



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

Oktober 1983

Grußwort zum Bayerischen Ärztetag

Endlich – nach 23 Jahren – tagt der Bayerische Ärztetag wieder in der bayerischen Metropole am Main, dem wunderschönen Würzburg, Mancher wird sich noch an den 13. Bayerischen Ärztetag in Würzburg erinnern. Auch damals Eröffnung im herrlichen Kaisersaal der Residenz. Ludwig Diem, einer der Altmeister der ärztlichen Berufsvertretung, schrieb das Grußwort. In seinem eindrucksvollen Festvortrag „Der Arzt zwischen dem Ideal und dem Alltag“ brachte er den Zuhörern die Worte am Eingang des Würzburger Ärztehauses nahe:

„Der Kampf um das Leben
Heischt Einsatz des Arztes,
Mittührend Verstehen
Und mutige Hände.“

und er schloß:

„Aber in seinem Leid auf sich allein gestellt und nach jedem Strohhalm greifend, ist der heutige Mensch der gleiche wie seit Jahrtausenden. In dieser Situation hilft ihm kein Staat, kein Gesetz, kein Kollektiv. Hier ist er ganz und gar Individuum. Mag daher die Medizin früher mit bescheidenen Mitteln, heute mit raffiniertesten Methoden den Heilerfolg erstreben, in der Stunde der Besinnung gewinnen wir die Überzeugung, daß wir einen nachhaltigen Erfolg nur dann erzielen können, wenn zwei höhere Kräfte die Brücke vom Alltag zum Ideal schlagen, und diese zwei sind:
das Herz und der Arm des barmherzigen Samariters.“

Heinrich Junker als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung überreichte das vom Bundespräsidenten verliehene Große Bundesverdienstkreuz an zwei hochangesehene Repräsentanten der bayerischen Ärzte – an Gustav Sondermann, den damaligen Vizepräsidenten unserer Kammer, und Friedrich Völlinger, den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Auf der Tagesordnung standen – wie in diesem Jahr – die Beitragsordnung und die Änderung der Berufsordnung. Zum Thema „Neuordnung des Krankenhauses und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufs-

struktur“ hielten die Kollegen Walter Aurnhammer und Klaus Dehler, damals Sprecher der angestellten Ärzte und junger Abgeordneter des Bayerischen Landtags, hervorragende Referate. Aus dem Tätigkeitsbericht der Kammer ist zu entnehmen, daß ich mich schon damals für eine „Facharztprüfung“ und die Verbesserung der Weiterbildung zum praktischen Arzt eingesetzt habe.

Nachdrücklich forderte der 13. Bayerische Ärztetag die Abschaffung des Physikats als Anstellungsvoraussetzung für Anstaltspsychiatern und faßte folgenden Beschluß:

„Im Interesse einer modernen Weiterentwicklung der bayerischen Anstaltspsychiatrie und der Herstellung gleicher Rechtsverhältnisse wie in allen anderen deutschen Bundesländern spricht sich der Bayerische Ärztetag für den Fortfall der Ablegung der Amtsarztprüfung als Anstellungsvoraussetzung für den ärztlichen Dienst in den Nervenkrankenhäusern aus. Der Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß die Weiterbildung zum Facharzt den Bedürfnissen der dort betreuten Kranken weit besser gerecht wird als die Ablegung der emtsärztlichen Prüfung.“

Zur Entwicklung der Bayerischen Ärzteversorgung konnte berichtet werden, daß mit Beginn des Jahres 1960 der Verrentungssatz auf 20 Prozent angehoben wurde. Dieses einmalig gute Ergebnis unserer gemeinsamen Arbeit war damals nur zu erreichen, weil es uns 1957 gelungen war, die angestellten Ärzte für die berufsständische Versorgung zu gewinnen. Wenn wir uns jetzt leider entschließen mußten, das Verrentungssystem unserer Bayerischen Ärzteversorgung ab Anfang 1985 zu ändern, so liegt die Ursache nicht im bisherigen und derzeit noch geltenden System. Die Umstellung ist erforderlich, weil sich die wirtschaftliche Lage der freipraktizierenden Ärzte deutlich verschlechtert hat und die jährlichen Einkommenszuwächse, mit denen wir früher rechnen konnten, nicht mehr erreicht werden.

Manche, die damals dabei waren, so Ludwig Diem, Gustav Sondermann, Friedrich Völlinger, wollen nicht

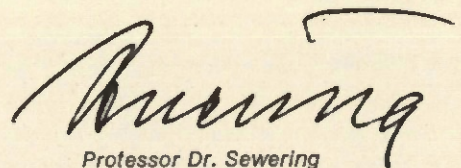
mehr unter uns. Nicht wenige, die seinerzeit als junge Delegierte dabei waren, gehören — jetzt als alterfahrene Standespolitiker — der Vollversammlung und dem Vorstand auch in dieser Wahlperiode an und werden wieder in Würzburg dabei sein. Viele junge Kolleginnen und Kollegen sind inzwischen dazugekommen. Dieser langsame, aber fortwährende Generationswechsel gewährleistet die Kontinuität der Arbeit unserer ärztlichen Berufsvertretung. Die Aufgaben und Probleme sind die gleichen. Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht unverändert die Wahrung der Berufsfreiheit und die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Versorgung unserer Mitbürger. Während aber vor 23 Jahren über viele nicht besetzbare Assistentenstellen geklagt wurde, stehen heute bereits junge Ärzte an den Türen der Krankenhäuser und fragen vergebens nach einem Arbeitsplatz. Bei der zunehmenden Zahl der Neuapprobationen werden sich Warteschlangen bilden und schon steht wieder das Bild des unbezahlt arbeitenden jungen Arztes im Raum. Obwohl die zunehmenden Arztzahlen sich zunächst in den Krankenhäusern zeigen und erst mit Verzögerung von einigen Jahren in der freien Praxis, ist es doch auch in diesem Bereich schon enger geworden. Der ärztlichen Berufsordnung, deren Fortentwicklung wir in Würzburg beraten werden, kommt deshalb zunehmende Bedeutung zu. Korrekte Praxisführung, kollegiales Verhalten gegenüber dem Nachbarkollegen, Beachtung des Werbeverbotes, Einhaltung der Grenzen des Fachgebietes sind Grund-

sätze, die gefährdet sein können, wenn die Zahl der Patienten unzureichend, die Auslastung teurer Investitionen nicht mehr gewährleistet ist. Die ärztliche Berufsvertretung hat hier mit der ihr übertragenen Aufgabe eine große Verantwortung, der sie gerecht werden muß, auch wenn es gelegentlich für den gewählten Mandatsträger belastend sein mag.

Die Gesundheits-, Sozial- und Standespolitik wird, wie jedes Jahr, breiten Raum in unseren Beratungen einnehmen. Es gibt genügend Aktuelles, worüber es sich lohnt, zu sprechen. Dabei werden wir das Verhältnis Krankenhaus — Praxis nicht ausklammern. Es darf keine Gegnerschaft geben, auch wenn die Interessenslage scheinbar unterschiedlich ist. Vergessen wir nicht, daß der überwältigende Teil der jungen Ärzte im Krankenhaus eine berufliche Zukunft nur in der freien Praxis finden kann.

Würzburg, diese Perle am Main, eine Stadt, die nach dem Krieg durch die Tüchtigkeit ihrer Bürger aus Trümmern auferstand, erwartet uns. Wir freuen uns auf Würzburg, wo jeder Raum, in dem wir zusammen treffen, ein Stück bayerische und deutsche Geschichte atmet. Unsere Beratungen werden sich dem würdig erweisen.

Allen Delegierten und allen Teilnehmern des 36. Bayerischen Ärztetages in Würzburg ein herzliches Willkommen!


Professor Dr. Sewering

Unterfranken begrüßt die Teilnehmer des 36. Bayerischen Ärztetages



Als Regierungspräsident von Unterfranken und damit gleichsam als Hausherr dieses schönen Regierungsbezirks begrüße ich alle Teilnehmer des 36. Bayerischen Ärztetages sehr herzlich. Ich freue mich, daß der Bayerische Ärztetag zur diesjährigen Landesversammlung nach Würzburg, der fränkischen Metropole am Main, eingeladen hat.

Im Mittelpunkt allen ärztlichen Handelns steht der Dienst am kranken, am hilflosen Menschen, der sich im Vertrauen auf die ärztliche Kunst, in der Hoffnung auf Heilung, in die Hände des Arztes begibt.

Dieser Dienst am Kranken wird – und dies bestreitet niemand – in unserer zunehmend technischen, bürokratischen und verrechtlichten Welt immer schwieriger.

Technik, Bürokratie und das Recht, mit dem wir leben, sind begründet und verfestigt in Normen, die unsere Gesellschaft tief beeinflussen, und denen sich Arzt und Kranker, jeder in seiner unverwechselbaren Individualität, gegenübergestellt sehen. So entsteht ein Spannungsfeld, in dem der Arzt den Anforderungen gerecht werden muß, die der Fortschritt in der Technik an sein ärztliches Verantwortungsbewußtsein stellt. Gleichzeitig sieht er sich in seiner Tätigkeit als Arzt durch die Forderungen eingeschränkt, die der moderne Sozialstaat erhebt. Daneben setzt seinem Handeln die Rechtsprechung Schranken, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten zu einem Verhältnis der Formalien erstarren zu lassen droht.

Der Arzt muß als Teil des Ganzen seiner Aufgabe gerecht werden. Hierbei sind stets Konzessionen nötig, bei denen jedoch das ärztliche Ethos nicht verlorengehen darf.

Möge auch dieser Ärztetag dazu beitragen!

Allen Teilnehmern und Gästen wünsche ich schöne und interessante Tage in Würzburg und eine frohe Begegnung mit unserem Frankenwein.

Philipp Meyer

Dr. h. c. Philipp Meyer
Regierungspräsident von Unterfranken



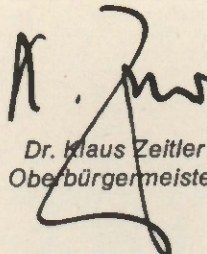
Würzburg grüßt den 36. Bayerischen Ärztetag

Ein herzliches Willkommen allen Teilnehmern des 36. Bayerischen Ärztetages in Würzburg! Die Medizinische Fakultät der Universität Würzburg kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Im vergangenen Jahr haben wir alle, die Bevölkerung gemeinsam mit den Universitätsmitgliedern, das 400. Gründungsjubiläum der Alma Julia Herbipolensis gefeiert. Besonders gewürdigt wurde dabei die Bedeutung der Medizinischen Fakultät der Universität in der Geschichte unserer Stadt, auch in der Geschichte der deutschen Medizin.

In Würzburg entdeckte W. C. Röntgen die nach ihm benannten Strahlen. In Würzburg lehrten und arbeiteten u. a. so berühmte Ärzte wie Virchow, Koelliker und Naturwissenschaftler wie Johannes Stark, Wilhelm Wien und Eduard Buchner.

Doch nicht nur aus historischer Sicht ist Würzburg der medizinischen Wissenschaft aufs engste verbunden. Das Würzburger Universitätsklinikum gehört zu den modernsten Einrichtungen seiner Art in Deutschland, und noch heute gehört die Ärzteausbildung zu den vornehmsten Aufgaben der hiesigen Universität.

Die Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer werden sich ausführlich mit Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie mit den Aufgaben der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung befassen. Themen, die ob ihrer Aktualität keines Kommentars bedürfen. Ich hoffe jedoch, daß die Delegierten und die Besucher des Ärztetages darüber hinaus auch Zeit und Gelegenheit finden, die landschaftlichen Schönheiten Mainfrankens zu entdecken und vielleicht auch in einer der zahlreichen Würzburger Gaststätten bei Frankenwein, Würzburger Bier und Gerichten der fränkischen Küche Erholung und angenehme Stunden zu finden.


Dr. Klaus Zeitler
Oberbürgermeister



Herzlich willkommen in Würzburg!

Der Ärztliche Bezirksverband Unterfranken und der Ärztliche Kreisverband Würzburg und Umgebung grüßen die Gäste und Teilnehmer des 36. Bayerischen Ärztetages!

Es sind 23 Jahre ins Land gegangen, seit das bayerische Ärzteparlament zuletzt in Würzburg getagt hat. Damals wie heute sind die gewählten Delegierten aufgerufen, über Wege und Ziele einer optimalen ärztlichen Versorgung unserer Mitbürger zu beraten und zu beschließen.

Ebenso wichtig sind die Beratungen, welche in einer Zeit wirtschaftlicher Enge die Fragen unserer Berufsausübung zum Inhalt haben. Da Ideallösungen zumeist nicht erreichbar sind, sollten wir den Blick auf das Mögliche richten.

Das Schicksal unserer Vaterstadt Würzburg kann dabei Vorbild sein. Seine ruhmreiche Vergangenheit und das ehrwürdige Stadtbild, ausgelöscht im Inferno des 16. März 1945, ist in einer heute fast nicht mehr vorstellbaren Anstrengung in rund dreißig Jahren wiedererstanden. Hier vereint sich stolze Tradition und ein Aufbaumut, der aus der Not eine Tugend gemacht hat.

Nehmen wir uns an dieser Stadt ein Beispiel und gehen mit Mut und Opferbereitschaft an die Aufgaben der kommenden Jahre!

Dr. B. Brückl

**1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken
und des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg und Umgebung**

Würzburg — Medizinhistorischer Gang durch Jahrhunderte

von M. Holler

Aus dem Institut für Medizingeschichte der Universität Würzburg (Vorstand: Professor Dr. med., Dr. phil. Gundolf Keil)

Würzburg ist sicherlich unter den deutschen Städten im Zeitalter des Massentourismus eine der bekanntesten geworden. Jedesmal zur Sommerzeit, wenn sich die Urlaubsmassen am Kreuzungspunkte der West-Ost-Verbindung und der Nord-Süd-Verbindung unweit Würzburg — Biebelrieder Kreuz — treffen, ertönt in Bayern 3, jedem kund und zu wissen, die Hiobsbotschaft des Staus auf der Autobahn Würzburg-Nürnberg. Die Länge der Autoschlangen wird kilometerweise angegeben. So behält jeder bei Antritt des Urlaubs Würzburg in bester Erinnerung.

Früher, als man noch nicht „das Weinfäß an der Autobahn“ umfuhr, sondern mitten in es hineinfahren mußte, galt Würzburg mit seinen schönen Parkanlagen um die Residenz und das Juliusspital als „der Vorgarten Italiens“ und stimmte den Bildungsreisenden auf südliche Gefilde ein. Man sah und erlebte die Stadt des Tilman Riemenschneiders, des Walther von der Vogelweide, dessen Grab man im Lusamgärtlein hinter dem Neumünster heute noch besuchen kann. Man sah die Werke des Bildhauers im Killiansdom und wußte, daß es drei irische Missionare waren, die das Christentum in diese deutsche Landschaft brachten und dafür den Märtyrertod erleiden mußten.

Vorgeschichte

Prähistorisches über Medizinisches zu Zeiten der ersten Bewohner Mainfrankens und deren Metropole Würzburg ist uns nicht bekannt. Wir wissen zwar von keltischen Ansiedlungen, aber über deren medizinische Tätigkeiten können wir nichts sagen.

Aus der Zeit, als das Christentum durch die drei Irenapostel Kilian, Kolonat und Totnan Fuß gefaßt hatte, ist Medizinisches nicht überliefert. Fehlanzeige urkundlichen

Beweises medizinischer Tätigkeit im Bistum Würzburg unter dem ersten Bischof Burkard muß es heißen. Sicherlich wird es bei der Münsterkirche ein öffentliches Hospitium gegeben haben mit einem Domus hospitium als Pilgerherberge und einem Domus hospitalis für kranke Stadtarme, wie wir es aus anderen Städten wissen.

Bekannt ist ein Rezept, das um 800 in Aachen entstand, ein „Pulvis contra omnes febres et contra omnia venena“, von dem sich eine Abschrift 840 aus Würzburg erhalten hat. 67 Bestandteile hatte diese Rezeptur, woraus man ersehen kann, welche Anforderungen an den damaligen Arzt gestellt wurden, als es noch keine Magistralformeln und konfektionierte apothekengängige Medikamente gab.

Finsteres Mittelalter

Mit diesem Rezept sind wir „im finsternen Mittelalter“ angekommen. Daß dieses eigentlich gar nicht so finster war, dies zu erhellen, hat sich der derzeitige Ordinarius für Medizingeschichte der Universität Würzburg in den Kopf gesetzt, und so sucht er und eine Vielzahl seiner Doktoranden und Schüler der Neuzeit ein Licht aufzustecken, damit sie das Mittelalter richtig sieht.

Wir wissen von Hospitalgründungen in Würzburg. Jedem Reisenden, der die Stadt besuchte, fiel nicht nur der außerordentliche Reichtum der Stadt an Kirchen, sondern auch der außerordentliche Reichtum an karitativen Einrichtungen — insbesondere an Spitalern — auf. Im Zeitalter der Kreuzzüge gründete der Deutsche Ritterorden 1097 das St. Oswaldhospital bei der St. Margaretenkapelle für erkrankte Kreuzfahrer. 1120 wird ein Spital beim Benediktinerkloster St. Stephan in der Würzburg-Vorstadt Sand urkundlich bezeugt. Urkundlich bezeugt ist auch 1144 das St. Dietrichshospital unter dem Patrozi-

nium des Hl. Theodoricus. Eine Urkunde aus dem Jahre 1319 bekundet vor dem Haugerburtor das von dem Bürger Johann v. Steren gestiftete Spital, das spätere Bürgerspital zum Hl. Geist. Wir können vermuten, daß es sich bei dem erstgenannten Spital wohl um ein Klosterspital im Sinne der Regel des Hl. Benedikt gehandelt hat und daß dort eben auch Mönchsmedizin betrieben wurde. Aber mehrere Konzilien hatten ja dem Klerus die Ausübung der Medizin untersagt. Wir wissen, daß Bischof Manegold 1298 in Würzburg dem Klerus sogar die Gegenwart bei chirurgischen Kuren untersagte. So mußte man denn für die ärztliche Betreuung der Spitalinsassen auf Medici zurückgreifen.

Wir erfahren, daß ein Arzt namens „Süsskind von Trimberg“ von 1218 bis 1225 am Stadtspital angestellter Arzt gewesen sein soll. Er war Jude. Jüdisches war ja auch bei der Gründung des Juliusspitals durch Julius Echter von Mespelbrunn nicht ohne Bedeutung, doch davon später.

Wir wissen auch von einem Meister „Ortolf von Beierlant geborn, ein arzet in Wirzeburc“. Wir wissen es, weil er uns ein Arzneibuch hinterlassen hat. Ein Buch in der damaligen Landessprache, ein Fachbuch für den Nichtpromovierten und Nichtstudierten und Laienarzt. Gewissermaßen ein Tuchel-Repetitorium, oder heute würde der Student besser verstehen „Mediskript“ der damaligen Zeit. Es hat schon etwas länger gedauert, bis man doch bestätigen konnte, daß die Angabe in diesem Kompendium „ein arzet in Wirzeburc“ tatsächlich stimmt. Wir wissen zwar nicht die genaue Lebenszeit dieses Mannes, wir wissen aber, daß er in Würzburg ein Haus besessen hat, das noch nach seinem Tode seinen Namen trug und in Urkunden als „Ortolfhaus“ erwähnt wird. Es heißt, daß dieses Haus einstmals Meister Ortolf, dem Würzburger Wundarzt gehörte. Da es neben dem Kestlerhof lag und wir dessen Lage wissen, können wir sagen, es muß gegenüber dem heutigen Bischöflichen Ordinariat gelegen haben. Zeitlich muß er im 13. Jahrhundert in Würzburg tätig gewesen sein. Ein Bestseller war sein Arzneibuch anscheinend enfangs nicht. Die Konkurrenz war groß, jedoch nimmt die Überlieferung nach 1400 sprunghaft zu, was aus den vorhandenen Handschriften zu er-

sehen ist. Nach Erfindung der Buchdruckerkunst erscheint es auch in verschiedenen Drucken. 1345 ist ein Cyrologus „Meister Conrad von Wimpfen“ vom Bischof Konrad als Wundarzt angestellt worden. Sicherlich haben die Bischöfe hier erkannt, daß die medizinische Betreuung ihres Fürstbistums nicht alleine den herumreisenden Steinschneidern und Marktschreibern überlassen werden konnte. Aber eine vollständige Liste der sicher bekannten Leibärzte der Fürstbischöfe und Stadtärzte haben wir erst mit „Burkard von Horneck“, der 1505 in Würzburg angestellt wurde und bis zu seinem Tode – 1522 – in Würzburg verblieb und seine für damalige Verhältnisse recht große Bücherei (183 Handschriften) dem Domstift vermachte. Damals waren diese Leib- und Stadtärzte auch für die Erstellung des „Lasskalenders“, d. h. also der Tage, an denen zur Ader gelassen werden durfte, zu ständig, bis es schließlich im 16. Jahrhundert einem dieser Ärzte zu dumm wurde und er es in seinem Anstellungsvertrag strikte ablehnte, der Kalendermacher zu sein.

