprochen, aber auch die Bereiche der sozialen Hilfen, der Pädagogik und der Psychologie werden berücksichtigt. — Die Broschüre wird nicht nur an Mitglieder, sondern auch an Interessenten kostenlos abgegeben durch Verlag Christian M. Silinsky, Postfach 48 08, 8500 Nürnberg 1.

Stipendien für Studienreisen in Chirurgische Kliniken oder Institute des In- und Auslandes

Die Vereinigung der Bayerischen Chirurgen hat 1978 beschlossen, an jüngere Mitglieder zur Fortbildung in Kliniken des In- und Auslandes ein Stipendium zu vergeben. In Frage kommen Bewerber, die spätestens bis 1. Mai des Kalenderjahres einen Antrag an Professor Dr. F. Holle (Schriftführer), Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 e, 8000 München 2, richten, in welchem der Aufenthalt ausführlich begründet wird. Der Antrag sollte folgende Einzelheiten enthalten:

1. Kurzer Lebenslauf und Einzelheiten über die derzeitige berufliche Stellung
2. Beabsichtigtes Aufenthaltsprogramm, einschließlich Einzelheiten über Land (Länder) und Hochschule(n), die besucht werden, Dauer des Aufenthaltes und voraussichtliche Höhe der Reisekosten
3. Begründung des Aufenthaltes unter Angabe seines Zwecks und der späteren Verwendung der so gewonnenen Erfahrungen und Informationen
4. Angaben über Kenntnisse in der (den) Sprache(n) des (der) zu besuchenden Landes (Länder)
5. Erklärung, daß die zu besuchende(n) Hochschule(n) mit dem beabsichtigten Studienaufenthalt einverstanden ist (sind)

Broschüren der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege

Im Rahmen der von der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege, Münchener Straße 48, 6000 Frankfurt, herausgegebenen Schriftenreihe sind vor kurzem erschienen:

Band 38: Entwicklung von Indikatoren für die Beobachtung des Fortschreitens auf dem Wege zur Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000

Band 39: Kongreßbericht 1981 — Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 — Primäre Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe

TECHNOSOFT ARZT STATISTIK COMPUTER SYSTEM

- führt die Einzel- und Gesamtstatistik für die RVO- und EKK-Quartalsabrechnung durch.
- ermöglicht den Zugriff zu professionellen Software-Paketen für Textverarbeitung, Datenverwaltung etc.
- kann bei Bedarf zu dem kompletten **TECHNOSOFT** Arztpraxis Computer System ausgebaut werden.
- kostet monatl. ab **DM 185,-** zzgl. MwSt. Leasing-Rate.

Wir entwickeln auch individuelle Software für Ihre Praxis.

TECHNOSOFT · Technologie-Software GmbH
Entwicklung und Erstellung technischer Software
Großhesseloher Str. 21, 8000 München 71, Telefon (0 89) 7 91 21 94

© Eingetragenes Warenzeichen der Apple Computer Inc., USA

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Januar 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Januar gingen die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen weiter zurück. Die auf 100 000 Einwohner bezogene Erkrankungsziffer (Inzidenz) sank von 42 im Dezember vorigen Jahres auf

29, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Ebenso erkrankten im Januar weniger Menschen als im Vormonat an Virushepatitis, die Inzidenz nahm von 31 auf 20 Fälle je 100 000 Einwohner ab.

Die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis sank von 6 Fällen im Dezember vorigen Jahres auf 5 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Januar 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitide		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Oberbayern	2	—	3	—	2	—	1	—	89	—	40	—	29	—	21	—	16	—
Niederbayern	2	—	1	—	1	—	2	—	20	—	5	—	9	—	9	—	1	—
Oberpfalz	—	—	3	—	—	—	2	—	23	—	14	—	3	—	3	—	—	—
Oberfranken	1	—	1	—	—	—	4	—	11	—	6	—	6	—	2	—	1	—
Mittelfranken	—	—	2	—	2	—	1	1	44	—	16	—	8	—	10	—	—	—
Unterfranken	—	—	—	—	1	—	1	—	18	—	9	—	2	—	—	—	3	—
Schwaben	3	—	1	—	—	—	2	—	35	1	3	—	25	—	14	—	2	—
Bayern	8	—	11	—	6	—	13	1	240	1	93	—	82	—	66	—	23	—
Vormonat	14	2	17	—	9	—	27	—	442	1	100	—	161	—	117	4	48	—
München	—	—	1	—	1	—	—	—	28	—	21	—	11	—	10	—	5	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	1	1	9	—	2	—	4	—	9	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	5	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Polio-myelitis		Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Angeb. Toxoplas-mose		Lepto-spirose (übrige Formen)		Q-Fieber		Diph-therie		Ges-Brand		Toll-wut-ver-decht 2)	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Oberbayern	—	—	1	—	1	—	25	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	23	
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	
Mittelfranken	1	—	—	—	1	—	6	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Schwaben	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	
Bayern	1	—	1	—	2	—	42	—	5	—	7	—	1	—	1	—	1	—	—	1	73	
Vormonat	—	—	2	—	5	—	51	—	15	—	7	—	—	—	2	—	—	—	3	2	105	
München	—	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
Nürnberg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Augsburg	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig — wird gesondert berichtet (jährlicher Bericht „Die Tuberkulose in Bayern“).

1) Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

2) Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtigtes Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Kreislauf des Lebens.

54 Jahre.

Stets Blick für das Wesentliche.

Und irgendwann Ihr Coronar-Patient?

Coronare
Herz-
krankheit
Angina
pectoris

Maycor®

Das Coronar-Programm

Zur individuellen Coronar-Therapie.
Mehr Sicherheit: konstanter Herz-Schutz -
Tag und Nacht.

Maycor®
5

Maycor®
retard
20

Maycor®
retard
40

Maycor®
retard
60

2 x täglich

GÖDECKE

Zukunft für Herz und Kreislauf

sehbarer Stresssituationen. Maycor retard 20/40/60: Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, Nachbehandlung des Herzinfarktes, Dauerbehandlung der chronischen Myokardinsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, kurzfristige Hautrötungen, leichter Blutdruckabfall (zusätzlich für Maycor retard 60: Tachykardie, Schwindel, Erbrechen, Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zur Maschinenbedienung können beeinträchtigt werden; dies gilt besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatwechsel und zusammen mit Alkohol).

Parke, Davis & Company, 8000 München 2 · Gödecke AG, 1000 Berlin 10

Hinweis: Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen verstärken. **Handelsformen und Preise:** Maycor 5: Packung mit 30 Tabletten DM 8,35, Packung mit 50 Tabletten DM 11,90, Packung mit 100 Tabletten DM 20,45, Anstaltspackung. Maycor retard 20: Packung mit 30 Retardkapseln DM 13,75, Packung mit 50 Retardkapseln DM 19,70, Packung mit 100 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 40: Packung mit 30 Retardkapseln DM 19,96, Packung mit 50 Retardkapseln DM 29,40, Packung mit 100 Retardkapseln DM 52,40, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 60: Packung mit 30 Retardkapseln DM 27,10, Packung mit 50 Retardkapseln DM 39,20, Packung mit 100 Retardkapseln DM 69,90, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 44,-, Anstaltspackung. Alle Preise mit MwSt.

Stand: Febr. 1983 G 648/0

Buchbesprechungen

Anatomie des Herzens

Herausgeber: R. H. Anderson/A. E. Becker, 252 S., 392 mehrfarb. Abb., geb., DM 198,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In diesem Atlas können Kliniker und Theoretiker ein umfassendes Bild des heutigen Wissensstandes gewinnen. Text- und Atlasteil sind didaktisch so aufeinander abgestimmt, daß auch komplizierte Sachverhalte verständlich werden.

Eingehend werden die anatomischen Grundlagen der kardiologischen Untersuchungsverfahren dargelegt, wobei die Röntgenanatomie der Koronargefäße eine zentrale Stellung einnimmt. — Dargestellt wird die Anatomie, wie sie sich auf den verschiedenen Zugangswegen bietet. Die Gefahrenzonen, die der Chirurg auf den einzelnen Zugangswegen beachten muß, werden anhand instruktiver Farbfotos detailliert vorgestellt. — Besonderen Wert legen die Autoren auf die Beschreibung der in-situ-Morphologie, an der sich der Kliniker orientieren muß.

Topische und klinische Diagnostik neurologischer Krankheiten

Herausgeber: Prof. Dr. F. Broser, 696 S., 152 Abb., DM 148,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Nunmehr liegt die zweite, gründliche überarbeitete und in wesentlichen Punkten erweiterte Auflage (Einbeziehung neuerer Erkenntnisse auf dem Gebiet der Computer-Tomographie, Elektromyographie und Doppler-Sonographie) dieses seit Jahren für den Neurologen unentbehrlichen und geschätzten Nachschlagewerkes von Broser vor. Es ist sicherlich ein Fachbuch für die Hand des Neurologen, der hier sein Wissen bezüglich der täglich entfallenden Krankheitsbilder überprüfen kann, wo man aber auch über seltenere Krankheitsbilder nachlesen kann, deren Zusammenhänge einem nicht immer geläufig sind.