Die erste Universität Würzburg

Als im späten Mittelalter in Italien die ersten Universitätsgründungen mit medizinischen Fakultäten entstanden, mußte jeder deutsche Student eine Lehre auf den Hohen Schulen Italiens absolvieren. Später kam auch Frankreich mit Universitäten dazu. Erst mit der Gründung der Prager Universität durch Karl IV. in seinem Erbland Böhmen 1348 hatte Deutschland eine Universität. Dennoch mußten die fürstbischöflichen Landeskinder auch außer Landes, nämlich an die in anderen deutschen Fürstentümern gegründeten Universitäten. Diesem Mangel wollte man in Würzburg abhelfen mit der Gründung einer Universität. Wahrscheinlich aus der Domschule, dem sogenannten „Gymnasium herbipolense“, ging diese erste Würzburger Universitätsgründung vom 10. 12. 1402 hervor. Es war der Bischof Johann von Egloffstein, dem der damalige Pabst Bonifatius der IX. die päpstlichen Privilegien für die Gründung bewilligte. Diese Universität befand sich damals im Hofe zum Katzenwicker, Katzenweikard, Katzenwinkhaus und zum großen Löwen, auf dem Gebiet, wo sich heute die Mozartschule be-

findet, also Maxstraße, Hofstraße bis zum heutigen Residenzplatz. Sie lebte nur kurz. Warum erfahren wir aus den Versen des Abtes Trithemius von Sponheim, der von 1506 bis zu seinem Tode 1516 in Würzburg Abt im Schottenkloster St. Jakob war. In seinen Hirsauer Analen schreibt er darüber,

Balnea, census, amor, lis, alea,
crapula, clamor, impediunt multum
Herbipoli studium.

Was ich frei übersetze: Durch Weiber, Wein und Würfelspiel die Würzburger Universität verfiel. So konnte es auch nicht ausbleiben, daß dann der dritte Rektor dieser ersten Alma herbipolenses – Johann von Zantfurt – am 1. 12. 1413 von seinem Diener erschlagen wurde. Allerdings muß der Medizinhistoriker zugeben, ob eine Facultas gratiosa medicorum an der damaligen Universität existiert hat, können wir nicht sicher urkundlich belegen. So ist es also gekommen, daß Würzburg nicht als sechste Universitätsgründung in die deutsche Universitätsgeschichte eingegangen ist, sondern im Jahre 1582 als 22.

Gründung des Julusspitals

Drei der älteren Spitäler sind ja bereits genannt worden. 1322 hören wir von einem Judenspital, 1348 werden die Leprakranken auf der Schottenau angesiedelt. 1358 wird von einer Wittfrau das Elisabethenordenshaus für arme Frauen und Jungfrauen am Inneren Graben errichtet. Als die Franzosenkrankheit auch nach Würzburg kam, wandelte man dieses Elisabethenhaus nach 1494 zu einem Franzosenhaus um, d. h. also in eine Pflegestätte für an der Lustseuche Erkrankter. 1496 wird das Hofspitalgebäude errichtet, das unter den Schutz der Vierzehn Nothelfer gestellt wird und im Gebiet des adeligen Ritterstiftes St. Burkard lag. Würzburg war also mit karitativen Spitalseinrichtungen sehr wohl versehen.

Als Julius Echter am 1. 12. 1573 zum Bischof von Würzburg gewählt wurde, reichten trotzdem diese Spitäler nicht aus. Ein Jahr vor seinem Regierungsantritt – 1572 – war ein Hunger- und Seuchenjahr gewesen, ein Jahr nach seinem Regierungsantritt 1574 wiederum. Es mußte ihn darin bestärken, für die Armen und

Endlich ein
wirklich
preiswerter
Betablocker

neu
von Sanorania

Beta-Tablinen® 40
Beta-Tablinen® 80
Beta-Tablinen® retard

zur individuellen Dosierung
40 mg

20 mg

10 mg

Zusammensetzung
1 Tabl. enthält 40, 80, 160 mg (retard)
Propranolol HCl.

Indikationen
Hypertonie, Angina pectoris, hyperkinetisches Herzsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Migräne, Hyperthyreose

Kontraindikationen
nicht kompensierte Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, Schock, AV-Block 2. und 3. Grades, Bradykardie, Azidose, obstruktive Atemwegkrankungen, Diabetes mellitus, akutes Leber- u. Nierenversagen M. Raynaud, allerg. Entzündungen der Nasenschleimhäute, Schwangerschaft (bes. 1. Trimenon) u. Stillzeit Risikoabwägung

Mögliche Nebenwirkungen
Kribbeln und Kältegefühl in Gliedmaßen, Hautrötung, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit, Erhöhung des Atemwegwiderstandes, Verstärkung bestehender Herzinsuffizienz, Bradykardie, Einschränkung des Transtrusses, Verstärkung peripherer Durchblutungsstörungen; bei älteren Patienten mit Diabetes kann es bei längerer Behandlung zur Verschlechterung der Glucosetoleranz kommen. Bei vasospastischer Angina können Angina-pectoris-Anfälle verstärkt werden. Müdigkeit, Muskelschwäche u. -krämpfe, Schlafstörungen, Halluzinationen, Depressionen.

Dosierung
3 x täglich 1 Tablette evtl. steigern auf 2-3 x täglich 2 Tabletten. Retard: 1-2 Tabletten/Tag

	25 Tabl.	50 Tabl.	100 Tabl.
40 mg	7.05	10.-	19.-
80 mg	9.50	15.-	28.50
retard	24.-	37.-	69.-

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Namenskürzung:
DH-Ergotamin-
Tablinen retard

jetzt

DHE-Tablinen[®] retard

Namenskürzung:
DH-Ergotoxin
Tablinen
forte

jetzt

DH-Tox-Tablinen[®] 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-
ergocorninmesilat,
Dihydroergokryptin-
mesilat = 2 mg Dihydro-
ergotoxinmesilat.

Indikationen

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

50
Tabl. 36.52

100
Tabl. 67.00

250
Tabl. 151.34

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Kranken ein Spital zu gründen. Während das Domkapitel meinte, man könne die in der Stadt vorhandenen dreizehn Spitäler reformieren, um so der Not Herr zu werden, schwebte dem Fürstbischof eine andere Lösung vor. Als Platz für seine Spitalgründung wählte er den außerhalb der Stadtmauern in der Vorstadt Pleich gelegenen Judenfriedhof. Da die Judenschaft Frankens bei Kaiser Rudolf II. dagegen protestierte, sah sich Julius Echter gezwungen, möglichst rasch zu handeln. Er schaffte Tatsachen. Er begann am 12. 3. 1576 den Spitalbau mit der Grundsteinlegung. Am 12. 3. 1579 wurde die Stiftungsurkunde ausgestellt. Das Spital sei gegründet worden, so heißt es, da für das arme abgearbeitete und unermögende Volk, auch für alte Kranke, Bresthafte und verlassene Leut weniger Fürsorge geschehe, als es eigentlich die jetzige Zeit erforderte. Die Einweihung erfolgte am 10. 7. 1580. Ein erster Hausarzt wurde 1581 eingestellt, wobei die Anstellungsurkunde genau Anweisung gibt, daß der Arzt die Kranken zweimal am Tag, früh und am späten Nachmittag, zu besuchen, sie zu behandeln und die entsprechenden Arzneien in der Apotheke zuzubereiten habe. Es war also eine Spitalgründung, die Kranke und alte Leute aufnahm, Hospital und Pflegeheim in einem.

**Die Gründung der
„Alma Mater Julla“**

Die Universität Würzburg ist die zweite große Gründung des Fürstbischofs Julius Echter von Mespelbrunn. Ein Bedürfnis, in Würzburg eine Universität zu gründen, hatte eigentlich schon der Vorgänger Julius Echers, der Fürstbischof Friedrich von Wirsberg (1558 bis 1573). Er wollte denjenigen seines Stiftes, die sich dem Staats- und Kirchendienst im Fürstentum widmen wollten, Gelegenheit zu Studien im eigenen Vaterlande geben. Er errichtete 1561 ein humanistisches Gymnasium und hatte die Absicht, es in eine Universität mit vier Fakultäten umzuwandeln. Unterrichtsstunden für die Medizin waren an diesem Gymnasium auch vorgesehen. Der Stadtarzt Dr. Bernhard Mylius zu Weißenburg im Nordgau erklärte sich bereit, die nötigen Vorlesungen so lange unentgeltlich zu geben, bis der Fürst die erforderliche Anzahl der Gelehr-

ten für eine medizinische Fakultät hatte. Er selber fühlte sich aber aus Altersgründen nicht imstande, diesen Unterricht ununterbrochen zu erteilen, auch fühlte er sich einer so hohen Aufgabe nicht ganz gewachsen. Julius Echter als sein Nachfolger führte dann die Universitätsgründung durch. Nachdem das Juliuspital eingeweiht war, geschah dann am 2. 1. 1582 die Eröffnung der Universität. Während die drei übrigen Fakultäten wuchsen, wurden erst im Jahre 1587 die Statuten der Medizinischen Fakultät beschlossen und erst im Jahre 1593 waren genügend Lehrer vorhanden, so daß die Vorlesungen begonnen werden konnten. Die ersten Lehrer an der neuen Würzburger Medizinischen Fakultät waren die Professoren Dr. Adrianus Romanus als Theoretiker, Dr. Johannes Stangelius als Practicus, Dr. Georgius Leierus als Chirurg. 1594 erfolgten die beiden ersten medizinischen Doktorpromotionen.

In der ersten Zeit waren es eigentlich nicht die Mediziner, die in Würzburg Hervorragendes leisteten, sondern zwei Angehörige der Philosophischen Fakultät, einmal Athanasius Kircher, Professor der Mathematik, Philosophie und orientalischen Sprachen, der über ansteckende Krankheiten veröffentlichte, und dessen Schüler Caspar Schott (1605 - 1666), der mit seinem Lehrer Kircher 1631 im Zuge der Schwedenbesetzung Frankens nach Rom ging und 1655 nach Würzburg zurückkehrte. Er machte physiologische Experimente und besitzt Bedeutung in der Geschichte des Taubstummenunterrichts. Er schilderte, wie Taubstumme das Gesprochene von den Lippen Sprechender lesen, und selber sprechen lernen.

„Die Academia Sieboldiana“

Im 18. Jahrhundert erlangte Professor Johann Bartel Adam Behringer (an der Universität von 1700 - 1740) Berühmtheit, nicht so sehr aufgrund seiner medizinischen Leistungen als durch einen Studentenskandal, der in die Fakultätsgeschichte als die „Würzburger Lügensteine“ eingegangen ist. Er sammelte Versteinerungen aus dem Würzburger Muschelkalk. Angestiftet von einem Gegner, verfertigten Würzburger Studenten Versteinerungen, sie legten sie in die

Steinbrüche, in denen Behringer zu sammeln pflegte. So fand der Professor z.B. zwei Frösche in „Coppula“. Selbst hebräische Lettern waren im fränkischen Muschelkalk zu sehen. Eine dieser Versteinerungen trug in hebräischen Buchstaben das deutsche Wort „Esel“. Behringer konnte anscheinend nicht hebräisch, so daß er erst später erfuhr, welch üblen Scherz man ihm gespielt hatte. Er hatte im Jahre 1726 alles wunderbar veröffentlichen lassen durch einen seiner Schüler, Georg-Ludwig Hüber. Als er schließlich durch anonyme Briefe sah, wie man ihn getäuscht hatte, kaufte er die ganze Auflage, soweit noch im Buchhandel vorrätig, auf. Es nützte ihm nichts. 1776 wurde das Buch „reprinted“ als Kuriosum. Teile der Sammlung sind in Würzburg im Mineralogischen Institut, auch im Mainfränkischen Museum. Edward Mörike erfreute sich an ihnen, als er mehrere „Lügensteine“ geschenkt bekam.

Medizinisch lagen die Dinge im argen. So haben wir Beschwerden der Studenten, daß z.B. die Chirurgie vernachlässigt und meistens nicht gelesen wurde. Das änderte sich allerdings dann, als Carl Caspar von Siebold nach Würzburg kam. 1760 kam er als Feldscher, dem Feldspital der kursächsischen Truppen zugeeilt, nach Würzburg, schließt sich dem Oberchirurgen am Juliuspital – dem Demonstrator der Anatomie und Hebammenlehrer – Georg Christoph Stang (1704 - 1779) an, beginnt sein medizinisches Studium, schließt es in Würzburg glänzend ab. Der damalige Fürstbischof, Adam Friedrich von Seinsheim, hat anscheinend die Bedeutung und Fähigkeit des jungen Mannes erkannt. Eineinhalb Jahre ließ er ihn in Frankreich und England chirurgisch ausbilden und ernannte ihn nach seiner Rückkehr 1766 zu seinem Leibarzt. Nach bestandnem Doktorexamen wurde er Ordinarius für Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe und hat die Chirurgie in Würzburg großgemacht. Rufe nach Berlin an die Charité lehnte er ab. Er hatte die Tochter seines ehemaligen Lehrers, des Oberchirurgen Stang, geheiratet. Von seinen vier Söhnen wurden drei noch zu seinen Lebzeiten Ordinarien in Würzburg. Johann-Georg-Christoph übernahm die Medizinische Klinik, Johann Bartel die Chirurgische Klinik des Vaters und Adam Elias die Geburts-

hilfliche Klinik. Der vierte Sohn, Johann Theodor Danjan, wurde Stadtphysikus und Obermedizinalrat in Darmstadt. Nachdem sein Schwager, Ignaz Bartel Josef Stang, den Lehrstuhl für Pharmakologie hatte, war die Würzburger Universität fest in der Hand der Familie Siebold, so daß man scherzhafterweise zur damaligen Zeit nicht von der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, sondern von der „Academia Sieboldiana“ sprach, anerkennend gewissermaßen. Einer der Enkel, der Sohn von Johann-Georg-Christoph von Siebold, ist der berühmte Japanforscher Philipp Franz von Siebold, dessen Denkmal an der Neuen Universität steht.

Entwicklungsgeschichte

Mit der Academia Sieboldiana an der Wende des 18. zum 19. Jahrhunderts erlebte die Medizinische Fakultät der Universität eine erste Hochblüte. Diese Blüte sollte weiterdauern. 1803 kam, nachdem eine Bamberger Universitätsgründung gescheitert war, Ignaz Döllinger als Anatom und Physiologe nach Würzburg. Er zog viele Schüler an. Sein berühmtester ist der Entdecker des Säugetiereies, Karl-Ernst von Baer, gewesen. Döllinger beschäftigte sich sehr viel mit Entwicklungsgeschichte. Da ihm sein Prosektor Hesselbach – der Prosektor dem Ordinarius! – die Türe vor der Nase schloß, unterrichtete er in seiner Wohnung im Rückker-Main-Gebäude. Für seine entwicklungsgeschichtlichen Studien am besten geeignet waren Hühner-eier. Gemeinsam mit seinen Schülern erfand er einen Brutapparat, und da die Wißbegierde so groß war, mußte man in Würzburg auf sein Frühstücksei verzichten, weil Döllingers Schülerschar jeden Morgen auf dem Markt die schon gelegten Eier aufgekauft hatte, um sie frisch vom Korb in den Brutapparat zu legen und nach verschiedenen Brutzeiten zu untersuchen. Döllinger war auch ein ganz berühmter Botaniker, insbesondere ein profunder Kenner der Moose.

Kliniker

Professor der Inneren Medizin war zu dieser Zeit in Würzburg Dr. Nikolaus Anton Friedreich (1761 - 1836), nicht zu verwechseln mit seinem Enkel Nikolaus Friedreich (1825 -

1882), dem Ataktiker, dem Erstbeschreiber der sogenannten Friedreichschen Ataxie. Nikolaus Anton Friedreich hat allerdings für die Neurologie auch eine Bedeutung. Er ist nämlich der Erstbeschreiber der rheumatischen Fazialisparese und hat ihr auch den Namen gegeben. Ihm fiel auf, daß es Gesichtslähmungen gibt, die kombiniert sind mit einer Halbseitenlähmung, und ihm fiel auf, daß es Gesichtslähmungen gibt, bei denen keine Halbseitenlähmung auftritt. Diese nannte er rheumatische Lähmungen. Er führte sie auf Erkrankungen des Nervus facialis zurück. Was die Familie Siebold gleichzeitig in Würzburg war, waren die Friedreichs eigentlich nacheinander. Der Sohn des Beschreibers der rheumatischen Fazialislähmung, Johann Baptist Friedreich, (1796 - 1862) war ebenfalls Professor der Medizin in Würzburg, bis er 1832, da er sich an den damaligen Unruhen beteiligt hatte, als Gerichtsarzt nach Weißenburg strafversetzt wurde. Er besitzt eine Bedeutung als Gerichtsmediziner und gerichtlicher Psychiater. Er hat auch eine der ersten großen Bibliographien zur Literatur der Psychiatrie erstellt, die er bescheiden „Versuch einer Literargeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ nannte. Sein Sohn ist dann der Friedreich der Ataxie, der in Würzburg bei Virchow und bei Koelliker studierte, und sich 1853 in Würzburg habilitierte mit einer Schrift über „Die Geschwülste in der Schädelhöhle“. Dabei gelang ihm die Erstbeschreibung der Hemiplegia cruciata, d. h. jenes Phänomens, bei dem auf einer Seite Hirnnervenausfälle und kontralateral auf der anderen Seite, gekreuzt also, eine spastische Halbseitenlähmung zu beobachten sind. Er deutete dies als lokalisatorisches Zeichen für Krankheitsprozesse an der Schädelbasis. Doch wir haben vorgegriffen. Schüler Döllingers mit einer Arbeit über die Hirnmetamorphose war Johann Lucas Schoenlein, der 1819 Nachfolger Friedreichs wurde. Schoenlein, der größte interne Kliniker des mittleren 19. Jahrhunderts, führte die Fakultät zu großer Blüte, was alleine aus den Zahlen der Medizinstudenten hervorgeht, als er Würzburg verlassen mußte. Sie sanken auf ein Drittel ab. Nachdem man schon seit 1830, nach der Julirevolution, ihn politischer Umtriebe verdächtigt hatte und ihn nach dem Hambacher

Fest am 27. 5. 1832 seiner Ämter ent-
hoben hatte, wollte man ihn am 3. 4.
1833 nach dem Frankfurter Attentat
verhaften. Mit Hilfe des Industriellen
Bauer, der Schnellpressenfabrik
König & Bauer in Oberzell, gelang
es ihm, in einer Nacht- und Nebel-
aktion den bayerischen Häschern zu
entkommen und auf einem Main-
schiff nach Frankfurt zu fliehen. Spä-
ter wurde er Ordinarius in Zürich
und in Berlin. Er muß ein ganz be-
sonders guter Redner gewesen sein.
Veröffentlicht hat er außer seiner
Doktorarbeit nur zwei Arbeiten, die
nicht einmal drei Spalten im „Baye-
rischen Ärzteblatt“ ausmachen wür-
den, und dennoch galt er als der
größte Kliniker seiner Zeit. Ja, er
wollte vielleicht gar nicht veröffent-
lichen, er wehrte sich dagegen, daß
Mitschriften seiner Vorlesung zu
medizinischen Bestsellern wurden
und hat gerichtlich Schritte gegen
deren Veröffentlichung unternom-
men. Es hat nichts genützt. Er war
es auch, der wahrscheinlich auf-
grund seiner politischen Verfolgung-
en Virchow nach Würzburg brachte.
Als Ordinarius in Berlin, ehemaliger
Ordinarius in Würzburg, hat er nach
1848, wo ja Virchow eine Rolle
spielte bei den politischen Berliner
Ereignissen und keine Stelle finden
konnte, der Fakultät den jungen Vir-
chow als Pathologen vorgeschlagen.
1856, als etwas Gras über die politi-
schen Tätigkeiten Virchows gewach-
sen war, war er es, der die Berufung
Virchows auf den Lehrstuhl für
Pathologie nach Berlin betrieb. Man
darf sagen, daß Virchow in seiner
kurzen Tätigkeit in Würzburg die
Grundlagen für seine Zellulärpatho-
logie legte und sie im Handgepäck
dann nach Berlin mitnahm.

Ein halbes Jahrhundert nämlich von
seiner Berufung von 1847 an hat

sicherlich der Anatom Alber Koelli-
ker (1817 - 1905) die Medizinische
Fakultät entscheidend beeinflusst.
Man könnte ihn parallel zu Virchow
als Zellulärpathologen gewisserma-
ßen „als Zellulärphysiologen“ be-
zeichnen. Es sind nicht Einzelent-
deckungen, die er gemacht hat, son-
dern die Kunst des Mikroskopie-
rens, die er seinen Schülern bei-
brachte, die aus aller Herren Länder
zu ihm kamen. Darunter nicht nur
Mediziner, sondern Zoologen und
Naturwissenschaftler. Die Hand die-
ses Anatomen war es auch, die Wil-
helm Conrad Röntgen, als er seinen
Vortrag über die Strahlen in der
physikalisch-medizinischen Gesell-
schaft in Würzburg am 23. 1. 1896
hielt, unter dem Beifall des Publi-
kums aufnahm. Gewissermaßen
wurde er somit zum Begründer der
Röntgenanatomie. Koelliker war es
auch, der dann in seiner Ansprache
vorschlug, die sogenannten X-Strah-
len in Zukunft Röntgenstrahlen zu
nennen.

Natürlich haben wir vieles auslas-
sen müssen und wir sind an die
Schwelle des 20. Jahrhunderts ge-
kommen. Dem Historiker sei es
aber nicht verwehrt, auch etwas
über die Medizingeschichte in Wür-
zburg zu sagen. Bis in die Jahre 1830
hinein kann eine Medizingeschichte
eigentlich im echten Sinne gar nicht
entstehen. Was häufig an den Uni-
versitäten den Medizinern gelehrt
wird, ist ja der Stoff, der sich ange-
sammelt hat im Laufe der Jahrhun-
derte, der tradierte Lehrinhalt frü-
herer Ärzte ist Medizin und wird als
Fachwissen übermittelt. Was also
Ärzte früherer Zeit schrieben und
lehrten, mußte der Arzt wissen. Mit
dem rasanten Fortschreiten der Na-
turwissenschaften um die Mitte des
19. Jahrhunderts wird es anders.

Die historischen Einleitungen in den
Lehrbüchern entfallen, was frühere
Ärzte schrieben und sagten, besitzt
nur noch historische Qualität, muß
vom Studenten nicht mehr gewußt
werden. Es kommt zur ersten Grün-
dung kurzlebiger medizinhistori-
scher Zeitschriften. Historisch in-
teressierte Ärzte veröffentlichen Me-
dingeschichten, bis das Fach sich
dann auch in den Fakultäten der Me-
dizin etablieren kann mit Lehrstüh-
len. Der erste deutsche ordentliche
Lehrstuhl für Medizingeschichte ist
der Leipziger, der zweite persön-
liche ordentliche Lehrstuhl der
Würzburger. Erster Lehrstuhlinha-
ber war Professor Dr. Georg Sticker
(1860 - 1961). Er kam von der Innen-
ren Medizin und beschäftigte sich
mit Seuchen, auch wie der große
Johann Lucas Schoenlein mit Seu-
chengeschichte. Professor Sticker
war es, der die Rolle des Ratten-
flohes als Zwischenträger bei den
Pestseuchen erkannte. Er hat auch
über die Geschichte der Medizini-
schen Fakultät an der Alma Julia
die ersten größeren Arbeiten ver-
öffentlicht. Auch noch nach seiner
Emeritierung hat er im hohen Le-
bensalter medizingeschichtliche Vor-
lesungen an der Fakultät gehalten.
Geistig rüstig, wurde er wirklich der
Nestor der deutschen Medizinge-
schichte. Er starb im hohen Alter
von 101 Jahren.

Literatur:

Sticker Georg, Entwicklungsgeschichte der Me-
dizinischen Fakultät an der Alma Julia in Buch-
ner Max (Hrsg.). Aus der Vergangenheit der
Universität Würzburg — Festschrift zum 350jäh-
rigen Bestehen der Universität, Berlin 1932 —
Springer Baumgart P. (Hrsg.). Vierhundert
Jahre Universität Würzburg, Neustadt a. d. A.
1962, Degener und Co.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Michael Holler, Nervenarzt,
Hofstraße 20, 8700 Würzburg

34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 11. Dezember 1983

— s. Programm Seite 728 —



Tremor

Zur Qualität der medizinischen Ausbildung*

von H. Valentin

Als derzeitiger Vorsitzender des Vorstandes des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland bin ich gebeten worden, mit diesem Referat in den Problembereich „Qualität der medizinischen Ausbildung“ einzuführen. Man möchte Auskunft darüber erhalten, ob angesichts der zu hohen Studentenzahl in der Medizin eine Qualität in der Ausbildung gewährleistet werden kann, die eine unmittelbare Niederlassung in eigener Praxis nach Beendigung des Studiums zuläßt. Damit stehen die Approbationsordnung für Ärzte und die derzeit gültige Kapazitätsverordnung zur Diskussion. Bei diesem Fragenkomplex möchte ich zunächst einige allgemeine Anmerkungen machen und dann die speziellen Sachverhalte im zeitlichen Ablauf darstellen.

1. Die gegenwärtige öffentliche Diskussion über die Mediziner-Ausbildung

Umfang und Inhalt des Studiums der Humanmedizin werden seit mehr als drei Jahrzehnten fortlaufend diskutiert. Gegenwärtig ist davon auszugehen, daß es wahrscheinlich für Studenten und Hochschullehrer eine schwierige Aufgabe darstellt, die Berufsausbildung der Humanmedizin unter den derzeitigen Umständen zu absolvieren bzw. zu gewährleisten. Ganz sicher aber ist die Medizinerbildung in der Öffentlichkeitsdiskussion seit langer Zeit die umstrittenste und kontroverseste akademische Berufsausbildung. Bekanntlich sind in den letzten drei Jahrzehnten zahlreiche Vorschläge zur Reform des Medizinstudiums publiziert worden. Die verschiedensten Institutionen, Verbände und gesellschaftlichen Gruppen haben sich an dieser Diskussion beteiligt. Nach der Verabschiedung

der Approbationsordnung und ihrer Einführung war es zunächst etwas ruhiger geworden. In den vergangenen Jahren hat sich die Aktivität auf diesem Gebiet aber wieder erheblich gesteigert. Der Vorstand des Medizinischen Fakultätentages hat mehrfach in den letzten Jahren auf die zahlreichen Konzepte und Vorschläge zur Reform oder Novellierung der derzeit gültigen Approbationsordnung für Ärzte aufmerksam gemacht.

Die Anregungen und Vorschläge, Wünsche und Forderungen sind in ihrer Mannigfaltigkeit und Vielschichtigkeit kaum noch überschaubar. Bei einer Analyse wird eine extreme Bandbreite ersichtlich, wie folgende Beispiele zeigen:

– Bei den konzeptionellen Vorschlägen reicht das Spektrum von der totalen Reform bis zur Novellierung einiger Fehlentwicklungen.

– Bei den Studentenzahlen wird einerseits eine drastische Reduzierung gefordert, andererseits eine völlige Öffnung der medizinischen Fakultäten und eine Abschaffung des Numerus clausus.

– Thematisch wird weiterhin lautstark und von vielen Seiten eine grundsätzlich praxisnähere und patientenbezogene Ausbildung verlangt. Andere Autoren schlagen vor, daß die medizinischen Fakultäten nur noch das theoretische Grundwissen in allen wichtigen Fächergruppen vermitteln sollen.

– Weiterhin haben vor einigen Jahren zahlreiche Gruppen von Studenten die Abschaffung der Prüfungs-willkür der Ordinarien verlangt. Jetzt sollen die mündlichen Prüfungen wieder eingeführt werden und die Prüfungshoheit wieder gänzlich oder zumindest teilweise an die medizinischen Fakultäten fallen. Letztere berücksichtigen kaum die große Zahl der zu prüfenden Studenten, die Belastungen der Patienten und die heute unumgänglich notwendige

Tremarit® 5 mg

Tremarit® 15 mg

Zusammensetzung

1 Tablette Tremarit 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit 15 mg enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.

Anwendungsgebiete

Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postenzephalischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen). Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters- (seniler) Tremor.

Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit von Tremarit ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkommodationsstörungen, Pupillenerweiterung, Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtigen langsamen Dosisaufbau können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

Weitere Angaben zu Tremarit

Dosierung und Anwendungsweise

Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremarit-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte. Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

1. Behandlungswoche:

3 x ½ Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt

2. Behandlungswoche:

morgens 1 Tablette, mittags und abends je ½ Tablette Tremarit 5 mg

3. Behandlungswoche:

morgens und mittags je 1 Tablette, abends ½ Tablette Tremarit 5 mg

4. Behandlungswoche:

3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag.

Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils ½ Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremarit 15 mg-Tabletten sinnvoll. Erfahrungswerte für die optimale Tremarit-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:

- Alters- und habituellem Tremor: 10–20 mg
- Neuroleptika-Parkinsonoid: 20–30 mg
- Morbus Parkinson: 30–60 mg (gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ½ reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten. Antidot: Neostigmin, 0,5–2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen

Tabletten 5 mg:

Originalpackungen zu 30 Stück (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 13,55, 21,20 und 36,80

Anstaltspackungen

Tabletten 15 mg:

Originalpackungen zu 50 Stück (N2) und 100 Stück (N3) DM 51,40 und 93,80

Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, August 1983

WANDER
PHARMA

* Vortrag vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kassel



Tremarit[®]
selektiv
tremorwirksam

Verrechtlichung des Prüfungsaktes in Form der Kollegialprüfung.

– Zahlreiche Fachvertreter sind für die Beibehaltung des gegenwärtigen Fächerkataloges nach Umfang und Gewichtung. Andere Autoren verlangen eine totale Reform der Lehrinhalte und eine weitere Kürzung und Straffung des Unterrichts.

Insgesamt hat man den Eindruck, daß manche Autoren, Gremien, Organisationen und Gesellschaften ihre Meinungen oder Ideen zur Ausbildung in Humanmedizin zwar mehr oder weniger öffentlichkeitswirksam vortragen, daß sie aber zu wenig die Möglichkeiten und Grenzen der akademischen Ausbildung und die sich fortlaufend verschlechternden Rahmenbedingungen berücksichtigen. Unter diesen Aspekten werden bei den Anhörungen in den Bundesministerien oder Parlamentsausschüssen, bei Fachgesprächen und bei den Veranstaltungen in den evangelischen oder katholischen Akademien die unterschiedlichsten Meinungen und Ratschläge vorgetragen, wobei dann kaum realitätsbezogene und umsetzbare Ergebnisse erreicht werden.

In dieser Situation plädiere ich für mehr argumentative Diskussion, für mehr Sachbezogenheit und für mehr Abstimmung untereinander. Wenig hilfreich sind auch pauschale, undifferenzierte und nicht belegbare Behauptungen wie „eine der schlechtesten Ausbildungen in Europa“, „Barfuß-Ärzte“, oder „90 Prozent aller heute ausgebildeten Ärzte berufsunfähig“. Abqualifikationen in dieser allgemeinen Form müssen entschieden zurückgewiesen werden. Es gibt auch zahlreiche junge Ärzte mit großem Wissen und breiter Sachkunde, die für die Aufgaben in der Weiterbildung aufgeschlossen, engagiert und motiviert sind. Häufig sind die Kritiken an der Approbationsordnung Fehldiagnosen, da die Kapazitätsverordnung zur Diskussion stehen sollte.

2. Einige Anmerkungen zur Qualität der Ausbildung in Humanmedizin

Auf dem Medizinischen Fakultätentag in München im Jahre 1979 habe ich zu dieser Thematik folgende Anmerkungen gemacht:

2.1

Es gibt zahlreiche Hochschullehrer, die sich intensiv und fortlaufend um eine gute Ausbildung unseres Nachwuchses bemühen. Wenn hier einzelne Dozenten versagen, so kann man dies nur als Pflichtversäumnisse bewerten. Auch sei festgestellt, daß eine große Zahl unserer Medizinstudenten interessiert und engagiert, fleißig und zielstrebig Vorlesungen, Kurse und Prüfungen absolvieren. Es sei aber ebenfalls nicht verschwiegen, daß es eine kleinere Zahl gibt, welche scheinbar von Leistung, Engagement und Verantwortungsbereitschaft noch nichts gehört hat und mit einem Minimum an Aufwand ein Maximum an Erfolg erzielen möchte.

2.2

Mehrere Befragungen der Bevölkerung und unserer Patienten in den letzten Jahren haben ergeben, daß das Ansehen der Ärzte nach wie vor eine Spitzenposition einnimmt. Trotz der anhaltenden Diskussion über die sogenannten „Halbgötter in Weiß“ ist das Prestige des Arztberufes, welches aus Wissen und Können resultiert, auch bei uns ungebrochen. Aus keiner Umfrage hat sich bisher ergeben, daß diese Spitzenposition nur der älteren Generation zu verdanken ist. Es gibt auch zahlreiche junge Ärzte, welche aufgrund ihrer guten Ausbildung ein hohes Ansehen in der Bevölkerung besitzen.

2.3

Die Aufgaben des Arztes sind bekanntlich verantwortungsvoll und Fehlbeurteilungen für die Patienten oft folgenschwer. Der Arzt braucht somit ein solides kognitives Wissen, praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie grundlegende Erfahrungen im Umgang mit Patienten.

Aus zahlreichen Gesprächen mit Hochschullehrern und Studenten haben wir den Eindruck, daß das theoretische Wissen im allgemeinen nach wie vor gut ist. Es fehlt aber zunehmend an der Einübung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten und ihrem verantwortungsbewußten Können sowie an den grundlegenden Erfahrungen im Umgang mit Patienten. Diese Fakten haben verschiedene Ursachen. Besonders sei auf die ständig zunehmende Zahl der Studenten und die Möglichkei-

ten und Grenzen, Rechte und Pflichten am Arbeitsplatz „Patient“ hingewiesen.

Insgesamt ist somit festzustellen, daß sich in den letzten Jahren die Qualität der Ausbildung wahrscheinlich nur in den praktischen Teilbereichen verschlechtert hat. Aus unserer Sicht muß die Beurteilung über Wissen und Können wesentlich differenzierter erfolgen. Durch unbewiesene Pauschalurteile werden nur das Ansehen und die Glaubwürdigkeit des gesamten Berufsstandes geschädigt. Der Vorstand des Medizinischen Fakultätentages hat schon vor einigen Jahren auf diese voraussehbare Entwicklung aufmerksam gemacht, zu einem Zeitpunkt also, als noch von verschiedenen Organisationen nachdrücklich und fortlaufend eine Vermehrung der Studentenzahlen gefordert wurde.

In diesem Zusammenhang müssen auch die Zahlen der Medizinstudenten, welche mit dem Studium fertig werden, und die Berufsaussichten interessieren. Auch dieses Thema wird kontrovers behandelt. Während zahlreiche Autoren und Gremien eine Ärzteschwemme befürchten, wird von anderen Institutionen, wie der Bundesanstalt für Arbeit, dem Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft usw., die Ansicht nicht geteilt und mit der derzeitigen Lage für Ärzte auf dem Arbeitsmarkt bzw. mit noch fehlenden Ärzten in der Gesundheitsverwaltung, bei der Bundeswehr, in der werksärztlichen Versorgung usw. begründet. Den optimistischen Darstellern des Sachverhaltes müssen die realen Zahlen entgegengestellt werden. Aufgrund der im Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungen in Mainz vorliegenden Unterlagen ist davon auszugehen, daß die Zahlen der jährlich bestandenen Schlußexamen 1980 6975, 1981 6983 und 1982 7845 betragen haben.

In den Jahren 1983 werden sie sich auf etwa 9000, 1984 bis 1985 auf etwa 10 000 bis 11 000 belaufen. Eine Kommentierung dieser Zahlen dürfte nicht notwendig sein.

3. Aufgaben, Definitionen und Ziele in der Ausbildung für Humanmedizin

Um die oben gestellte Frage beantworten zu können, ob angesichts der zu hohen Studentenzahl in der

Medizin eine Qualität in der Ausbildung gewährleistet werden kann, die eine unmittelbare Niederlassung in eigener Praxis nach Beendigung des Studiums zuläßt, müssen die Aufgaben, Ziele und Definitionen in der Ausbildung für Humanmedizin beachtet werden. Hierbei ist von folgenden Gegebenheiten auszugehen:

3.1 Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 in der Fassung der Verordnung vom 13. Juli 1963

In dieser Bestallungsordnung für Ärzte heißt es zur ärztlichen Ausbildung:

§ 3: Das Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die Heranbildung eines zur Erfüllung seiner Aufgaben befähigten Arztes.

§ 4: Der Arzt wird für seinen Beruf wissenschaftlich und praktisch ausgebildet. Die Ausbildung erfolgt in einem Universitätsstudium von wenigstens elf Semestern Dauer, das sich aus einem vorklinischen Teil von fünf Semestern und einem klinischen Teil von sechs Semestern zusammensetzt, sowie

- a) in einem Krankenpflagedienst von mindestens acht Wochen Dauer,
- b) in einer Tätigkeit als Famulus von mindestens drei Monaten Dauer.

Auf das Universitätsstudium folgt nach bestandener ärztlicher Prüfung eine zweijährige Vorbereitungszeit als Medizinalassistent.

In diesem Zusammenhang sind noch die Ausführungen über die Medizinalassistentenzeit von Interesse.

§ 65: Während der Medizinalassistentenzeit hat der Medizinalassistent seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen und sich fortzubilden sowie ausreichendes Verständnis für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs zu zeigen. Er hat an den in § 64 Abs. 1 genannten Stellen alle ihn zugewiesenen ärztlichen Verrichtungen unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung eines hauptamtlich tätigen Arztes durchzuführen und darf ein seinen Leistungen und seinem Ausbildungsstand entsprechendes Maß an Selbständigkeit erhalten, um das Ziel der Vorbereitungszeit (§ 4 Abs. 3) zu erreichen.

3.2 Die Approbationsordnung für Ärzte

Das Studium der Humanmedizin wurde bekanntlich durch die Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 neu geordnet. Sie ist seit dem Wintersemester 1972/73 die Grundlage für die Ausbildung zum Arzt an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland. Die grundlegenden Zielsetzungen für die Approbationsordnung der Ärzte wurden auf dem ordentlichen Fakultätentag in Erlangen im Jahre 1967 formuliert. Sie waren damals und dürften auch heute noch akzeptabel sein. Die Ziele dieser Reform waren:

- eine Verkürzung des Studiums,
- eine Straffung des Unterrichts,
- eine Anpassung der Unterrichtsinhalte an die praktischen Bedürfnisse,
- eine Objektivierung der Prüfungen und
- im ganzen eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung.