Ausführlich und mit eindrucksvollen Graphiken bebildert werden das periphere Nervensystem, Rückenmark, zerebrale Funktionen einschließlich Liquor-Befunde, darüber hinaus auch stoffwechselbedingte Krankheiten sowie vegetative Störungen und Aphasielehre dargestellt. — Aufgrund seiner umfangreichen und übersichtlichen Darstellung wird das Buch weitere Verbreitung finden.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

Forensische Katastrophenmedizin

Methodik, Planung und Organisation der Leichenidentifizierung

Verfasser: Prof. Dr. R. Endris, 261 S., DM 118,—. Kriminalistik Verlag, Heidelberg.

Das vorliegende Werk beschreibt ein Gebiet der forensischen Katastrophenmedizin, das neben Teilbereichen der Todesursachenermittlung die Identifizierung und die medizinisch-technische Unfallrekonstruktion umfaßt. Die in diesem Rahmen erforderlichen kriminalistischen, gerichtsmedizinischen und zahnmedizinischen Maßnahmen und Methoden werden dargestellt. Auf Basis umfangreicher, eigener Erfahrungen hat der Verfasser ein Organisationskonzept für die technische Ausrüstung, die sechgerechte Leichenbergung und die anschließende Leichenbehandlung erarbeitet.

Die ärztliche Begutachtung

Herausgeber: E. Fritze, 541 S., 40 Abb., 100 Tab., geb., DM 165,—. Dr. D. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.

Dieses Buch soll dem Anfänger in der Gutachtertätigkeit ein Arf Lehrbuch, dem erfahrenen Gutachter Ratgeber bei der Beantwortung schwieriger versicherungsrechtlicher Fragestellungen sein. Es gibt zu Fragen und Problemen der Sozialmedizin und der Begutachtung Auskunft. Die rechtlichen Grundlagen in allen Bereichen der Sozialversicherung sind ebenso behandelt wie die formalen Grundlagen ärztlicher Begutachtung. Das Werk enthält ferner eine ausführliche Übersicht zur Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Der Arzt und sein Patient

Verfasser: Dr. H. Pillau, 112 S., 10 Abb., karf., DM 38,—. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Das Buch beschreibt die Beziehungen zwischen Patient und Allgemeinarzt sowie dessen Beziehung zur Medizin. Diagnose, Diagnostik, die Fehldiagnose und die Technik werden ebenso behandelt wie Therapie, Compliance, Polypragmasie, die Betreuung der Unheilbaren und Sterbenden sowie der Umgang mit „Problempatienten“ und mit Institutionen.

Klinische Kardiologie

Herausgeber: G. Riecker/H. Avenhaus/H. D. Bolte/W. Hort/B. Lüderitz/B. E. Strauer, 2., neubearb. und erg. Aufl., 760 S., 292 Abb., geb., DM 138,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Auch in dieser neubearbeiteten Auflage wurde das Konzept beibehalten, eine Darstellung der Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs in enger Verbindung mit der gesamten Inneren Medizin in einer auf die praktischen Bedürfnisse ausgerichteten Form für Studierende und Ärzte vorzulegen. In straffer Form wird auf die mit einfachen Untersuchungstechniken faßbaren Symptome und auf die differentialdiagnostisch bedeutsamen Merkmale eingegangen und die Indikationen spezieller Untersuchungsmethoden berücksichtigt. Notfallpläne für die Erstversorgung ekuter Krankheitsbilder, zahlreiche Tabellen, Schemazeichnungen und EKGs ergänzen den Text; eingegliedert ist ein umfangreiches Sachregister.