In diesen Jahren hatten die medizinischen Fakultäten rund 3000 Medizinstudenten aufzunehmen, während heute mehr als 11 000 Studienanfänger pro Jahr registriert werden. In einzelnen Fächern gab es und gibt es auch heute noch während des Studienganges Humanmedizin bei der großen Zahl der Studenten Schwierigkeiten. Auch eine Überlastquote am Patienten kann es aus vielerlei Gründen nicht geben. Die Einführung des Praktischen Jahres hat ebenfalls an vielen Stellen aus den verschiedensten Gründen erhebliche Schwierigkeiten gemacht.

In den letzten Jahren hat dann zunehmend eine rege Diskussion zur Problematik der medizinischen Ausbildung eingesetzt. Obwohl Qualität und Effizienz der ärztlichen Ausbildung einer objektiven Beurteilung schwer zugänglich sind, wurden *neue Wünsche und Forderungen vorgetragen, Unvollkommenheiten, Schwierigkeiten und Fehler aufgezeigt*. Der Vorstand des Medizinischen Fakultätentages hat schon auf seiner Tagung in Hamburg im Jahre 1976 stichwortartig einen Katalog von Wünschen erarbeitet, auf welchen verwiesen wird. Bei der hier diskutierten Thematik sei lediglich folgende Anmerkung gemacht:

Ein Punkt der Kritik an der Approbationsordnung für Ärzte ist die Tatsache, daß *das Ziel der Ausbildung* nicht definiert ist. Hier darf noch einmal darauf hingewiesen werden, daß bis zum letzten Entwurf der Approbationsordnung ein solches Ziel beschrieben war. Hiernach war Ziel des Medizinstudiums der wissenschaftlich ausgebildete Mediziner, der befähigt ist, in die ärztliche oder medizinische Weiterbildung einzutreten. Das zuverlässige Grundwissen und die methodischen Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns sollten in diesem Zeitabschnitt vermittelt werden. Übereinstimmung herrschte auch darüber, daß es zu einer Straffung des Medizinstudiums im ganzen und zu einer Verbesserung hinsichtlich der praktischen Übungen an Patienten kommen sollte. In der Approbationsordnung für Ärzte selbst wurde dann aber kein Ziel der Ausbildung mehr definiert. Hierdurch ist es zu zahlreichen Mißverständnissen in der öffentlichen Diskussion gekommen. Die Vorgabe der Bundesärzteordnung allein, nach welcher am Ende der Ausbildung die zur vollen Berufsausübung berechtigende Approbation als Arzt zu erteilen ist, konnte — weil in bezug auf die Ausbildung zu wenig detailliert — solche Mißverständnisse nicht verhindern. In der Zwischenzeit sind bei der Approbationsordnung für Ärzte *drei Novellierungen* durchgeführt worden, die aber nicht im direkten Zusammenhang mit unserer Fragestellung stehen. Bei der 2. und 3. Novelle ging es um die Bestehensregelung — ein sicherlich wichtiger Punkt!

3.3 Bildung der „Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes“

Da die Diskussionen und Kritiken über die Ausbildung der Medizinstudenten Ende der siebziger Jahre und die Sicherung der Qualität bei fortlaufend steigenden Studentenzahlen immer wieder thematisiert wurden, sah sich das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Ende 1978 veranlaßt, erneut eine Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung zu berufen. Die Kommission hat am 20. Februar 1979 unter Staatssekretär Professor Wolters ihre Arbeit aufgenommen. Sie hat über ihre Ar-

beiten im wesentlichen zwei Berichte, und zwar vom 17. Oktober 1979 und 9. Oktober 1980 vorgelegt. Über die Arbeitsergebnisse kann in diesem Zusammenhang nicht im einzelnen referiert werden. Von Interesse ist, daß jetzt *die Ziele der ärztlichen Ausbildung* definiert worden sind. Es wurden eine Kurzfassung und eine ausführliche Fassung der Zieldefinition verabschiedet. *Die Kurzfassung hat folgenden Wortlaut:*

„Die auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgende theoretische und praktische medizinische Ausbildung soll die Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs vermitteln. Sie hat einen Arzt zum Ziel, der seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst eigenverantwortlich ausüben kann, die Grenzen seines Wissens und Könnens erkennt und danach handelt. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.“

Auf die ausführliche Fassung braucht an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden.

Mehrheitlich bestand in der Kleinen Kommission Übereinstimmung darüber, daß die Aufnahme einer Definition des Zieles der ärztlichen Ausbildung in eine gesetzliche Regelung notwendig ist und für die Gestaltung der ärztlichen Ausbildung hilfreich sein kann. Die Kurzfassung der Ausbildungszieldefinition soll nach Möglichkeit in die Bundesärzteordnung (eventuell in der Ermächtigung zum Erlaß der Approbationsordnung für Ärzte), die ausführliche Fassung in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen werden.

3.4 Die Bundesärzteordnung in der Fassung vom 14. Oktober 1977

In der derzeit gültigen Bundesärzteordnung ist ausdrücklich weder etwas zur Eigenverantwortlichkeit noch zur Selbständigkeit gesagt. Hier heißt es lediglich zum ärztlichen Beruf in:

— § 1: Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

— § 2: Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.

Es ist aber selbstverständlich und unbestritten, daß die Approbation als Arzt das Recht zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung der Heilkunde als Arzt beinhaltet.

3.5 Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung vom 31. Juli 1981

Nach weiteren Sachverständigengesprächen über die beiden Berichte der Kleinen Kommission und einem umfassenden Gedankenaustausch zwischen dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, der Bundesärztekammer und dem Vorstand des Medizinischen Fakultätentages ist von dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung mit Datum vom 31. Juli 1981 vorgelegt worden. Hierin wurde u. a. vorgeschlagen:

I. Festhalten an dem die Bundesärzteordnung bestimmenden Prinzip des einheitlichen Arztberufs.

II. Dementsprechende Ausrichtung der Ausbildung auf folgende Ausbildungsziele (hier wird dann die Kurzfassung der Kleinen Kommission zitiert, wie sie oben aufgeführt ist).

III. Verzicht auf eine erneute umfassende Reform der ärztlichen Ausbildung.

IV. Stabilisierung der Zahl der zum Medizinstudium Zulassenden.

V. Verbesserung der Ausbildung zur Verwirklichung der Ziele der Approbationsordnung für Ärzte.

Zur Verbesserung der Ausbildung werden u. a. folgende Vorschläge gemacht:

I. Maßnahmen zur Intensivierung der praktischen Ausbildung (Verstärkung der praktischen Ausbildung im klinischen Studium. Verlängerung und Intensivierung der Famulatur. Fortschreitende Verbesserung der Ausbildung im „Praktischen Jahr“).

II. Neuordnung im Bereich des Prüfungssystems nach der Approbationsordnung für Ärzte (Einführung weiterer mündlicher und mündlich-praktischer Prüfungen).

III. Verbesserte inhaltliche Gestaltung.

Dem Konzept des Positionspapiers hat der Vorstand des Medizinischen Fakultätentages mit Schreiben vom 4. Januar 1982 in wesentlichen Punkten zugestimmt. Wir haben aber zusätzlich eine Reduzierung der Studentenzahlen und obligatorische Pflichtassistenten- bzw. Medizinalpraktikantenzeiten von ein bis zwei Jahren gefordert.

3.6 Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 1. Juni 1982

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Datum vom 1. Juni 1982 einen Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorgelegt. Das Papier basiert in allen wesentlichen Teilen auf dem Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung vom 31. Juli 1981. Unseren zusätzlichen Wünschen ist bisher nicht Rechnung getragen worden. Am 30. Juli 1982 hat eine Besprechung der Dekane bzw. Fachbereichssprecher mit den Vertretern des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit in Bonn stattgefunden. Am 1. September 1982 sind die Vertreter der ärztlichen Landesorganisationen und der Verbände im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit gehört worden. Dann kam es bekanntlich zum Wechsel der Bundesregierung, wobei zugleich die vorgezogene Bundestagswahl in Aussicht gestellt wurde. Über die neuen Ziele und Konzepte der jetzigen Leitung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit können von unserer Seite noch keine Aussagen gemacht werden. Der ordentliche Medizinische Fakultätentag hat am 3./4. Juni 1983 in Göttingen stattgefunden. Frau Ministerialrätin Schleicher hat über die nächsten beabsichtigten Schritte des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit berichtet.

3.7 Hochschulrahmengesetz vom 26. Januar 1976

Zusätzlich muß noch auf das Hochschulrahmengesetz hingewiesen werden. In § 7 ist *das Ziel des Studiums* beschrieben. Hiernach sollen Lehre und Studium den Studenten auf ein berufliches Tätig-

keitsfeld vorbereiten und ihm die dafür erforderlichen fachlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Methoden – dem jeweiligen Studiengang entsprechend – so vermitteln, daß er zu wissenschaftlicher oder künstlerischer Arbeit und zu verantwortlichem Handeln in einem freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat befähigt wird. Außerdem heißt es in § 10: Die Studiengänge führen in der Regel zu einem berufsqualifizierenden Abschluß.

4. Schlußbemerkungen

Nach dieser Darstellung der Aufgaben, Definitionen und Ziele in der Ausbildung der Humanmedizin darf ich die eingangs gestellte Frage, ob angesichts der zu hohen Studentenzahlen in der Medizin eine Qualität in der Ausbildung gewährleistet werden kann, die eine unmittelbare Niederlassung in eigener Praxis nach Beendigung des Studiums zuläßt, wie folgt beantworten:

Wenn hierunter die unbegrenzte eigenverantwortliche und selbständige Ausübung des ärztlichen Berufs verstanden wird, so ist die Frage eindeutig zu verneinen. In der Praxis

ist man bisher immer davon ausgegangen, daß der Arzt nach der Approbation zunächst zwar eigenverantwortlich in den Grenzen seines Wissens und Könnens, aber nur in unselbständiger Stellung, also unter Aufsicht erfahrener Kollegen, tätig werden sollte, um insbesondere die notwendigen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu ergänzen sowie weitere grundlegende Erfahrungen im Umgang mit Patienten zu machen. Jeder junge Arzt hat daher zunächst einige Jahre in abhängiger Stellung in einer Klinik oder einem Krankenhaus gearbeitet.

Weiterhin bin ich von der Geschäftsführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebeten worden, *Ansätze zur Behebung der Defizite* in der Ausbildung aufzuzeigen. Aus der Sicht des Vorstandes des Medizinischen Fakultätentages kann ich die wesentlichen Punkte wie folgt skizzieren:

4.1 Die derzeit gültige Kapazitätsverordnung für das Studium der Humanmedizin muß geändert werden. Zumindest in den praktisch-klinischen Abschnitten darf nicht mehr auf die Zahl der Lehrpersonen und der Betten abgestellt werden,

sondern auf die Zahl der Patienten, welche zum Unterricht herangezogen werden können.

4.2 Neben den schriftlichen Prüfungen sind zusätzlich wieder in den einzelnen Abschnitten mündliche Prüfungen einzuführen. Die Auswahl der zu prüfenden Fächer kann durch Los bestimmt werden.

4.3 Nach der Ableistung des Praktischen Jahres und nach Ablegung der mündlichen Prüfung sollte wiederum obligatorisch eine ein- bis zweijährige Vorbereitungszeit als Medizinalassistent gemacht werden, bevor die Vollapprobation als Arzt ausgesprochen wird.

Abschließend hoffe ich, die mir gestellten Fragen sachlich und begründet beantwortet zu haben.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Valentin, Vorsitzender des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Westberlin und Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25, 8520 Erlangen

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.

Aktuelles über Infektionskrankheiten für die Praxis

69. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. F. C. Sitzmann,
Homburg:

Hepatitis heute

Sieht man einmal von selteneren Formen der Virushepatitis, verursacht durch Coxsackie B, Herpes simplex, Herpes zoster, Mononucleosis infectiosa, Zytomegalie, Masern, Parotitis epidemica, Varizellen, Poliomyelitis und Pocken ab, so kennt man heute drei ätiologisch unterschiedliche Hepatitiden, nämlich Hepatitis A, B und Non-A/Non-B.

Die *Hepatitis A*, vor allem eine Erkrankung des Klein- und Schulkindes, tritt häufig epidemisch mit einem Herbst- und Wintergipfel auf, in manchen Gegenden unseres Landes kommt sie endemisch vor. Sie wird fäko-oral übertragen, aber auch eine parenterale Übertragung ist möglich.

Die *Hepatitis B* wird durch das Dane-Partikel hervorgerufen, welches aus drei Antigenen besteht, wodurch entsprechende Antikörper hervorgerufen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Antigen-Antikörperkonstellation kann über die Prognose etwas ausgesagt werden. Insbesondere das e-Antigen wird als zuverlässiger Marker für die Infektiosität des Blutes betrachtet.

Die *Non-A-/Non-B-Hepatitis* stellt heute den Prototyp der Posttransfusionshepatitis dar. Eine zuverlässige diagnostische Nachweismethode existiert bis jetzt nicht. Die Diagnose muß also per exclusionem der beiden anderen Hepatitiden und der durch andere Viren hervorgerufenen Erkrankungen sowie durch die Anamnese (Bluttransfusion, vor allem Polytransfusion nach Unfällen, bei Herzoperationen, Dialyse und Hämophilie) gestellt werden. Sie neigt zu Chronizität, worüber die Häufigkeitsangaben auch regional unterschiedlich sind. Die Inkubationszeiten der drei Hepatitiden sind ebenfalls ganz verschieden, bei der Hepatitis A etwa drei Wochen, für die Hepatitis B 5 bis 16 Wochen und mehr, für die Hepatitis Non-A-/Non-B bis zu 20 Wochen. Zwischen den drei Hepatitiden besteht keine

Kreuzimmunität. Für das Kindesalter spielt auch die vertikale Transmission der Hepatitis B peripartal eine bedeutende Rolle. Infektion bedeutet dabei zwar nicht unbedingt Erkrankung, jedoch kann sich bei Neugeborenen und Säuglingen ein chronischer HBsAg-Status entwickeln, so daß diese Kinder wiederum als infektiös gelten. In seltenen Fällen treten prognostisch äußerst ungünstige Hepatitis-B-Verläufe auf. Die Prognose der Hepatitis A kann durchweg als gut bezeichnet werden, da sie ausheilt. Nur selten werden fulminante Verläufe beobachtet. Fraglicher ist die Prognose bei der Hepatitis B vor allem dann, wenn HBsAg und HBeAg länger als sechs Monate nachweisbar sind. Eine Leberbiopsie ist dann indiziert. Die Art der chronischen Hepatitis kann damit festgestellt und eventuell eine therapeutische Konsequenz gezogen werden. Die Non-A-/Non-B-Hepatitis neigt zu Chronizität, weshalb diese Patienten in mehrmonatigen Abständen regelmäßig zu kontrollieren sind.

Dr. J. Forster, Freiburg:

Neues über Enteritiden

Die Ursache der akuten Enteritis ist – abhängig von der epidemiologischen Situation – in etwa 50 Prozent der Fälle zu klären. In großen Kollektiven und insbesondere im Säuglingsalter steht das Rotavirus als Erreger an erster Stelle, außerdem ist zu vermuten, daß ein großer Teil der bislang nicht gefundenen Erreger Viren sind. Doch gibt es keine echten Neuigkeiten, die die Krankheitserreger an sich betreffen. Die Epidemiologie der bekannten Erreger unterliegt jedoch einem fortlaufenden Wandel. Im Hygieneinstitut Freiburg wurden von März 1981 bis 1982 eine Studie an mehr als 4000 Stühlen durchfallerkrankter Patienten durchgeführt. Dabei wurde nachgewiesen, daß das Rotavirus der häufigste Durchfallerreger mit einem bevorzugten Infektionsalter von 6 bis 18 Monaten ist, die übrigen Erreger wurden der Häufigkeit nach wie folgt angegeben (das bevorzugte Infektionsalter in Klammern): Salmonellen (2 bis 4 Jahre),

Campylobacter (5 bis 14 Jahre), enteropathogene Escherichia coli, Shigellen und Lamblien (20 bis 29 Jahre) und Yersinien (10 bis 19 Jahre). Bei Personen, die entweder aus dem Ausland zurückkehren oder bei solchen, die in ländlicher Umgebung infiziert wurden, wurden Campylobacter, Shigellen und Lamblien besonders häufig nachgewiesen. Bei bestimmten Erregern spielt das Krankenhaus als Infektionsquelle eine bemerkenswerte Rolle.

Die Infektion mit Rotaviren, die häufigste Enteritis im Säuglingsalter, zeigte mit drei Tagen den kürzesten Krankheitsverlauf, die übrigen Erkrankungen dauerten etwa eine Woche. Die Lambliasis bildete mit einer Krankheitsdauer von mehr als drei Wochen eine Ausnahme. Weiter fällt die späte Diagnosestellung auf, die überwiegend erst nach mehr als zehntägiger Krankheit stattfand. Insbesondere nach einem Auslandsaufenthalt muß bei langanhaltenden Durchfällen, die ohne Fieber einhergehen, die Lambliasis in Betracht gezogen werden.

Der *Therapie* der Durchfallerkrankung liegt das Prinzip zugrunde, verlorengangenes Wasser und Salz dem Körper wieder zuzuführen. Die durch Enteritis am meisten gefährdete Gruppe sind Kinder von 0 bis 2 Jahren. Entsprechend sorgfältig sind die Behandlungsvorschläge gerade für diese Gruppe erstellt worden. Trotzdem sind sowohl unter deutschen als auch unter englischen Kinderärzten diese therapeutischen Prinzipien sowie deren Weitergabe an die Eltern noch nicht Allgemeingut. Der Erfolg der oralen Rehydrierung (Wasser- und Salzresorption) ist entscheidend vom richtigen Zuckergehalt der Lösung abhängig, 100 bis 200 mmol/l erscheinen zweckmäßig. Der Einfachheit halber werden Lösungen mit 90 mmol Na/l für alle Durchfallerkrankungen propagiert, die sich sowohl bei unterernährten als auch wohlgenährten Säuglingen und Kleinkindern aller Erdteile als wirkungsvoll erwiesen haben. Insbesondere besteht auch kein besonderes Risiko bei Kindern mit hypernatriämischer Exsikkose. Die von der WHO empfohlene Lösung erhält pro Liter 3,5 g NaCl, 2,5 g NaHCO₃, 1,5 g KCl und 20 g Glukose. Eine orale Rehydratation sollte bei allen Exsikkosen von geschätzten fünf bis zehn Prozent des Körpergewichts versucht wer-

den, die nicht mit Schockzeichen einhergehen. Der geschätzte Wasserverlust sollte durch kleine Schlucke der kühlen Lösung innerhalb von vier Stunden wieder aufgefüllt werden — gelegentliches Erbrechen stört den Prozeß im allgemeinen nicht. Nach dieser Zeit sind Verluste weiterhin durch die Rehydrationslösung aufzufüllen, die Nahrungszufuhr kann jedoch wieder einsetzen — bei gestillten Kindern in Form von Muttermilch, bei anderen Säuglingen mit $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ konzentrierter teiladaptierter Milch oder Heilmilch, größere Kinder sollten dem Durst entsprechend freies Wasser und Speisen erhalten, die arm an Fett und osmotisch wirksamen Kohlenhydraten sind.

Die gesamte Palette der Antiemetika und Antidiarrhoika ist angesichts der bei uns vorkommenden Erreger und bei Durchführung einer regelrechten Rehydratation ohne Indikation. Eine primäre antibiotische Therapie ist nur angezeigt bei Shigellen (Cotrimoxazol), Lamblien und Amöben (Metronidazol) und Cholera (Erythromycin, Tetracyclin). Bei den übrigen Erregern ist eine antibiotische Behandlung nur notwendig, wenn sie sich über den Darm hinaus ausbreiten und klinische Anzeichen einer systemischen Streuung gegeben sind. Es empfehlen sich dann Cotrimoxazol bei Salmonellen, *Escherichia coli* und Yersinien sowie Erythromycin bei *Campylobacter*.