Rehabilitation: Broncho-pulmonale Erkrankungen

Herausgeber: O. P. Schmidt, 152 S., Leinen, DM 19,80. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Namhafte Experten legen knapp gefaßt und durch „Fragen aus der Praxis“ anschauliche Beiträge vor, die über die Thematik der Atemwegserkrankungen hinaus zu definitiven Fragen, juristischen Grundlagen, organisatorischen Problemen und vor allem den Möglichkeiten und Grenzen rehabilitativer Maßnahmen in übersichtlicher Form und realistischer Betrachtungsweise Stellung nehmen. Sorgfältige Redaktion, didaktisch geschickte Gestaltung sowie ein umfangreicher Anhang einschließlich Auszügen aus Gesetzestexten kennzeichnen die aktuelle Broschüre, die in die Hand jedes klinisch und praktisch tätigen Arztes gehören sollte, damit Rehabilitation mehr als ein „Schlagwort ohne Inhalt“ sein kann.

P. Schwarzfischer, Arzt, Bad Wiessee

Der Menech ist so jung wie seine Gefäße

Herausgeber: Professor Dr. G. Schettler u. e., 320 S. mit 62 Tafeln, 9 Farbabb., geb., DM 34., Piper Verlag, München.

Dieses Buch klärt über Risikofaktoren auf und versetzt den Gefährdeten in die Lage, im positiven Sinn ein „aktiver Patient“ zu sein, d. h., des Krankheitsbild richtig zu verstehen und therapeutisch mitzuarbeiten. Professor Schettler hat sich als Forscher und Kliniker 40 Jahre mit dem Problem der Arteriosklerose befaßt, international Erfahrungen gesammelt und ausgetauscht. Er versucht, dem Betroffenen Symptome als Warnzeichen erkennbar zu machen und ihm zu helfen, Maßnahmen gegen den „Massenmörder Nr. 1“ zu treffen.

Taschenlexikon der Medizin

Herausgeber: Dr. G. Tutsch, 714 S., 35 Abb. auf 32 S. Farbtafeln, Taschenbuch, DM 19,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München.

Dieses Taschenbuch, 1. Auflage 1970, steht in Konkurrenz zu einigen anderen, z. T. schon sehr lange eingeführten ähnlichen Lexika. Die nun vorliegende 3. Auflage wurde weitgehend neu bearbeitet und um ein Drittel erweitert. Es handelt sich um ein für den Allgemeingebrauch ziemlich umfassendes Nachschlagebuch, das kaum auf irgendwelche Fragen keine ausreichende Antwort bieten würde. Insbesondere sind nunmehr moderne Diagnostikmethoden mehr als früher eingearbeitet worden. Es finden sich auch mehr Stichworte aus dem Gebiete der Allergie, Immunologie und Bakteriologie. Besonders geeignet ist dieses Buch für Medizinstudenten und für medizinische Hilfsberufe, speziell Krankenpflegeschulen. Es bietet eine aktuelle Informationsquelle für alle Bereiche der Medizin und kann daher sehr empfohlen werden.

Dr. med. S. Maler, Regensburg

Das unterirdische Bayern

7000 Jahre Geschichte und Archäologie im Luftbild

Herausgeber: R. Christlein/O. Breesch, 272 S., 80 Farbtafeln, 100 Abb., zahlr. Pläne und Rekonstruktionszeichnungen, Lelnen, DM 98,—. Konrad Theiss Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch, gegliedert in zwei große Hauptabschnitte, bringt in seinem Tafelteil 80 großformatige Luftbilder von Geländedenkmälern, die noch im Boden Bayerns ruhen und nur vom Flugzeug aus sichtbar sind. Die farbigen Luftaufnahmen werden jeweils auf der gegenüberliegenden Seite veranschaulicht durch Planskizzen und erläutern den Text. Diese archäologischen Aufnahmen geben einen interessanten Überblick über die Kulturepochen der letzten 7000 Jahre in Bayern.

Dreihundert berühmte Deutsche

Bildnisse und Lebensbeschreibungen

Herausgeber: K. Siebert/M. Klünkicht, 624 S., 300 Holzschnitte, geb., DM 48,—. Verlag Wolfgang Weidlich, Frankfurt.

Die Originalausgabe dieser Sammlung von Biographien erschien 1912, und es ist heute überaus reizvoll, festzustellen, welchen Persönlichkeiten zu Beginn unseres Jahrhunderts das Prädikat „berühmt“ verliehen wurde. Die Auswahl dieser Biographien und die Würdigung der Verdienste der dargestellten Persönlichkeiten haben auch in unserer Zeit alle Merkmale eines Lexikons. Beschreibender Text und Porträt sind jeweils gegenseitig gegenübergestellt. Ausführliche Register erleichtern das Auffinden von Daten und Fakten.

„Von Athen bis Kreta“ — Mein Griechenlandbuch

Verfasser: B. Bockhoff, dtv-Sechsbuch, Nr. 1774, DM 12,80. Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co. KG, München.

Dieses Buch ist kein Reiseführer und gibt keine praktischen Reisetipps. Der Autor kennt Land und Leute und vermag so ein eindrucksvolles Bild zu geben. Geschichte und Mythen, Land, Wasser und Klime, Wirtschaft und Kirche, Musik, Kunst und Archäologie sind die farbenreichen Facetten, denen er nachspürt, verwoben mit persönlichen Erlebnissen und Geschichten.

Reich — Welt

Fotografien vom Land

Herausgeber: H. Glatzel, 80 S., 40 Fotografien, Leinen, DM 29,80. Verlag Passavia, Passau.

Ein Bildband, der das ganz einfache Leben auf dem Lande schildert. H. Glatzel fotografierte — mit dem Blick für das Wesentliche — die harte Arbeit, die schon vor Sonnenaufgang beginnt und mit dem Ruten der Abendglocke endet. Menschen, ausgemergelt und trotzdem zufrieden. Die Fotografin begleitet sie aufs Feld und in den Stall.

Gesundheit und Fitness durch richtige Ernährung und Sport

Herausgeber: H. Hösl, 264 S., 61 Darst. und Illustr., DM 24,—. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin.

Das vorliegende Buch richtet sich sowohl an Sportler und Sporttreibende als auch an das breite Publikum, das hier Gelegenheit findet, sich schnell und sechlich über Ziele vernünftiger Ernährung zu informieren. Die vielen, schnell nachvollziehbaren Möglichkeiten auf diesem Gebiet beschreibt die Autorin aus sorgfältig festgehaltener eigener Erfahrung.

Die Welt der Religionen — 18 Bände

Jeder Band mit ca. 140 S., 88 vierfarb. und 30 SW-Fotos, geb., Subskriptionspreis je Band DM 48,—, späterer Bandpreis DM 54,—. Verlag Herder, Freiburg—Basel—Wien.

In einer internationalen Koproduktion von renommierten Fachleuten, Journalisten und Fotografen entstand eine Reihe, die in heiligen Stätten der Menschheit die weltweite Sehnsucht nach Begegnung mit Gott wie in Brennpunkten spiegelt. Religiöse Fest- und Wallfahrtsorte, geistige Zentren, Orte der Meditation des Christentums, des Islams, des Judentums, Buddhismus, Schintoismus wie auch versunkener Religionen werden mit ihren Bauten, Landschaften, Festen und Bräuchen, ihrer Geschichte und Gegenwart dem Leser nahegebracht.

Vielfältigkeit, Attraktivität, Lebendigkeit und Erlebnisreichtum kennzeichnen das 18bändige Werk. Ein facettenreiches Bild, voller Unterschiede und Gemeinsamkeiten, das einen Beitrag leisten möchte zum tieferen Kennenlernen der Menschen und ihrer Religionen, zu Toleranz und Verständnis füreinander.

Bisher sind in dieser Reihe, die nur geschlossen abgegeben wird, erschienen:

*Santiago de Compostela — Die Wege der Pilger
Mekke und Medina — Die Städte des Propheten
Jerusalem — Die heilige Stadt dreier Religionen
Ise und Izumo — Die Schreine des Schintoismus
Delphi — Des Heiligtum der Griechen
Der goldene Ring — Des Christentum Rußlands
Ganges — Der heilige Strom Indiens
Sri Lanka — Die heilige Insel des Buddhismus*

Italle eterne – Ewigee Itellen

Verfasser: Professor Dr. W. Kollath, 160 S., 72 Abb., Peppband, DM 36,-. Karl F. Heug Verlag GmbH & Co. KG, Heideberg.

Aus Anlaß des 90. Geburtstages von Professor Dr. Werner Kollath wurde von der Werner-Kollath-Stiftung, Bad Soden, dieses Buch herausgegeben, das im Kriegsjahr 1944 nicht mehr erscheinen konnte. Kollath schildert hier die Eindrücke seiner Fahrt von Rostock nach Cesemicclola/Ischia.

Cosmes und Demien

Verfasser: A. Pothmann, 76 S., 70 Abb., brosch., DM 9,80, Lellen, DM 18,80. Verlag Edition Werry Verlagsgesellschaft mbH, Mülheim.

Der Autor zeichnet das Leben der heiligen Ärzte anhand von Quellen und Legenden nach und berichtet von der langen Geschichte ihrer Verehrung. Der knappe und anschauliche Text wird durch viele Fotos, Zeichnungen und Pläne ergänzt.