*Professor Dr. A. Windorfer,
Erlangen:*

Ist die Tuberkulose noch aktuell?

Überschaut man die letzten 100 Jahre, so hat sich die Situation entscheidend gebessert, jedoch ist die Tuberkulose heute noch die häufigste chronische Infektionskrankheit bei uns. 1980 wurden in der Bundesrepublik fast 26 000 Neuerkrankungen gemeldet bei einem Krankenbestand von 54 000 und 2000 Sterbefällen. Da außerdem eine große Dunkelziffer angenommen werden muß, sind diese Zahlen durchaus besorgniserregend. Die Verbreitung der Tuberkulose bei uns ist nach Bundesländern verschieden. Seit vielen Jahren liegt West-Berlin an der Spitze, wobei innerhalb der letzten zehn Jahre die Erkrankung um das vierfache zugenommen hat, Bayern liegt an zweiter Stelle, während Niedersachsen die

niedrigste Erkrankungsquote hat, denn dort werden die Neugeborenen seit vielen Jahren bis zu 90 Prozent geimpft. Viele Krankheitsgeschichten zeigen, daß die Krankheitshäufigkeit zunimmt, je mehr Kontakt mit der Umwelt besteht. Kindergärten, Schulen und Diskotheken sind zur Zeit die typischen Verbreitungsorte. Das Fazit kann nur heißen: wir müssen die Kinder und junge Menschen vor der Tuberkulose schützen! Dazu haben wir die BCG-Impfung, die bei allen Neugeborenen und bei den Jugendlichen vor der Schulentlassung, soweit sie Tuberkulin-negativ sind, erfolgen sollte. So empfiehlt es die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und der Berufsverband der Deutschen Kinderärzte. Abschließend ein Beispiel als Vergleich: In der DDR wird seit Jahren intensiv BCG geimpft — bei Neugeborenen und bei den 16jährigen. Dort gab es im Jahre 1979 bei 17 Millionen Einwohnern 25 Neuerkrankungen bei Kindern bis 15 Jahren. Hätten wir bei uns gleiches unternommen, dann hätten wir bei 61 Millionen Einwohnern etwa 100 bis 200 neuerkrankte Kinder gehabt. Es waren aber nicht einige Hundert, sondern 22501

Professor Dr. Th. Luthardt, Worms:

Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft und ihre Folgen

Von den vielen, natürlich auch während der Schwangerschaft vorkommenden Infektionen sind es nur einige wenige, die so regelmäßig und in so charakteristischer Weise zur Fruchtschädigung führen, daß wir konkretes Wissen darüber haben. Dazu gehören Röteln, Zytomegalie, Toxoplasmose, die Herpes-simplex-Virusinfektion, Varizellen, Lues und Listeriose. Trotz unseres Wissens über diese Infektionen ist die Prophylaxe kindlicher Schädigungen noch viel schwieriger und viel weniger effektiv als etwa die Prophylaxe der frühkindlichen Schädigungen, die auf den ohnehin viel selteneren Stoffwechseldefekten beruhen, wie Hypothyreose, Phenylketonurie und Galaktosämie.

Durch sinnvolle gesundheitspolitische Maßnahmen konnten die durch Röteln bedingten Fruchtschädigungen stark reduziert werden. Dieser Effekt läßt sich durch sorgfältigere Durchimpfung sicherlich noch ver-

bessern. Bei den anderen genannten Infektionen besteht aber diese Möglichkeit nicht. Hinzu kommt, daß die meisten dieser Krankheiten bei der Mutter in aller Regel entweder zu gar keinen oder nur uncharakteristischen Krankheitszeichen führen. Bei der Lues ist es insofern etwas günstiger, da bei Erkennen der Gefahr für das Kind durch eine Penicillinbehandlung diese vermieden oder stark herabgesetzt werden kann. Die Erkennung eines Herpes genitalis bei der Mutter vor der Entbindung führt zur Schnittentbindung, die allein den Kontakt des Virus mit den für das Neugeborene äußerst gefährlichen Herpesviren verhindern kann. Seitdem bekannt ist, daß die Erkrankung einer Mutter an Windpocken wenige Tage vor oder unter der Geburt zu schwersten und tödlichen Windpockenerkrankungen des Neugeborenen führen kann, da die Mutter dem Kind zwar die Infektion übertragen, ihm aber nicht mehr die Antikörper mitteilen kann, verabreicht man dem Kind sofort nach der Geburt ausreichende Mengen von Antikörpern durch Immunglobulinpräparate, die es sicher vor der Erkrankung schützen.

Die Toxoplasmose während der Schwangerschaft kann man nur mit Vorbehalt zu den Situationen rechnen, bei denen prophylaktische Maßnahmen für die Frucht möglich sind. Verzicht auf rohes Fleisch oder nur unzureichend gekochtes Schweinefleisch und Vermeidung von Kontakt mit dem häufig infektiösen Katzenkot sind offensichtlich die wirksamsten hygienischen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe. Ein besonderes Problem bildet die Zytomegalieinfektion, da immerhin ein Prozent aller Kinder bei uns mit dieser Infektion zur Welt kommen. Glücklicherweise sind davon nur fünf bis zehn Prozent klinisch krank, was jedoch bedeutet, daß jährlich in der Bundesrepublik wenigstens 250 Kinder mit Zytomegalie-bedingten Schädigungen auf die Welt kommen. Wenn eine Frau vor der Schwangerschaft bereits seropositiv ist, braucht sie keine Sorge zu haben, ein Zytomegalie-geschädigtes Kind zu bekommen. Alle anderen Konstellationen sind äußerst problematisch und sollten von einem Spezialisten beurteilt werden.

Referent:

*Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21,
8581 Creußen*

Ethik ärztlichen Handelns in der Katastrophe*

von F. Böckle

Die Katastrophenmedizin ist unter Beschuß geraten. Kritische Stimmen befürchten, Zivilschutz und Katastrophenmedizin könnten einen Krieg nicht verhindern, sie ließen ihn vielmehr „machbarer“ erscheinen, damit aber werde er tatsächlich auch wahrscheinlicher. Die Argumentation ist nicht einheitlich. Sie geht *einerseits* von der Annahme aus, daß ein wirkungsvoller Zivilschutz und eine gut funktionierende Katastrophenmedizin die verheerenden Wirkungen auch eines modernen Krieges erheblich verringerten. Damit würde wohl das Schadenrisiko gesenkt, die Bereitschaft, Konflikte mit Waffengewalt auszutragen aber erhöht. *Andererseits* wird argumentiert, der totale Krieg ließe niemandem mehr eine Chance, darum sei zumindest die Katastrophenmedizin im Hinblick auf einen atomaren Krieg blanker Zynismus. Wo immer die Argumentation im einzelnen ansetzt, man zählt die Katastrophenmedizin wie die Rüstung zur Kriegsvorbereitung und verlangt, sich ihr zu verweigern. Bevor wir uns daher auf die *ethische Diskussion konkreter ärztlicher Entscheidungen und Maßnahmen* einlassen (II), sind einige grundsätzliche Überlegungen zur gesellschaftspolitischen *Diskussion über Sinn und Zweck der Katastrophenmedizin* erforderlich (I). Das ist um so notwendiger, als sich die Kritiker der Katastrophenmedizin selbst ethischer Argumente bedienen.

I. Katastrophenmedizin als ethisches Problem

Am 18. Juni 1982 hat die „Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik“ des Leiterkreises der Evangelischen Akademien in Deutschland eine Stellungnahme in elf Thesen zur Katastrophenmedizin verabschiedet (1). Die Intention dieser Thesen ist eine Überbrückung der tiefen Gräben, die derzeit die Ärzteschaft in

dieser Frage spalten. Jede Seite werde aufgerufen, die Argumentation und ethische Begründung der anderen zur Kenntnis zu nehmen und zu respektieren. Pointiert werden einige Argumente gegen eine ärztliche Beteiligung an einem Katastrophenplan: Die Planung von Hilfsmaßnahmen auch für einen Atomkrieg könne zu einem trügerischen Sicherheitsgefühl führen und überdecken, daß „wir noch keine ausreichende Ethik für diese Situation haben, auch keine erprobten Verhaltensweisen und Institutionen der Willensbildung und politischen Entscheidung“ (These 7). Wenn die Hilfe im Atomkrieg einfach generell der Hilfe im Katastrophenfall zugeordnet werde, so würde dies dem Mißverständnis Vorschub leisten, als wäre ein Atomkrieg ein natürliches Risiko des menschlichen Fortschritts, und Katastrophenmedizin nichts anderes als Unfallmedizin größeren Ausmaßes. Der Einbezug der Kriegskatastrophe in die allgemeine Katastrophenvorsorge überdies die Gefahr in sich, daß alle anderen Bereiche dem militärischen untergeordnet werden.

Dieser Bericht dokumentiert ohne Zweifel eine hauptsächlich im Kreis der Friedensbewegung intensiv geführte Diskussion. Zwei Fragen scheinen mir dabei von besonderer ethischer Relevanz.

1. Der Einbezug durch Krieg ausgelöster Katastrophen in die Katastrophenmedizin

Wir können wohl von der allgemeinen Überzeugung ausgehen, daß Katastrophenmedizin kein „humanitärer Luxus“ (Maihofer) ist. Wo das Leben und die Gesundheit einer großen Zahl von Menschen in so ungewöhnlichem Maße geschädigt sind, daß die Notlage mit den örtlich zur Verfügung stehenden Mitteln nicht zu bewältigen ist, da verlangt die Solidargemeinschaft eine allgemeine Hilfeleistung. Darüber kann es wohl keine Diskussion geben. Ebenso wenig kann es Streit darüber geben, daß zwischen Naturkatastro-

phen und den durch menschliches Tun bewirkten Katastrophen ein sittlich bedeutsamer Unterschied besteht. Wer katastrophale Schäden direkt oder indirekt verursacht, hat diese auch zu verantworten. Das aber ist hier nicht die Frage. Es geht um die Pflicht zur Hilfeleistung und der damit notwendig verbundenen Vorsorge. Die *Hilfspflicht darf aber gerade nicht von der Schuldfrage abhängig gemacht werden*. Im Blick auf die Pflicht zur Hilfeleistung hat der Arzt nie zu fragen, wieso jemand in Not geraten ist. Das gilt beim Suizidversuch wie beim Unfall, das gilt erst recht bei der undifferenzierten Situation eines Massenankomms, das gilt im Sinne der Genfer Konventionen auch für die schlimmste aller Katastrophen, für den Krieg.

Es waren die Erfahrungen von Solferino (1859), die Henri Dunant zur Gründung des Roten Kreuzes führten. Das Rote Kreuz ist entstanden aus dem Wunsch, ohne Unterschied Verwundeten auf dem Schlachtfeld Hilfe zu bringen. Es weiß sich dabei allein dem Grundsatz der Humanität verpflichtet. „Das Rote Kreuz macht keine Unterscheidung nach Nationalität, Rasse, religiösen Bekenntnissen, Klassen oder politischen Meinungen. Es ist nur bemüht, Leiden zu lindern, wobei es den dringendsten Fällen den Vorrang gibt“ (zweites Grundprinzip des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz). Das Geheimnis für den Erfolg und die Anerkennung des Roten Kreuzes liegt im Grundsatz der Unabhängigkeit. Das Rote Kreuz gründet seine Existenz auf das private Recht. Das gibt ihm in der gefährlichen Umgebung höchst explosiver, politisch und militärisch gepanzerter Gewalten eine erstaunliche Überlebens- und Überzeugungskraft. Professor Max Huber, der langjährige Präsident des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, spricht in diesem Zusammenhang von der „Macht der Machtlosen“. Um überhaupt im Krieg tätig werden zu dürfen, wurde über die nationalen Gesellschaften den Regierungen eine Kooperation angeboten, die sowohl die Effizienz der Hilfe als auch den Grundsatz der Unabhängigkeit wahren sollte. Man war strikt darauf bedacht, auf den Kriegsschauplätzen nicht die Rolle des Zensors zu übernehmen. Man ging von der Überlegung aus, daß der, der von Regierungen und Truppen zur Verwundetenpflege, zur

*) Referat anlässlich des Fortbildungsseminars „Notfall- und Katastrophenmedizin 1982“ für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr in München

Fürsorge von Gefangenen oder zum Schutz gefährdeter Zivilbevölkerung zugelassen werden will, nicht gleichzeitig gegen den militärischen Einsatz der betreffenden Regierung als solchen vorgehen kann. Wer dieses Ziel verfolgt, muß politische Mittel einsetzen. Dies muß übernational geschehen. Inzwischen erkennt das Internationale Komitee vom Roten Kreuz dementsprechend auch immer mehr den ihm übernational erwachsenden politischen Auftrag. Den nationalen Organisationen ist es aber gerade aufgrund der genannten Selbstbeschränkung möglich, an jedem Ort und in jeder Lage menschlicher Not mit menschlicher Hilfe zu begegnen. Dieser Geist stärkt in seiner Weise den Friedenswillen und trägt zum Abbau von Spannungen bei. „Im Grunde geht die große realistische Friedensbewegung auf die Dunants zurück, jene Bewegung, die vom schwärmerischen und sentimentalen Pazifismus wegführte und die Menschen veranlaßte, nach Institutionen zu suchen, die den Krieg als letztes Mittel des Austrags internationaler Streitigkeiten überflüssig machen oder zumindest seinen Ausbruch erschweren sollen“ (2).

Nur dies kann auch der Geist der Katastrophenmedizin sein. Darum kann sie die schwerste Katastrophe, den Krieg, nicht aus der Vorsorge ausschließen, freilich nicht ohne mit Nachdruck darauf hinzuweisen, daß die Hilfe in einem thermonuklearen Krieg an immanente Grenzen stößt.

2. Der Einbezug der Katastrophenmedizin in die Abschreckungsstrategie

Weckt nicht die Planung von Sicherheitsmaßnahmen ein trügerisches

Sicherheitsgefühl, das möglicherweise den entscheidenden Willen „Nie wieder Krieg“ untergraben könnte? In Kreisen der Friedensbewegung sieht man die Katastrophenmedizin im Dienst der atomaren Rüstung. Der Schutz gegen die verheerenden Folgen eines Atomkrieges wird als Teil der Abschreckungsstrategie gesehen. Dies wird man vom strategischen Standpunkt aus wohl nicht von der Hand weisen können, selbst wenn die zur Hilfe bereiten Ärzte sich nicht von einer solchen Absicht leiten lassen. Darin liegt das Problem. Selbstverständlich kann ein einzelner sich zur Hilfe bereithalten, auch wenn ihn die Abschreckungsstrategie nicht überzeugt. Eine Katastrophenmedizin, die eine nukleare Auseinandersetzung in die organisatorischen Überlegungen einbezieht, kann eber in unserer Gesellschaft nicht aus dem Gesamtkonzept der Sicherheitspolitik gelöst werden. Dazu sollten wir – warnend und vorsorgend zugleich – stehen.

Ziel der Sicherheitspolitik ist einzig und allein die Vermeidung eines Krieges und einer politischen Erpressung. Rüstung zur Abschreckung kann und will nur diesem Ziel dienen. Der Sinn aller Abschreckungsstrategien besteht darin, dem potentiellen Herausforderer die Optionen der Bedrohung aus der Hand zu schlagen. Die Drohung wird nur eingesetzt, um die Herausforderung zunichte zu machen. Sie ist auf Unterlassung – und nicht auf Erzwingung oder Vernichtung – ausgerichtet. Dementsprechend ist sie bedingungsweise formuliert, d. h., sie enthält für den Fall der geforderten Unterlassung die Zusage der Nicht-Bedrohung.

Man kann darüber diskutieren, ob und wie lange die Strategie der Abschreckung tragen wird, man darf ihr aber keine falschen Absichten unterschieben. Sie steht nicht im Dienst der Kriegsführung, sondern der Kriegsverhinderung. Von daher allein läßt sie sich legitimieren und läßt sich das nicht zu bestreitende immanente Risiko tragen, wie es im sogenannten Abschreckungsdilemma formuliert wird.

Dieses Dilemma wird durch folgende wenig verlockende Alternative charakterisiert: Entweder halten wir an einer wirksamen Abschreckung fest, dann müssen wir uns einem Rüstungswettlauf ausliefern, der seiner inneren Dynamik nach zu einer Katastrophe führen kann; oder wir verzichten einseitig auf ein strategisches Gleichgewicht und werden politisch erpreßbar. Sicher ist, daß die Abschreckung in den fünfziger und sechziger Jahren die Kriegsgefahr im zentralen Konfliktbereich zwischen den großen Machtblöcken verringert hat. Dafür erhöhte sich die Gefahr in den nicht klar abgegrenzten Randzonen erheblich. Auf lange Sicht erscheint aber der „Abschreckungsfriede“ auch im zentralen Bereich immer mehr als gefährdet. Papst Paul VI. erklärte in seiner Botschaft an die Abrüstungskonferenz der Vereinten Nationen 1978: Es wäre „eine tragische Illusion, zu meinen, der Rüstungswettlauf könne bis ins Unendliche so weitergehen, ohne eine Katastrophe heraufzubeschwören“. Und der Papst spricht die Befürchtung aus, der Rüstungswettlauf könnte in Verbindung mit der Eigendynamik technologischer Entwicklung zu einem fast autonomen Eskalationsprozeß führen. Darum ist das Wettrüsten zu stop-

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 (80,78 mg)

1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:
mono- Magnesium-L- aspartat- hydrochlorid- trihydrat 737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 8 mval (72,94 mg)

5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) 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 Straß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Festenkenuren, Hypercholesterineämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie. **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. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 DM 10,34, 50 DM 19,72, 100 DM 35,51

Tabl.: 25 DM 10,09, 50 DM 19,37, 100 DM 34,70

Granulat zum Trinken

Btl.: 20 DM 13,46, 50 DM 30,02, 100 DM 50,39

Amp. i. m.: 2 DM 3,89, 5 DM 8,68

Amp. i. v.: 3 DM 6,91, 10 DM 20,63

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

pen. Diesem Postulat darf sich niemand verschließen. Die Diskussion geht jedoch um die konkreten Schritte. Nimmt man das Dilemma ernst, so ergibt sich, daß eine überstürzte Abrüstung das sicherheitspolitische Gleichgewicht zwischen Ost und West genauso gefährlich destabilisieren kann wie das unkontrollierte Wettrüsten. Der Weg aus der Sackgasse heißt darum Rüstungskontrolle. Die strategische Stabilität soll durch Einfangen, Anhalten und schließlich Umkehren des Rüstungswettrüstens erreicht werden. Erfüllt sich diese Hoffnung, so sind unsere Vorbereitungen „umsonst“ gewesen. Das ist aber genau das, was wir alle wollen und was unserem Einsatz für eine wirksame Katastrophenmedizin in echter Dialektik den letzten Sinn verleiht.

II. Ethische Diskussion ärztlichen Handelns

Es war ein langer, aber, wie mir angesichts der öffentlichen Diskussion scheint, notwendiger Weg zum konkreten Thema: das Verhalten des Arztes in der Katastrophe. Die Rettung, Sichtung und Behandlung nahezu gleichzeitig bedrohter Menschen stellt den Arzt vor schwerwiegende Entscheidungen. Bereits der ärztliche Alltag fordert von ihm immer wieder Entschlüsse, die nicht nur solides medizinisches Wissen voraussetzen, sondern auch einen aus der Erfahrung wachsenden Mut zum *Gewissensentscheid* verlangen. *Wissen und Gewissen*, beides hat Martin Allgöwer beim Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Hinblick auf Grenzsituationen gefordert. Bei der Katastrophenmedizin als Massenmedizin wird diese Grenzsituation besonders deutlich. Bei einem Massenansturm an hilfsbedürftigen Menschen reichen die verfügbaren personellen Kräfte und materiellen Mittel nicht aus, um jedem Betroffenen nach individualmedizinischen Grundsätzen sogleich

zu helfen. Diese Situation verlangt vom Arzt eine Beurteilung und Entscheidung über die Dringlichkeit der Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Art und Ziel des Abtransportes. Diese notwendigerweise rasche und gleichzeitig zuverlässige Entscheidung stellt den Arzt unter hohe Verantwortung. Sie verlangt spezifisches medizinisches Wissen und eine entsprechende Vorbereitung. Hier sollen die *ethischen Prinzipien* dazu in Erinnerung gerufen werden.