Die chinesische Medizin

Herausgeber: M. Porkert/Chr. Ullmann, 416 S., 24 Abb., geb., DM 49,80. Econ Verlag GmbH, Düsseldorf-Wien.

Professor Porkert hat unter Mitarbeit von Dr. Ullmann dieses Buch verfaßt, das die Aspekte der chinesischen Medizin allgemeinverständlich schildert. Beginnend bei den theoretischen Grundlagen, geht er bis zur heutigen Praxis der Therapie. Dabei arbeitet er die grundlegenden Unterschiede westlicher und chinesischer Heilmethoden heraus.

Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

Wir stellen Ihnen unsere langjährige Erfahrung zur Verfügung. Wir ermitteln und besorgen die für Sie günstigsten Finanzierungsmöglichkeiten und helfen Ihnen bei der Abwicklung.

Wir konzipieren Ihren optimalen Versicherungsschutz (Ärzte-Haftpflicht-, -Unfall- und Praxis-Versicherung).

Rufen Sie uns bitte an. Es beraten Sie:

Herr Georg C. Klughardt, Tel. (0911) 83 42 89,
Herr Dipl.-Kfm. Karl-Heinz Melzer, Tel. (08721) 27 02,
Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. (089) 70 40 44.
Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70.

Wir führen regelmäßig Niederlassungsseminare durch. Fordern Sie unsere Unterlagen an.

Meine Anschrift BA

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht X

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
VERSICHERUNGSKAMMER Versicherungsverband

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 Auskunftstelle in Verbindung zu setzen.

Mai 1983

- 1.-7. **Bad Wörlishofen:** 44. Ärztlicher Fortbildungskongreß der Ärztlichen Gesellschaft für Physiotherapie-Kneipp Ärztebund e.V. – Auskunft: Sekretariat Dr. O. Schumacher-Wandersleb, Postfach 14 36, 8939 Bad Wörlishofen.
4. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 4.-7. **Freiburg:** 21. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. – Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 6.-7. **Bernried:** Einführungsseminar in die Elektrokardiographie (Teil 1). – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
7. **Wiesbaden:** 16. Wiesbadener Rheumetagung. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Miehke, Langgasse 38/40, 6200 Wiesbaden.
- 7.-8. **Grünwald:** Fortbildungsiehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 9.-11. **Merburg:** XVIII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. – Auskunft: medical concept, Wolfgang-Zimmerer-Straße 6, 8056 Neufahrn.
- 10.-14. **Kessel:** 86. Deutscher Ärztag. – Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
11. **Velden:** 18. Veldener Symposion. – Auskunft: Professor Dr. H. Lechner, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz.
- 11.-15. **Bad Säckingen:** 6. Deutsch-Schweizerische Fortbildungstage. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 12.-14. **Bad Gasteln:** Internationaler Kongreß „Medizin und Umwelt“. – Auskunft: Gesellschaft für internationale ärztliche Fortbildung e.V., Mettmanner Straße 69, 4030 Ratingen 1.
- 12.-14. **Göttingen:** 18. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. – Auskunft: Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Klinikum Göttingen, Frau H. Thimann, Robert-Koch-Straße 40, 3400 Göttingen.
- 12.-14. **Köln:** Kölner Sonographie Symposion '83. – Auskunft: Kölner Sonographie Symposion '83, Administratives Sekretariat, Postfach 50 14 70, 5000 Köln 50.