1. Das Leitprinzip

Das Leitprinzip aller ärztlichen Tätigkeit bleibt auch in der Katastrophe der *Schutz des menschlichen Lebens*, d. h. die Heilung und Rehabilitation des Kranken bzw. des Verletzten. Dabei bleibt das medizinisch Machbare die Grundlage allen ärztlich sinnvollen Tuns. Sie wissen aber aus ihrer ärztlichen Erfahrung, daß es stets Fälle gibt, wo etwas medizinisch-technisch noch machbar, aber aus umfassender ärztlicher Sorgspflicht nicht mehr sinnvoll erscheint. Eine Unterlassung kann dann nicht mehr als pflichtwidrig gelten. Dies gilt selbstverständlich auch für die Grenzsituation der Katastrophe.

2. Das Auswahlprinzip

Der Massenansturm an Verletzten bei einer begrenzten Zahl von Ärzten macht es nun aber leider nicht möglich, jedem Betroffenen nach individualmedizinischen Grundsätzen sogleich zu helfen. Eine Sichtung und Entscheidung nach Dringlichkeitsstufen der Behandlung wird hier zur schmerzlichen Pflicht. Sie folgt dem für die „austeilende Gerechtigkeit“ entsprechenden Grundsatz: „Größtmöglicher Nutzen für möglichst viele“. „Nutzen“ ist im Zusammenhang ärztlichen Handelns kein beliebig zu bestimmender Wert. Dem eben dargelegten Leitprinzip entsprechend kann es sich nur um die Heilung und Rehabilitation der Ver-

letzten handeln, d. h., allein die *optimale Rettung möglichst vieler unter dem Gesichtspunkt medizinischer Heilungschancen kann den Ausschlag geben*. Hier gilt kein Ansehen der Person: Hohe und Niedrige, Kombattante und Nicht-Kombattante, selbst der verwundete Feind verdienen Hilfe; denn immer noch gilt dem Arzt „*Hostis dum vulneratus frater*“. Es handelt sich auch nicht um ein Opfer für das Wohl der Allgemeinheit. Nicht die Priorität der Funktion, sondern allein die Heilungsmöglichkeiten geben den Ausschlag. Das Wohl möglichst vieler ist nicht ein operatives Ziel; nicht das Wohlergehen der vielen entscheidet über das Schicksal des einzelnen. Das Prinzip hat rein regulative Funktion, es will das individuelle Wohl für möglichst viele. Die individualmedizinischen Handlungsgrundsätze bleiben daher im richtig verstandenen Prinzip des Utilitarismus voll gewahrt.

Über alles fachliche Wissen hinaus wird der Arzt in der Katastrophe in seinen menschlichen Qualitäten gefordert. Die Opfer der Katastrophe beanspruchen von ihm nicht nur Erste Hilfe, Wundversorgung und Schmerzbekämpfung, sondern auch Beruhigung, Zuspruch und Stärkung. Vor allem – so schreibt D. Ploog – muß der Arzt „der ruhige Pol am Ort des Ereignisses sein“ (3). Dies verlangt ein hohes Maß an Konzentration und innerer Kraft. In der Katastrophe sind nicht einfach Techniker und Routiniers gefordert. Wer hier aufrechtstehen will, muß dem Tod ins Auge blicken, ohne zu erschrecken. Einfühlungsvermögen und therapeutische Distanz müssen sich verbinden. Nur so ist ein sachgerechter und humaner Dienst im Katastrophenfall zu leisten.

Anmerkungen

1. Katastrophenmedizin – Verhütung oder Vorbereitung der Katastrophe?, in: Niedersächsisches Ärzteblatt, 5. 8. 1982, 523 f.
2. Carlo SCHMID: Rotes Kreuz – Prinzip der Hoffnung in unserer Zeit, in: Hundert Jahre im Dienst der Menschlichkeit. Reden und Aufsätze zur Hundertjahrfeier der Gründung des Roten Kreuzes, Schriftenreihe Nr. 30, Bonn 1963, 24.
3. O. PLOOG: Verhalten und psychische Reaktionen in der Katastrophe, in: Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall, Herausgeg. vom Bundesminister des Innern, Bonn 1981.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. theol. F. Böckle, Direktor des Moraltheologischen Seminars der Universität Bonn, Regina-Pacis-Weg 1 A, 5300 Bonn 1



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



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Akutes Abdomen

Der Notfall: Akute Pankreatitis

bearbeitet von Dr. N. Wolf und Professor Dr. G. Simonis, Homburg/Saar

Symptomatik:

Leitsymptom ist der plötzlich einsetzende starke und anhaltende Oberbauchschmerz, der oft gürtelförmig bis zum Rücken hin ausstrahlt. Daneben bestehen weniger konstant Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Fieber, Meteorismus, paralytischer Ileus, flüchtiger Ikterus, manchmal ein auffallend gerötetes Gesicht. Gelegentlich finden sich ein linksseitiger Pleuraerguß sowie Ascites. Das Abdomen ist meist deutlich gespannt, ohne aber den brettharten Charakter der Perforationsperitonitis zu bieten. Häufig ergibt sich ein diffuser Druckschmerz mit p.m. im Oberbauch. Die Peristaltik ist entsprechend dem Grad der Darmparalyse abgeschwächt bis aufgehoben. Bei jeder Form der akuten Pankreatitis können sich rasch die krankheitsspezifischen Komplikationen wie Schock, respiratorische Insuffizienz, Nierenversagen, schwere Verschiebungen in Elektrolyt- (Kalium, Calcium) und Säure-Basen-Haushalt, Koagulopathie und Bewußtseinstörung einstellen.

Anamnese:

Häufig geht der Symptomatik ein kurz zurückliegendes opulentes Mahl mit exzessivem Alkoholgenuß voran. Weiter finden sich anamnestisch Symptome eines Gallensteinleidens, chronischer Alkoholabusus, seltener frühere ähnliche Schmerzattacken im Oberbauch im Rahmen eines rezidivierenden Geschehens (chronisch-rezidivierende Pankreatitis). Daneben sind auch seltene Ursachen der akuten Pankreatitis wie stumpfes Oberbauchtrauma, Fettstoffwechselkrankheiten, vorangegangene Steroidmedikation u. a. bekannt.

Sofortdiagnostik:

Die Verdachtsdiagnose, die aus Anamnese und klinischer Untersuchung des Abdomens (Druckschmerz mit p.m. im Oberbauch sowie eher elastische Abwehrspannung) gestellt wird, kann erst nach Klinikeinweisung durch laborchemische Untersuchungen (Amylasen- und Lipasenerhöhung, Leukozytose usw.) erhärtet werden. Bei der Erstuntersuchung sollten Zeichen eventuell bereits eingetretener Komplikationen erkannt werden. Dabei sind vor allem Blutdruck, Puls, Atmung und Bewußtseinslage zu beachten.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Da keine Kausaltherapie des Autodigestionsprozesses bekannt ist, beschränkt sich das therapeutische Konzept auf symptomatische und prophylaktische Behandlungsmaßnahmen. Der erstbehandelnde Arzt sollte neben vollständiger oraler Nahrungskarenz für eine wirksame Analgesie sorgen (z. B. Fortral®, Baralgin®, Cave Morphin wegen Papillenspasmus). Falls erforderlich, sollte eine entsprechende Schocktherapie durch parenterale Flüssigkeitszufuhr eingeleitet werden. Die weitere Therapie kann erst nach Klinik-einweisung mit einer gezielten Infusionstherapie und Schockprophylaxe bzw. -therapie über einen zentralvenösen Katheter (Möglichkeit der ZVD-Bestimmung) fortgeführt werden. Es sollte immer eine nasogastrale Verweilsonde zur Ableitung des Magensekretes unter der Vorstellung der Sekretrosselung der Bauchspeicheldrüse gelegt werden.

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

Da auch leichte Formen der akuten Pankreatitis jederzeit durch Eintreten der oben beschriebenen Komplikationen in ein nur schwer therapierbares und prognostisch ungünstiges Stadium übergehen können, sollte allein die Verdachtsdiagnose bereits zur Klinikeinweisung genügen, zumal der systematischen Überwachung im Therapieplan eine Schlüsselrolle zukommt. Die bereits eingetretene Komplikation sollte zum notfallmäßigen Transport in die Klinik veranlassen. Ein bereits diagnostiziertes Gallensteinleiden mit der Verlegung des extrahepatischen Galleflusses und die präpapilläre Abflußstörung des Pankreassekretes durch ein Konkrement sind operative Notfallsituationen.

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Im Falle bereits bestehender Komplikationen sollte der Patient in der entsprechenden Klinik angekündigt werden, wobei bereits bekannte anamnestische Daten dem nachbehandelnden Kollegen mitgeteilt werden können. Außer den beschriebenen symptomatischen Sofortmaßnahmen sind bei dem Verdacht auf eine akute Pankreatitis nur flüchtige und leichte Verlaufsformen ambulant zu überwachen.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Häufig ist die Abgrenzung der akuten Pankreatitis gegen sonstige Ereignisse, die zum Bild des akuten Abdomens führen, sehr schwierig. Im wesentlichen müssen eine Ulcusperforation oder -penetration (ins Pankreas), ein Mesenterialinfarkt, eine akute Cholecystitis, ein dissezierendes Bauchaortenaneurysma sowie ein Myokardinfarkt (Hinterwand) in Betracht gezogen werden. Eine genaue Differenzierung erfordert apparativ-diagnostische Verfahren. Die akute Pankreatitis als Komplikation einer Gallensteinkrankheit stellt eine absolute Operationsindikation dar. Ansonsten ist die Erkrankung eine Domäne der aktiv-konservativen Therapie. Eine operative Frühintervention bei freien extrahepatischen Gallenwegen (Ultraschall!) ist indiziert, wenn die Diagnose bei fortschreitender Symptomatik trotz intensiver Therapie zweifelhaft bleibt, oder wenn das Bild der akuten hämorrhagisch-nekrotisierenden Pankreatitis besteht. Eine Entscheidungshilfe gibt hierbei die Einteilung in drei Schweregrade, welche sich nach der klinischen Symptomatik (anhaltender Schockzustand, Sistieren der Urinproduktion, Anstieg der Temperatur, Abwehrspannung und Auftreten von Resistenzen, Vorhandensein des Gray-Turner-Zeichens) und Laborbefunden (Leukozytose, Hyperbilirubinämie, Anstieg von Kreatinin und Harnstoff, Hypocalcämie, Hyperglykämie und metabolische Acidose) richten. Entscheidend beim Vorgehen ist der Zeitpunkt der Operation (Frühindikation), weniger die Art der Operation (Digitoklasie, Sequestrotomie, ausgiebige Drainage, Teilpankreatektomie, Pankreatektomie).

Kranke Rückkehr aus warmen Ländern *

von Ph. Stagelschmidt

Aus der IV. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing – Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität München (Chefarzt Dr. med. E. Holzer)

Durch den weltweiten Massentourismus, vor allem mit Zielrichtung in die südlichen Länder, werden manche Infektionskrankheiten in gemäßigte Klimazonen importiert, wo sie normalerweise nicht heimisch oder allenfalls sporadisch anzutreffen sind. Der überwiegende Anteil dieser Krankheiten läßt sich, vor allem dann, wenn die Diagnostik rechtzeitig eingeleitet wird, gut beherrschen, und dennoch erleben wir in manchen Fällen akute und überraschende Notfallsituationen.

Durch die kurzen Rückreisezeiten, insbesondere bei Flugreisen, entstehen gelegentlich zwischen dem Zeitpunkt der Ankunft in der Heimat und dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome relativ große Intervalle, so daß kausale Zusammenhänge verkannt werden. Beispielsweise werden fieberhafte Zustände im Anschluß an winterliche Tropenreisen beinahe zwangsläufig so lange als Erkältungskrankheiten gedeutet, bis schließlich die Organmanifestation oder die Komplikationen einer importierten Krankheit Notfallmaßnahmen erfordern. Um derartige Überraschungen möglichst zu vermeiden und nicht von Anfang an diagnostische Irrwege einzuschlagen, pflegen wir im Rahmen der üblichen Anamneseerhebung eine Reihe von besonderen Aspekten schwerpunktmäßig herauszustellen. Der damit verbundene Zeitaufwand erweist sich letztlich retrospektiv als Zeitgewinn für Patient und Arzt.

Den Versuch, die wesentlichen Punkte einer derartigen Anamnese zusammenzustellen, zeigt Tabelle 1.

Vortrag erhältlich der 22. Bayerischen Internistenkongress in München

Die Referate dieser Veranstaltung wurden in Band 61 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.

Womit muß gerechnet werden?

Von dem (großen) Spektrum möglicher mitgebrachter Infektionen aus dem Mittelmeerraum und den bekannten Endemiegebieten Asiens, Afrikas, Mittel- und Südamerikas sind glücklicherweise nur wenige befähigt, nach Einfuhr in unsere gemäßigten Zonen lebensbedrohende akute Notfallsituationen auszulösen. In erster Linie handelt es sich dabei um die Malaria tropica, um den Typhus abdominalis mit Komplikationen, den Amöben-Leberabszeß sowie die Weil-Erkrankung mit ikterischem Verlauf und die (akute) viszerale Leishmaniose (Tab. 2).

Die Malaria tropica kann zu jenen Infektionskrankheiten gerechnet werden, die sich lange hinter dem Bild

des unklaren Fiebers ohne faßbaren Organbefund verstecken.

Grundsätzlich muß bei jedem fiebernden Rückkehrer aus einem Malariagebiet eine Malaria ausgeschlossen werden, auch dann, wenn eine scheinbar ausreichende Prophylaxe durchgeführt worden ist. Die Malaria tropica ist immer als Notfall zu behandeln, auch wenn der Patient zum Zeitpunkt der Diagnosestellung kein bedrohliches Zustandsbild bietet. Selbst der Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten verhindert nicht immer den letalen Ausgang der Erkrankung unter den Zeichen zerebralen, pulmonalen und renalen Versagens. Die Gefahr, eine Malaria tropica zu übersehen, ist einerseits in ihrem uncharakteristischen Fieverlauf begründet (im Gegensatz zu den anderen weniger gefährlichen Formen) und andererseits in der Tatsache, daß bei einer gering ausgeprägten Parasitämie, die einen schweren Krankheitsverlauf jedoch keinesfalls ausschließt, die Parasiten im Blutbild entgehen können, wenn nicht gezielt nach ihnen gefahndet wird. Für die Diagnose genügt im allgemeinen der übliche Blutausschrieb mit Pappenheim-Färbung, als Anreicherungsverfahren dient der dicke Tropfen (Abb. 1).

Der Verdacht auf eine Malaria tropica rechtfertigt in jedem Fall die Einwei-

Gezielte Anamnese bei kranken Rückkehrern aus warmen Ländern

- | | |
|--|---|
| A) Geographischer und chronologischer Verlauf | |
| 1. der Reise: | Reisewege, Reisezeiten, Aufenthalte, Vehikel (→ Kinetosen?) |
| 2. der Krankheit: | Gesundheitszustand vor Antritt der Reise
Erste Symptome, Fieverlauf usw. Bereits durchgeführte Therapieversuche (Medikamente!) |
| B) Exposition | |
| Allgemeine geographische Exposition (→ regional typische Krankheiten) | |
| Spezielle Exposition (Epidemie, verdächtige Speisen und Getränke, kranke Mitreisende und Kontaktpersonen) | |
| Hygienische Verhältnisse (Unterkünfte usw.) | |
| Klima | |
| Verletzungen | |
| Tierkontakte | |
| Insektenstiche | |
| C) Disposition | |
| Prophylaxe (Impfungen, Malariaphylaxe) | |
| Spezifische individuelle Risiken (Vor- und Grundkrankheiten, Medikamente mit Einfluß auf die Immunologische Situation) | |
| D) Sonstiges | |
| z. B. frühere Reisen in warme Länder | |

Tabelle 1

Importierte Infektionskrankheiten als mögliche Ursachen akuter Notfallsituationen

Malaria tropica Typhus abdominalis Amoeben-Leberebszeß	Mit akuten Komplikationen in hohem Maße behaftet
Leptospirose (Morbus Weil) Viszerale Leishmaniose (Kala-Azer)	
Gastrointestinale Infektionen Hepatitis Brucellose Chlamydien- und Rickettsieninfektionen Schistosomiasis Trypanosomiasis Dengue Gelbfieber Tetanus Pollomyelitis TBC Lepre Venerische Infektionen Melioidose Eventuell aktivierte Vor- und Grundkrankheiten	(Paratyphus und enteritische Salmonellose, Cholera, Campylobacter, Lambliose, ETEC u. e.)

Tabelle 2

sung in eine Klinik, wobei von vorneherein bereits an die eventuelle Notwendigkeit einer Intensivtherapie gedacht werden kann.

Die meisten und die schwersten Fälle von Malaria tropica der letzten Jahre konnten wir bei Rückkehrern aus Ostafrika beobachten, des weiteren sind Südostasien und der Norden Südamerikas als wesentliche Endemiegebiete anzuführen.

Nachdem erstmals 1961 in Südamerika Chloroquine-resistente Plasmodium falciparum-Stämme gefunden wurden, hat die Zahl der Berichte über resistente Infektionen, auch aus den anderen Erdteilen, ständig zugenommen. Es ist daher ratsam, sich vor Einleitung einer Malariatherapie

ein aktuelles Bild der Resistenzsituation aus den vom jeweiligen Patienten besuchten Gegenden zu verschaffen (Tab. 3).

Die Therapie der unkomplizierten Malaria tropica kann mit 4-Aminochinolinen (Chloroquin) durchgeführt werden:

Initial 600 mg Chloroquin-Base oral (Kinder 10 mg/kg Körpergewicht)

Nach sechs Stunden 300 mg der Chloroquin-Base (Kinder 5 mg/kg Körpergewicht)

Nach einem Intervall von zwölf Stunden nach der letzten Gabe 300 mg Chloroquin-Base (Kinder 5 mg/kg Körpergewicht)

Nach einem weiteren Intervall von 24 Stunden nach der letzten Gabe nochmals 300 mg der Chloroquin-Base (Kinder 5 mg/kg Körpergewicht)

Bei Rückkehr aus Gebieten mit bekannter Chloroquinresistenz (s. Tab. 3) kann die Therapie mit der Kombination von Pyrimethamin und Sulfadoxin durchgeführt werden:

Bei Erwachsenen einmalige orale Dosis von 1500 mg Sulfadoxin und 75 mg Pyrimethamin (= 3 Tabletten Fansidar); bei Kindern unter 4 Jahren 1/2 Tablette Fansidar, von vier bis acht Jahren 1 Tablette und von neun bis zwölf Jahren 2 Tabletten Fansidar).

Bei komplizierter Malaria tropica (z. B. zerebrale Form, starker Befall, bedrohlicher Zustand) empfiehlt sich die Therapie mit Chinin-Sulfat oder Chinin-Chlorid.

Dosis: 20 bis 25 mg/kg Körpergewicht alle 24 Stunden in zwei bis drei langsamen Infusionen und Fortführung der Therapie über zehn Tage.

Sobald orale Applikation möglich, wird diese in drei bis vier Einzeldosen täglich durchgeführt.

Um die in der Bundesrepublik Deutschland praktizierenden Ärzte über die Malaria-situation, insbesondere über die aktuelle Prophylaxe und Therapie, zu informieren, hat die Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft eine ständige Arbeitsgruppe „Empfehlungen zur Prophylaxe und Therapie der Malaria“ (Vorsitz: Professor Dr. M. Dietrich, Tropeninstitut Hamburg) ins Leben gerufen. Diese Arbeitsgruppe wird in kurzen Abständen aktuelle Empfehlungen veröffentlichen. Zum derzeitigen Stand der Prophylaxe und Therapie der Malaria sei auf die Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 36 vom 10. Dezember 1982 (S. 32-37) hingewiesen.

Bei Fieber ohne typischen Organbefund sollte ein Typhus abdominalis unbedingt in die Differentialdiagnose miteinbezogen werden, auch wenn typische Symptome, wie Obstipation, Milzschwellung, Roseolen, Leukopenie und Aneosinophilie noch nicht erkennbar sind. Salmonella typhi läßt sich bereits im Anfangsstadium der Erkrankung, ja schon in der Inkubationsphase aus Blutkulturen und

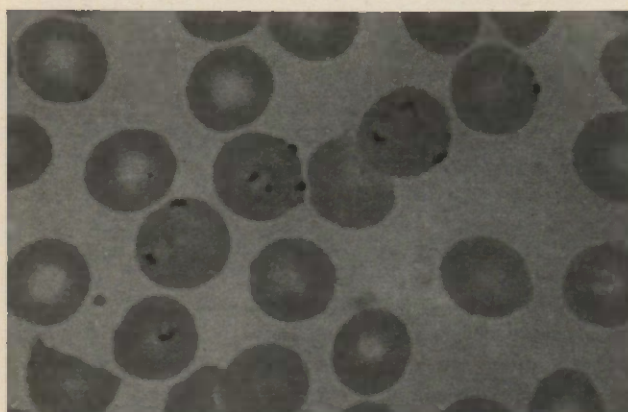


Abbildung 1
Malaria tropica

Gegenden mit Chloroquine-resistenter Plasmodium falciparum-Malaria

Land	Name des Gebietes
Afrika:	
Comoro Islands	Isolated reports
Madagascar	Isolated reports
Kenya	Isolated reports
Tanzania	Isolated reports
Amerika:	
Brazil	States in interior of country; Espirito Santo State (coastal area north of Rio de Janeiro)
Colombia	All malarious areas
Ecuador	Provinces in interior of country bordering Colombia
French Guiana	Isolated reports
Guyane	Brazil-Guyane border area
Panama	All areas east of Canal Zone including San Blas
Surinam	All malarious areas
Venezuela	All malarious areas
Asien:	
Bangladesh	Border areas with Assam State, Meghalaya, Tripura, Mizoram, India, border areas of Burma
Burma	All malarious areas
China, People's Republic	Parts of Provinces of Guangdong (including Hainan Island, Guengxi, and Yunnan, adjacent to Burma, Laos, and Vietnam)
Dem. Kempuchea	All malarious areas
Indien	Arunachal Pradesh, Assam State, Manipur, Meghalaya, Mizoram, Nagaland, Orissa, Tripura
Indonesien	East Kalimantan (Island of Borneo) Irian Jaya (Island of New Guinea)
Nepal	Isolated reports
Laos	All malarious areas
Malaysia	
West	All malarious areas
Sabah	All malarious areas
Papua New Guinea	All malarious areas
Philippinen	Luzon Island, Basilan Island and Sulu Archipelago, Mindoro Island, Palawan Island
Solomon Islands	All malarious areas
Thailand	All malarious areas
Vietnam	Widespread

Tabelle 3
(aus Centers for Disease-Control-Malaria-Surveillance – US-Department of Health and Human Services, Januar 1982)

Sternalmark anzüchten. Agglutinierende Antikörper und positive Stuhlkulturen finden wir erst ab der zweiten Erkrankungswoche. Die akute Notfallsituation manifestiert sich bei unterlassener Therapie meist gegen Ende der dritten Erkrankungswoche in Form einer akuten lebensbedrohenden intestinalen Blutung oder einer Dünndarmperforation. Man kann versuchen, die Blutung durch konservative Maßnahmen, d.h. massive Substitution, zu beherrschen, bei Hinweisen für eine Perforation ist jedoch die unverzügliche operative Behandlung notwendig.

Zur medikamentösen Therapie empfiehlt sich der möglichst frühe Einsatz von Ampicillin in einer Dosis

von dreimal täglich 5 g. Die Therapie wird zehn Tage über den Zeitpunkt der Entfieberung hinaus fortgesetzt.

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation liegt die Durchseuchung mit Entamoeba histolytica, dem Erreger der Amöbenruhr, in den südlichen warmen Ländern zum Teil über 50 Prozent. Die auf das Kolon beschränkte Erkrankung heißt im allgemeinen nach Rückkehr aus endemischen Gebieten in unseren gemäßigten Zonen spontan ab, fulminante Verläufe mit nekrotisierender Enterokolitis und Peritonitis sind äußerst selten. Die gefährlichste Komplikation einer Amöbenruhr, mit der wir zu rechnen haben, ist der Amöben-Leberabszeß, der manch-

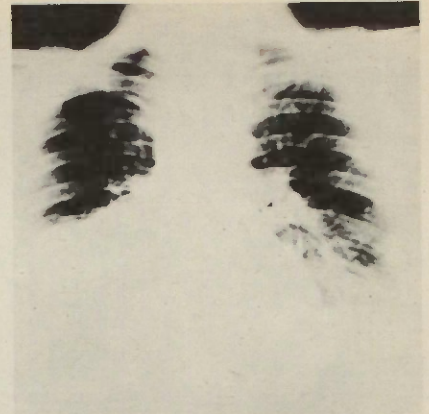


Abbildung 2
Amöbenabszeß der Leber vor Punktion

mal erst nach jahrelanger Latenz auftritt.

Das akute lebensbedrohliche Krankheitsbild eines Amöben-Leberabszesses wird verständlicherweise mit einer Jahre zurückliegenden Durchfallserkrankung nicht mehr in Zusammenhang gebracht, so daß fatale diagnostische Fehldeutungen entstehen können. Bei ausgeprägtem klinischen Befund findet sich ein heftiger, bereits durch vorsichtige Palpation auslösbarer Schmerz im Bereich der Lebergegend, der im Zusammenhang mit Fieber, Ikterus und Laborbefunden einen entzündlichen Prozeß der Gallenblase vortäuschen kann. Das Fehlen von Amöben in Stuhlproben zum Zeitpunkt eines Amöben-Leberabszesses kann die Diagnose zusätzlich erschweren.

Bei nicht rechtzeitig eingeleiteter amöbizider oder chirurgischer Behandlung besteht die Gefahr einer Perforation der gelegentlich faustgroßen Abszesse in die freie Bauchhöhle, in den Thoraxraum oder in das Perikard (Abb. 2 und Abb. 3).

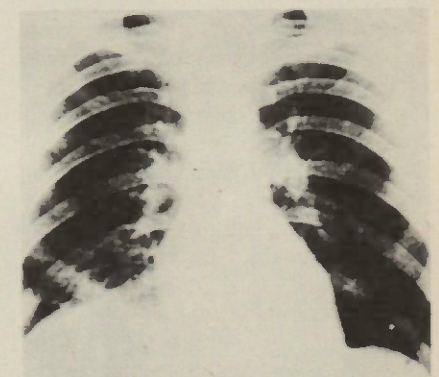


Abbildung 3
Derselbe Patient nach transkutaner Punktion des Amöben-Leberabszesses

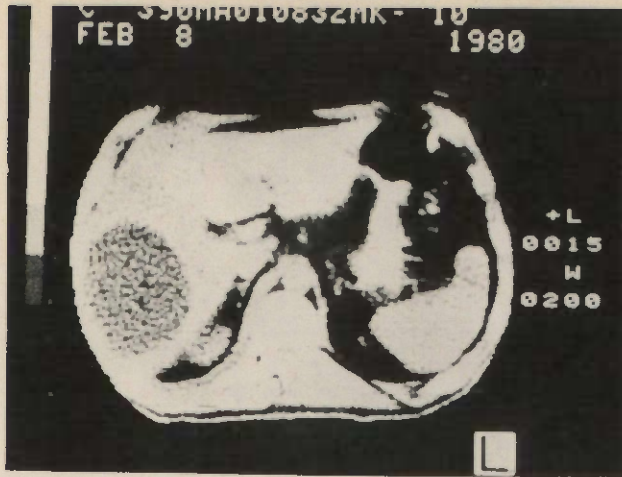


Abbildung 4
Großer Amoeben-
abszeß der Leber
im Computertomo-
gramm

Wenn man in der Anamnese die Frage nach früheren Reisen in warme Länder beachtet, wird man möglicherweise rechtzeitig einen Amoeben-Leberabszeß mit in die Differentialdiagnose einbeziehen und die entsprechende Diagnostik unverzüglich einleiten. Hierzu gehört heute u. a. ein Computertomogramm der Leber im Sinne einer echten Notfalldiagnostik (Abb. 4).

Wenn noch keine sicheren Zeichen einer Perforation des Abszesses vorliegen, kann ein konservativer Behandlungsversuch mit Metronidazol, eventuell in Kombination mit Dehydroemetin, durchgeführt werden. Man sieht selbst bei ausgedehnten Abszessen ein erstaunlich gutes Ansprechen und den schnellen Rückgang der Befunde sowie der Beschwerden der Patienten. Bei Hinweis auf Perforation ist die sofortige chirurgische Intervention unumgänglich. Die insbesondere im angelsächsischen Schrifttum angegebenen Behandlungsrichtlinien beim Amoeben-Leberabszeß sind unterschiedlich, doch scheint folgendes Vorgehen nach dem heutigen Stand des Wissens am zweckmäßigsten: 2,4 g Metronidazol als orale Initialdosis sowie weitere 1,5 g täglich in den nachfolgenden Tagen bis zum völligen Verschwinden der Beschwerden. In kritischen Situationen empfiehlt sich die Kombination mit Dehydroemetin 1,5 mg/kg Körpergewicht täglich über einen Zeitraum von zehn Tagen.

Leptospireninfektionen sind weltweit verbreitete sogenannte Zoonosen, die sowohl als heimische als auch als mitgebrachte Erkrankungen ernsthafte Probleme bereiten können. Die schwerste Form der

Leptospirose, bei der die meisten Todesfälle vorkommen, ist der Morbus Weil, vor allem dessen ikterischer Verlauf. Der letale Ausgang der Erkrankung ist häufig durch schwere Nierenschäden bedingt, daneben finden wir Komplikationen von seiten der Leber, des ZNS und des Herzens. Der Krankheitsverlauf ist gekennzeichnet durch einen zweiphasischen Fieberverlauf mit freiem Intervall, wobei die zu den gefährlichen Komplikationen führenden Organmanifestationen etwa ab dem Beginn der zweiten Krankheitswoche zu erwarten sind. Beim Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Weil sollte möglichst schnell eine hochdosierte Penicillinbehandlung eingeleitet werden, weil gerade hier der rechtzeitige Therapiebeginn entscheidend Prognose und Verlauf beeinflusst. Der direkte Leptospirennachweis im Blut oder im Urin ist schwierig, ein negativer Befund nicht beweisend. Antikörper sind erst von der zweiten Krankheitswoche an im sogenannten Agglutinations- und Lysisverfahren nachweisbar. Der Verdacht auf das Vorliegen einer Weil-Erkrankung rechtfertigt auf jeden Fall die Einweisung in eine Klinik mit der Möglichkeit zur extrakorporalen Dialyse.

Eine vor allem in den Mittelmeerländern stark verbreitete, durch Phlebotomen, also Sandfliegen, übertragene Protozoeninfektion ist die viszerale Leishmaniose oder auch Kala-Azar. Obzwar die Erkrankung meistens subakut bis chronisch mit Leitsymptomen wie Hepatosplenomegalie, Lymphknotenschwellungen, unklarem Fieber und gastrointestinalen Beschwerden bis hin zur Kachexie verläuft, können gelegentlich bakterielle Sekundärinfektionen, die sich

vornehmlich durch einen Hypersplenismus erklären, lebensbedrohliche septische Krankheitsbilder auslösen. Es empfiehlt sich daher bei Patienten mit entsprechender Anamnese, Splenomegalie und unklarem Fieber die Suche nach Parasiten, die sich vornehmlich im Knochenmark, in Lymphknoten, in der Leber und in der Milz aufhalten, oder nach Antikörpern anzustellen. Als serologische Methoden sind ELISA, Immunfluoreszenz und Gegenstromelektrophorese üblich. Vor Einführung der spezifischen Chemotherapie mußte immerhin mit einer Letalität von 95 Prozent gerechnet werden, und auch heute ist die Erkrankung als ernst zu bezeichnen.

Die Chemotherapie der Leishmaniose erfolgt heute noch mit Verbindungen des fünfwertigen Antimons und sollte wegen der Toxizität der Präparate zumindest unter klinischer Beobachtung der Patienten eingeleitet werden. (z. B. Pentostam 600 mg pro Tag, 30 Tage lang i. m. oder i. v.). Die gefürchteten bakteriellen Sekundärinfektionen, insbesondere Pneumokokkeninfektionen, bedürfen der sofortigen antibiotischen Behandlung.

Besonders häufig: Durchfallserkrankungen

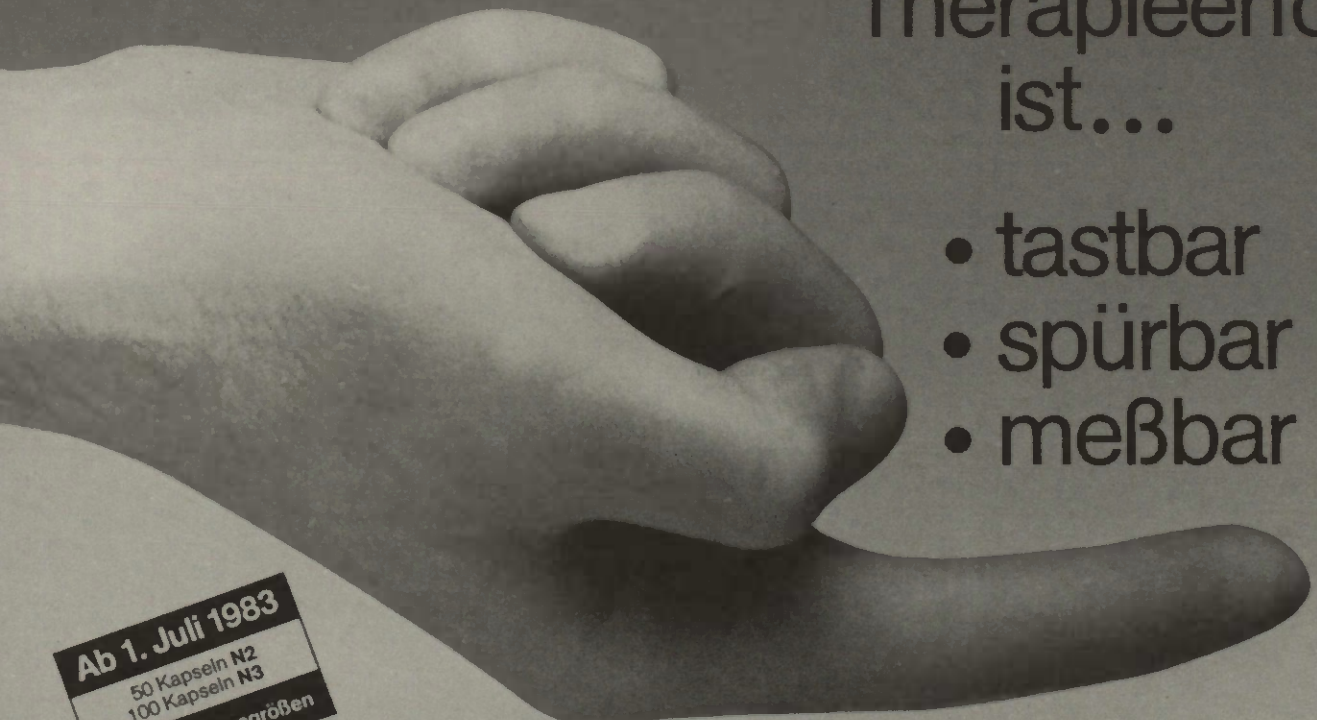
Unter den importierten Infektionen, die den kranken Rückkehrer zur Konsultation des Arztes veranlassen, nehmen naturgemäß die gastrointestinalen Erkrankungen wegen ihrer Häufigkeit einen großen Raum ein. Differentialdiagnostisch muß bei schweren Diarrhöen an Salmonellen, Shigellosen, Cholera, Campylobacter-Infektionen, eine Amoebenruhr, eventuell auch an eine Lambliose gedacht werden. In allen Fällen ist der möglichst schnelle bakteriologische Erregernachweis aus Stuhlproben anzustreben, da eventuell in Frage kommende antimikrobielle Maßnahmen von Fall zu Fall stark differieren. Wasser und Elektrolytverluste können gelegentlich extreme Ausmaße annehmen, die letztlich in ein Nierenversagen und einen Kreislaufschock münden, intestinale Verluste basischer Valenzen, und dies gilt insbesondere für die Cholera, führen außerdem zu einer metabolischen Azidose. Unkontrollierte Substitutionsversuche bergen meist die Gefahr einer hyposmolaren Überwässerung in sich, so daß im Fall

Die Nummer 1
beim Prostata-Adenom

Harzol®

Der
Therapieerfolg
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar



Ab 1. Juli 1983
50 Kapseln N2
100 Kapseln N3
neue Packungsgrößen

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.

Harzol®, HOYER GmbH & Co., 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom.

Gegenanzeigen: sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierungsanleitung: 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.

Handelsformen:

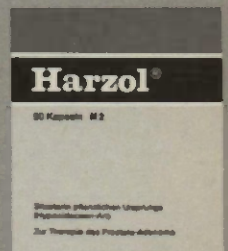
50 Kapseln N2 DM 19,74

100 Kapseln N3 DM 33,85

360 Kapseln DM 104,08

Stand: Juli 1983

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



eines aus den Fugen geratenen Wasser- und Elektrolythaushaltes die klinische Behandlung unter kontrollierter und bilanzierter Überwachung zu empfehlen ist.

Eine breite Abhandlung aller, als Ursache von Notfallsituationen in Frage kommenden Importkrankheiten ist natürlich im Rahmen dieses Referates nicht möglich.

Im konkreten Fall ist für die Durchführung einer rationellen Diagnostik immer der individuelle klinische Befund ausschlaggebend, wobei die Erhebung einer schwerpunktmäßig ausgerichteten Anamnese entscheidend zur Vermeidung diagnostischer Irrwege beiträgt. So lange die mitgebrachte Krankheit aus warmen Klimazonen ätiologisch nicht abgeklärt ist, muß zumindest mit ihrer potentiellen Infektiosität gerechnet werden. Die zur Verhütung der weiteren Ausbreitung eingeschleppter Infektionen notwendigen Maßnahmen sind im Bundesseuchengesetz verankert und unbedingt zu beachten (Meldepflicht).

Die Untersuchung des kranken Rückkehrers, soweit sei abschließend noch erwähnt, erfolgt natürlich nicht unter ausschließlich infektiologischen Aspekten, differentialdiagnostisch kommt vielmehr auch eine Reihe aktivierter latenter Vorerkrankungen in Frage, die möglicherweise erst durch die Belastungen der Reise manifest geworden sind. Wer läßt sich heute noch vor Antritt einer größeren Reise vom Hausarzt untersuchen?

Es ist durchaus keine Seltenheit, wenn sich die vermutete exotische Importkrankheit beispielsweise als entgleister Diabetes mellitus oder als ein durch Klima- und Jodbelastung angeheiztes autonomes Schilddrüsenadenom entpuppt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ph. *Stagelschmidt*, Oberarzt,
Kölner Platz 1, 8000 München 40

Personalia

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für W. Kahlich

Auf der Eröffnungsfeier des neuen Bankgebäudes der Deutschen Apotheker- und Ärztesbank in München am 12. September 1983 überreichte Professor Dr. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft an Bankdirektor Winfried Kahlich.