- 12.-14. **Lübeck:** 3. Fortbildungstage für praktische Geriatrie. — Auskunft: Professor Dr. R.-M. Schütz, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck.
- 12.-14. **Prien:** Fortbildungsveranstaltung „Ambulante Koronargruppen — Erfahrungen und Probleme 1983“. — Auskunft: A. Schmidt-Neuhaus, Wendeinsteinstraße 31, 8032 Gräfelfing.
- 12.-14. **Velden:** 35. Kärntner Ärztetreffen. — Auskunft: Obermedizinalrat Dr. H. Sacher, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 12.-15. **Regensburg:** 70. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: **Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg.**
- 13.-15. **München:** Fortbildungsseminar II „Elektrokardiographie“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wenger, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 14.-15. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willech-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 15.-21. **Abano Terme:** Internationales Treffen der Europäischen Gesellschaften zum Studium des Schmerzes. — Auskunft: Professor Dr. R. Rizzi, Ospedale Regionale, I-36 100 Vicenza.
- 18.-18. **Prien:** Symposion über Kneippsche Physiotherapie bei Herz- und Gefäßkrankheiten. — Auskunft: Kneipp-Bund e.V., Jeudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 16.-20. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 20.-24. **Singapur:** Weltkongreß der Weltvereinigung der Allgemeinärzte. — Auskunft: Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Deutsches Reisebüro, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 24.-27. **Karlovy Vary:** VII. Internationales Symposion über Nuklearmedizin. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Vitezneho unore 31, CS-120 26 Prag 2.
- 24.-28. **Berlin:** 32. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 16. Deutschen zehnrätlichen Fortbildungskongreß und dem 14. Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und -pfleger. — Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41.
- 24.-28. **Brüssel:** Europäischer Kongreß für Nuklearmedizin. — Auskunft: Mr. P. Blocks, Akadem. Ziekenhuis Antwerpen, Nuci. Genesk., Wilrijksstraat 10, B-2520 Edegem.
25. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
25. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Scheitzenhemmer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.-28. **Luzern:** 67. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Professor Dr. K. Hübner, Theodor-Stern-Kei 7, 6000 Frankfurt 70.
28. **Bad Kissingen:** VIII. Kissinger Kolloquium und 26. Kissinger Fortbildungskurs. — Auskunft: Professor Dr. D. Müting, Postfach 21 80, 8730 Bad Kissingen.
- 28.-29. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
28. 5.-2. 6. **Borkum:** 37. Fortbildungskursus der Ärztekammer Westfalen-Lippe. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Keiser-Wilhelm-Ring 4/6, 4400 Münster.
28. 5.-11. 6. **Sant'Angelo/Ischle:** Internationaler Seminerkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Hapeg-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongreßabteilung, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt.
29. 5.-4. 6. **Rotteck-Egern:** 5. Kessenärztlicher Seminerkongreß für die tägliche Praxis. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
29. 5.-10. 6. **Gredo:** XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
30. 5.-2. 6. **Berlin:** XIII. European Federation Congress — International College of Surgeons. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. F. P. Gall, Chirurgische Universitätsklinik, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen.
30. 5.-10. 6. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 1771, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der 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.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

IA-MED



Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Bei der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken ist wegen Eintritts des bisherigen Stelleninhabers in den Ruhestand die Stelle des

Leiters des Sozialmedizinischen Dienstes

(Landesvertrauensarztes)

ab 1. 10. 1983 zu besetzen. Dienort ist Bayreuth.

Der Tätigkeitsbereich erstreckt sich auf die Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken.

Die verantwortliche Leitung des Sozialmedizinischen Dienstes setzt eine längere praktische bzw. klinische Erfahrung als Arzt, auch hinsichtlich des Erstellens von Gutachten, sowie umfassende allgemeinmedizinische Kenntnisse voraus. Erwartet wird Engagement in der sozialmedizinischen Aufgabenstellung. Neben organisatorischen Fähigkeiten ist vor allem die Eignung zur Personalführung erforderlich. Nach Möglichkeit sollte die Anerkennung als Arzt für Innere Medizin vorliegen.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in Besoldungsgruppe A 16 – Leitender Medizinaldirektor – vorgesehen. Die gebotenen sozialen Leistungen richten sich nach den Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes.

Die Universitäts- und Festspielstadt Bayreuth verfügt über ein reichhaltiges kulturelles Angebot und bietet einen hohen Wohn- und Freizeitwert. Alle gewünschten Schulen sind am Ort vorhanden.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Nachweise über ärztliche Tätigkeiten, Lichtbild usw.) richten Sie bitte bis spätestens 20. 5. 1983 an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken – Personalreferat –, Wittelsbacherring 11, 8580 Bayreuth, Telefon-Nr. (09 21) 607-226. Für weitere Auskünfte an interessierte Bewerber steht der Leiter der Abteilung Verwaltung, Leitender Regieungsdirektor Böttner, Telefon-Nr. (09 21) 607-222, gerne zur Verfügung.

Hotelmanagementgruppe im ostbayerischen Raum sucht zum sofortigen Eintritt für niederbayerisches Bäderdreieck eine(n) qualifizierten

Arzt/Ärztin

Anerkennung als Bedearzt erforderlich. Bei ausländischen Bewerbern Arbeitserlaubnis nach § 10 BÄD Voraussetzung.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Approbation, gegebenenfalls Promotionsurkunde und Beschäftigungszeugnissen sowie Bekanntheit der Honorarvorstellung werden erbeten unter Chiffre 2064/112.

Die Gemeinde Königsmoos im Landkreis Neuburg-Schrobenhausen sucht einen

Arzt für Allgemeinmedizin

zur Versorgung von 4 000 Einwohnern. Die Gemeinde ist nach dem Bedarf mit einem Arzt für Allgemeinmedizin zu besetzen.

Zuschriften an die Gemeinde Königsmoos, Neuburger Straße 10, 8859 Stangelheim, Telefon (0 84 33) 10 13 und 10 14.

Hilfe • Hoffnung • Heilung

Die Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission E. V. suchen für ihr Krankenhaus Rummelsberg (430 Betten) – Neurologische Abteilung/Chirurg Prof. Dr. F. L. Glötzner –

eine(n) **Oberarzt (-ärztin)**

Die Neurologische Abteilung hat zur Zeit 45 Betten, die demnächst auf 55 Betten erhöht wird. Das Krankenhaus verfügt über gut ausgestattete physikalische und ergotherapeutische Einrichtungen, die von erfahrenem Personal betreut werden. Die ausgedehnte Konsiliartätigkeit umfasst das orthopädische und internistische Gebiet.

In der Abteilung sind alle klinisch relevanten Zusatzuntersuchungen wie EEG, Elektromy- und -neurographie, Ableitung der evozierten Potentiale, Röntgen, Liquordiagnostik, Dopplersonographie möglich. Der Chefarzt ist zur 3jährigen Weiterbildung auf dem Gebiet der Neurologie ermächtigt.

Anstellung und Vergütung erfolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (AVR), die im wesentlichen dem BAT entsprechen. Der Oberarzt sollte die abgeschlossene Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie haben. Nebeneinkommen durch Rufbereitschaft und aus der Privatliquidation des Chefarztes sind gegeben.

Rummelsberg liegt in ruhiger, landschaftlich reizvoller Gegend, ca. 20 km südöstlich von Nürnberg in verkehrsgünstiger Lage. Sämtliche weiterführenden Schulen sind gut erreichbar.

Bewerbungen richten Sie bitte an

**Herrn Chefarzt
Prof. Dr. med. F. L. Glötzner
Krankenhaus Rummelsberg
8501 Schwarzenbruck
Tel. (0 91 28) 72 24 37**



Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission E. V.

Pfronten/Allgäu

Das Krankenhaus St. Vinzenz in der Trägerschaft der Barmherzigen Schwestern, Mutterhaus Augsburg sucht für die Innere Abteilung

Oberarzt als Chefarztvertreter

Der Bewerber soll Internist sein mit gastroenterologischer Erfahrung. Wir verfügen über moderne diagnostische und therapeutische Verfahren u. a. Echokardiographie, Gefäß-Doppler- und Beuchsonographie, Rechts-herzkatheter inklusive His-Bündel, Vorhofstimulation, Schrittmachtherapie, Gastroskopie/Koloskopie. Modern eingerichtete Intensiv-heit, Bendspeicher-EKG.

Wir bieten:

- Vergütung nach AVR/BAT 1 e
- Bereitschaftsdienstvergütung
- Chefarztzulage
- gutes Betriebsklima in jungem kollegialen Team

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an
**Chefarzt Dr. med. Walter Fischer, Krankenhaus St. Vinzenz,
Kirchenweg 15, 9962 Pfronten-RIed/Allgäu, Telefon (0 83 63) 50 25**

Das Kreis Krankenhaus Wunsiedel

I. Fichtelgebirge (Fechkrankenhaus für Innere Medizin – 70 Betten) sucht zum 1. Mai 1983 eine(n)

Oberarzt/ärztin

oder

Assistenzarzt/-ärztin

im letzten Weiterbildungsjahr

Die Kreisstadt Wunsiedel im Naturpark Fichtelgebirge (10 500 Einwohner) ist Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Hallenbäder, Tennisplätze und -hallen sowie eine Eissporthalle sind vorhanden. Die Rosenthal-Felersbende in Seib, die Luisenburg-Festspiele in Wunsiedel und die Wagner-Festspiele in Bayreuth sind kulturelle Angebote in unmittelbarer Nähe.

Das Kreis Krankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT, zuzüglich **Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C** und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool. Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an das **Landratsamt, 8592 Wunsiedel, Telefon (0 92 32) 80-118.**