Direktor Kahlich ist seit 25 Jahren bei der Deutschen Apotheker- und Ärztesbank tätig. Er hat unter erheblichem persönlichen Einsatz und zeitlichen Opfern die südbayerische Niederlassung der Standesbank der Ärzte aufgebaut. Auch in Zeiten der Hochkonjunktur hat er stets die Interessen der Ärzte vertreten und sie veranlaßt, die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund zu sehen. Bei Neuniederlassungen berät er die Kollegen so, daß eine Überschuldung vermieden werden kann.

Auch im Zusammenwirken mit den Standesorganisationen — Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und deren Bezirksstellen — war und ist Direktor Kahlich zu jeder Zeit ein vorbildlicher Partner.

Insgesamt ist festzustellen, daß Direktor Kahlich sich um die bayerische Ärzteschaft außerordentlich verdient gemacht hat.

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Portugiesischen Gesellschaft für Gastroenterologie ernannt.

Professor Dr. med. Alexander Baethmann, Dr. med. Oliver Kempfski, Dr. med. Klaus Maier-Hauff und Dr. med. Andreas Unterberg, alle Arbeitsgruppe „Neurochirurgische Forschung“, Klinikum Großhadern der Universität München, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde der Erich-Karl-Frey-Preis der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Felix-Wankel-Tierschutz-Forschungspreis verliehen.

Professor Dr. med. Paul Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie gewählt.

Privatdozent Dr. med. habil. Gerd Kobal, Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 22, 8520 Erlangen, erhielt den erstmals verliehenen Sertürner-Preis.

Privatdozent Dr. med. Bernd Landsleitner, Oberarzt der Abteilung für Handchirurgie und Plastische Chirurgie der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde der Johann-Nepumuk-Nußbaum-Preis verliehen.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Pförringer, Orthopäde, Osterwaldstraße 59, 8000 München 40, wurde in den Bayerischen Landesgesundheitsrat berufen.

Professor Dr. med. Manfred Schatzenkirchner, Leiter der Rheumatiker-Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkofferstraße 8 a, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied der American Rheumatism Association ernannt.



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

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

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Amtliches: Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Der Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung im Freistaat Bayern wurde nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte) mit Stand zum 31. Dezember 1982 fristgerecht fortentwickelt.

Zur Information und zur Veröffentlichung nach § 368 (4) RVO und nach den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte, Abschnitt D, Abs. 6 vom 5. Oktober 1977 werden nachstehend die fehlenden Kassenärzte nach dem Stand vom 1. Mai 1983 ausgewiesen:

Fachärztliche Planungsbereiche (Kreiszebene)	K	I	F	O	C	N	AU	HN	D	R	U	A/Pr.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	16
München							1					1
Ingolstadt												2
Altötting							1		1			
Berchtesgadener Land												
Bad Tölz-Weilfretshausen												
Decheu												
Ebersberg												
Eichstätt												
Erding												
Freising								1				
Fürstenfeldbruck												
Germisch-Partenkirchen												
Landsberg e. Lech												
Miesbach												
Mühldorf e. Inn							1					
Neuburg-Schrobenhausen										1		2
Pfeffenhofen e. d. Ilm									1			
Rosenheim												
Sternberg												
Traunstein												
Weilheim-Schongau						1						
Bamberg							1					
Bayreuth									1			1
Coburg	1						1		1			1
Forchheim												
Hof							1					2
Kronach							1					2
Kulmbach							1					
Lichtenfels									1			
Wunsiedel i. Fichtelgebirge									1			1
Ansbach						1	1		1			1
Erlangen-Höchstedt												
Fürth												
Nürnberg												7
Neustadt/A.-B. Windsheim			1									1
Roth						1						
Weißenburg-Gunzenhausen	1					1	1		1			
Aschaffenburg							1	1				2
Bad Kissingen	1								1			
Rhön-Grabfeld						1						
Haßberge	1					1	1		1			1
Kitzingen							1					
Miltenberg	2	1					1		1			1
Main-Spessart								1	1			1
Schweinfurt							2					1
Würzburg												1
Amberg-Sulzbech						1	1	1				2
Chem	2	2					3	1	1			1
Neumarkt i. d. Opf.			1				1					
Neustadt e. d. Waldneeb	2		1				2		1			2
Regensburg												2
Schwendorf	1						1	1				
Tirschenreuth	1					1	1	1	1			2
Deggendorf								1				1
Freyung-Grafeneu												2
Kelheim	1					1	1					
Landshut	1						1					2
Pesseu	1	1	1				1	1				1
Regen						1						
Rottal-Inn									1			
Streußing-Bogen	1					1	1					2
Dingolfing-Landau						1		1	1			
Augsburg	2	1	1					1				1
Dillingen									1			
Günzburg			1									
Neu-Ulm							1					1
Lindau						1						
Ostallgäu									1			
Unterallgäu			1					1	1			
Donau-Ries						1			1			1
Oberallgäu												

K = Kinderärzte, I = Internisten, F = Frauenärzte, O = Orthopäden, C = Chirurgen, N = Neurologen, AU = Augenärzte, HN = HNO-Ärzte, D = Hautärzte, R = Radiologen, U = Urologen, A/Pr. = Allg./Praktiker

Aktuelle Auskünfte und Datangaben ertailen die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Dort liegen Bedarfspläne zur Einsichnahme auf.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Frauenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt oder 1 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-Leonhard/Sünderböhl/ Großreuth

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/ Krottenbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Südriedhof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-St. Johanna:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:

1 Augenarzt

Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Neustadt a. d. Aisch:

1 Frauenarzt

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach:

1 Hautarzt

Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Lkr. Ansbach:

1 Narvenarzt

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

Unterfranken

Stadt Aschaffenburg, Stadttell Damm:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gochshelm, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gemünden, Lkr. Main-Speesart:

1 Augenarzt

Erlenbach oder Kilgenberg,

Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Karlstadt oder Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Speesart:

1 HNO-Arzt

Elsfeld, Lkr. Miltenberg:

1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Sulzbach, Lkr. Miltenberg:

1 Internist

Erlenbach oder Kilgenberg,

Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Narvenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Narvenarzt

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

Oberpfalz

Sulzbach-Rosenberg,

Lkr. Amberg-Sulzbach

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 20 02-0.

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Lkr. Dingolfing-Landau

1 HNO-Arzt

Lkr. Dingolfing-Landau:

1 Narvenarzt

Lkr. Regen:

1 Narvenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 230 61.

Schwaben

Gerathofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

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

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 53 „Der Reaktorunfall“

(Vorträge der Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg - Landshut - Würzburg, 1980)

Band 54 SEWERING: „Der Arzt zwischen Ideologien und Realitäten“

Schriften aus drei Jahrzehnten zur Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik

Band 55 „Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie – Internistische Therapie des Mammakarzinoms – Erkennung dringlicher Situationen in der internistischen Praxis“

(Vorträge der 20. Bayerischen Internistentagung, 1980)

Band 56 „Magen-Duodenalulkus – Gastroösophageale Refluxkrankheit – Schilddrüsenerkrankungen – Praktische Fragen aus der Geriatrie – Aktuelle Probleme in der Kardiologie – Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden“

(Vorträge des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1980)

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 immunologisch-bedingte Erkrankungen, Immuntherapie – Die Nachbehandlung des Krebskranken“

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

Band 61 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen – Gastroenterologie-Diabetes-Dialyse – Notfalldiagnostik und -therapie in der Inneren Medizin“

(Vorträge der 22. Bayerischen Internistentagung, 1982)

Traumeel®

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enth.: Arnica ϕ 1,5 g; Calendula ϕ , Hamamelis ϕ ana 0,45 g; Echinacea angustifolia ϕ , Echinacea purpurea ϕ , Chamomilla ϕ ana 0,15 g; Symphytum ϕ , Bellia perennis ϕ ana 0,1 g; Hypanicum ϕ , Millefolium ϕ ana 0,09 g; Aconitum D 1, Belladonna D 1 ana 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemannii D 1 0,04 g; Hepar sulfuris D 1 0,025 g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öftere auf die betroffenen Stellen auftragen bzw. einreiben, ggf. auch Salbenverband.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (Stand Juli 1983)
Salbe: Tuben mit 20 g DM 4,75, mit 80 g DM 14,27.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN
Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

- Risikofreies Breitband-Antiphlogistikum
- Entzündliche und ödematöse Prozesse verschiedener Genese und Lokalisation
- Verletzungsfolgen

-Heel Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

Wohin geht die Reise?

Das „Sommertheater“ ist beendet. Der „heiße Herbst“ kann beginnen. Die Bundesregierung hat die politischen Auseinandersetzungen und Scheustellungen einzelner ihrer Mitglieder und einzelner Landesfürsten ohne sichtbaren und meßbaren Schaden überstanden. Aber die Erwartungen vieler Bürger, daß sich nach der politischen Wende im letzten Herbst vieles ändern und alles bessern werde, haben einen deutlichen Dämpfer erhalten. Die Regierung präsentiert sich als ein Koalitionskabinett dreier Parteien, dessen Effizienz durch Eifersüchteleien, Profilierungsbestrebungen und ziemlich unverständliche öffentliche Streitereien beeinträchtigt wird. Der Kanzler läßt die Kabinettsmitglieder an der langen Leine laufen. Ihm genügt, wenn sich die Minister über die sachlich umstrittenen Fragen im kleinen Kreis einigen. Kohl macht jedenfalls von seiner Führungsautorität im Kabinett nur sparsam Gebrauch; bislang wirkt er mehr als Moderator, denn als Kanzler.

Da werden Unterschiede zum Vorgänger Schmidt sichtbar. Der kümmerte sich um viele, zu viele Einzelheiten und spielte sich gelegentlich als Zuchtmeister auf, zuletzt mit immer geringerem Erfolg. Kohl kann dagegen darauf vertrauen, alle wichtigen Entscheidungen durchsetzen zu können. Ernsthafte Differenzen gibt es bislang nur in wenigen Fragen; das Demonstrationstrefrecht und die Ausländerpolitik zählen dazu. Aber Genscher läßt „Sozial-Liberalen“, wie Hirsch und Baum, Spielraum, sich zu profilieren, was die CSU reizt. Wenn die Koalition auf Dauer Erfolg haben und ihre Wahl rechtfertigen will, so wird sie sich Reibungsverluste wie in den letzten Monaten nicht ständig leisten können. Vielleicht bessert sich das politische Klima unter dem Druck von außen und nach der hessischen Landtagswahl. Aber auch 1984 gibt es wieder Landtagswahlen, was manche Akteure zur Fortsetzung ihrer Schau- und Scheingefechte verleiten könnte.

Die Regierung kann freilich damit rechnen, daß sie ihren Haushalt und die Spargesetze ohne größere Änderungen über die Hürden der Gesetzgebung bringt. Die

Sondersitzung des Bundesrates Anfang September hat dies deutlich werden lassen. Wenn es im Vorfeld der Bundsratsitzung mancherlei eigenwillige Töne und kritische Bemerkungen über das Konsolidierungs-Konzept Stoltenbergs gab, so bleibt doch festzuhalten, daß die CDU-Länder in den entscheidenden Abstimmungen Solidarität mit der Bonner Regierung geübt haben. Daren wird sich auch nichts ändern. Kohls und Stoltenbergs Autorität innerhalb der CDU ist nicht gefährdet. Auch die Landesfürsten der Union brechen zum eigenen Erfolg den Erfolg der neuen Bonner Koalition.

Über eine Reihe von Punkten dürfte freilich in den kommenden Wochen noch gestritten werden. Da ist zunächst das Thema Mutterschaftsgeld, dem inzwischen eine zu hohe sachliche und politische Bedeutung beigegeben wird. Es geht um einen Sparbeitrag von 320 Millionen Mark. Davon hängt weder die Wirksamkeit der Familienpolitik, noch das Schicksal der Konsolidierungspolitik ab. Wichtiger ist die Ankündigung der Regierung, daß dieses Mutterschaftsgeld von 1987 an allen Müttern und nicht nur den zuvor berufstätigen Müttern gezahlt werden solle. Diese Ankündigung trifft die Konsolidierungspolitik im Kern. Hier werden Versprechungen in Milliardenhöhe für das Wahljahr 1987 gemacht, obwohl sicher ist, daß das Konsolidierungsziel dann noch nicht erreicht sein wird. Der Familienpolitik wird damit zwar der Vorrang eingeräumt, den sie verdient; es wird aber nicht gesagt, welche Aufgaben im Reng zurückgestuft werden sollen. Es wächst jedenfalls der Eindruck, daß in der Union die Entschlossenheit schwindet, die Defizite in den öffentlichen Haushalten und in der Sozialversicherung durch weitere Ausgaben- und Leistungskürzungen abzubauen. Schon werden Steuererhöhungen nicht mehr ausgeschlossen.

Der Bundesrat hat den Bundestag aufgefordert, die Eingriffe Blüms bei den Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu Lasten der Hausfrauen und der übrigen freiwillig Versicherten zu mildern. Blüm will bei den Hausfrauen den Invaliditätsschutz völlig streichen. Freiwillig versicherte

Selbständige, Freiberufler und Angestellte sollen ihn nur retten können, wenn sie jährlich wenigstens acht Mittelbeiträge, also etwa 4000 Mark, aus versteuertem Einkommen aufbringen und an die Rentenversicherung abführen. Nach Auffassung des Bundesrates muß der erreichte Invaliditätsschutz vom Gesetzgeber respektiert werden; auch sollte ein erworbener Invaliditätsschutz mit angemessenen freiwilligen Beiträgen aufrechterhalten werden können. Der Bundesrat ist offensichtlich der Meinung, daß Blüms Forderungen unangemessen weit gehen. Sollten Blüms Vorschläge Gesetz werden, so könnte keinem freiwillig Versicherten mehr geraten werden, noch Beiträge an die Rentenversicherung abzuführen, was die Rentenversicherung noch tiefer ins Defizit stürzen müßte.

Innerhalb der Union hat sich überraschend eine Diskussion über die Finanzierung der Sozialversicherung entwickelt, die mit dem Ausscheiden der Sozialdemokraten aus der Regierungsverantwortung beendet schien. Ministerpräsident Albrecht hat sich in den viel diskutierten zehn Thesen zur Überwindung der Arbeitslosigkeit nachdrücklich für eine Senkung der Lohnnebenkosten der Unternehmen eingesetzt und damit den Vorschlag verbunden, die Sozialabgaben zu senken und stattdessen die Sozialversicherung teilweise über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer zu finanzieren. Gleichzeitig sieht Albrecht Möglichkeiten, im Gesundheitswesen durch die Einführung einer wirksamen Selbstbeteiligung der Versicherten zu einer Entlastung der Unternehmen bei den Lohnnebenkosten zu kommen.

Albrecht hat damit die vor Jahren von Ehrenberg ausgelöste Diskussion über die „Maschinensteuer“, wenn auch mit veränderter Zielrichtung, neu entfacht. Der westfälische CDU-Landesvorsitzende Biedenkopf hat bereits Unterstützung signalisiert. Blüm hat jedoch deutlich gemacht, daß er diesen Weg nicht gehen will. Blüm fürchtet wohl zurecht, daß die Steuerfinanzierung zum sozialpolitischen Eintopf führt, daß bei einer Abkoppelung des Beitrags von Löhnen und Gehältern bislang leistungs- und einkommensbezogene Sozialleistungen nicht mehr durchzuhalten wären.

Parteien tun sicherlich gut daren, von Zeit zu Zeit ihre Grundsätze und Positionen in Frege zu stellen und zu überprüfen. Bei der größten Regierungspartei sollte das aber nicht soweit gehen, daß niemand so recht mehr weiß, wohin die Reise eigentlich geht.

bonn-mot

Bundesweites Bildschirmtext-Debut

Als erstes der sogenannten neuen Medien wurde jetzt rechtzeitig zur Internationalen Funkausstellung in Berlin der Bildschirmtext bundesweit eingeführt. Seit Mitte September können Bildschirmtext-Teilnehmer sich an das BTX-System anschließen lassen, sofern sie über ein Telefon, einen Fernseher und eine entsprechende Anschlußbox, ein sogenanntes Modem, verfügen. Für den neuen Dienst der Post müssen allerdings noch Ferngesprächgebühren außerhalb der Ortsnetze Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, München und Stuttgart bezahlt werden. Bundespostminister Christian Schwarz-Schilling rechnet jedoch damit, daß bis Mitte 1985 BTX in der Bundesrepublik zum Ortstarif empfangen werden kann.

Die Einführung des neuen Mediums, dem eine dreijährige Erprobungsphase in Westberlin und in Düsseldorf vorausging, beschäftigte die Medienexperten der im Landtag vertretenen Parteien, die im Grundsatz dem Bildschirmtext positiv gegenüberstanden. Die SPD sah jedoch die Gefahr der Vernichtung von traditionellen Arbeitsplätzen und verlangte ergänzende Vorschriften hinsichtlich des Datenschutzes, weil sie die Regelung im Staatsvertrag über den Bildschirmtext nicht für ausreichend ansah.

Die Sorgen der Opposition liegen in der Vielseitigkeit von Bildschirmtext begründet. Der neue Dienst ermöglicht es jedem privaten Informationsanbieter, Bildschirmtextseiten in einem der zentralen Postrechner zu speichern. Die Verbindung zu diesem wird mittels der Telefonleitung hergestellt, und die in einem der Postcomputer gespeicherten Seiten können dann über die Fernbedienungstastatur eines BTX-tauglichen Fernsehgerätes abgerufen werden. Dessen Preis liegt freilich gegenwärtig noch um rund tausend Mark über dem eines herkömmlichen Fernsehgerätes. Bereits die Feldversuche in Düsseldorf und Berlin haben die Bandbreite der Informationsanbieter gezeigt. Servicenachrichten von Ge-

meinden, Verbänden, Automobilclubs waren ebenso zu finden wie „Bildschirmtext-Zeitungen“, in denen große Verlagshäuser die neuesten Schlagzeilen, aber auch Tips zum Wochenmarkt oder den jüngsten Witz des Tages verbreiteten. Versandkaufhäuser zeigten Auszüge aus ihren Katalogen, Flughäfen veröffentlichten Flugpläne, Industrieunternehmen stellten sich in Kurzportraits vor und auch Behörden wie der Deutsche Wetterdienst nutzten das neue Medium: Unter seinen Seiten konnten die aktuellen Wettervorhersagen abgerufen werden. Die Liste der Anbieter ließe sich beliebig verlängern; der entscheidende Vorteil des Bildschirmtextes ist jedoch seine Interaktionsfähigkeit: Über den Postcomputer können BTX-Teilnehmer untereinander kommunizieren und sich gegenseitig Nachrichten zukommen lassen. Beispielsweise ist es mittels BTX möglich, Banküberweisungen zu tätigen, Hotelzimmer zu buchen, oder Bestellungen bei Versandhäusern aufzugeben. Die nächste Ferienreise kann bequem vom Fernsehsessel aus gebucht werden. Zusätzlich können private Computer mit dem Postrechner gekoppelt werden, so daß Leistungen dieser Rechenanlagen beansprucht werden können. Einige Kreditinstitute bieten so beispielsweise Darlehensberatungen via Fernsehschirm an.

Mit der bundesweiten Einführung des Bildschirmtextes wurde auch ein neuer Standard, CEPT genannt, vorgestellt. Im Gegensatz zu den groben Graphiken mit ihrer Sägeblattcharakteristik und den beschränkten Farbgebungsmöglichkeiten während des Feldversuchs bringt der neue Standard ein bunteres Bild mit deutlich höherer Auflösung. Es ist in etwa dem gerasterten Farbbild in einer Tageszeitung vergleichbar. Dieser neue Standard wird schrittweise eingeführt, und bis 1986 erwartet die Post bereits über eine Million BTX-Teilnehmer.

Rechtliche Grundlage für den Bildschirmtext ist ein einschlägiger Staatsvertrag zwischen den elf Bun-

desländern, den der Landtag samt eines Ausführungsgesetzes noch vor der Sommerpause verabschiedete. Sowohl in den Ausschlußberatungen als auch bei der abschließenden Behandlung im Landtagsgremium äußerte die SPD ihre Sorge, daß in den kommenden zehn bis fünfzehn Jahren rund zwei Millionen Arbeitsplätze durch das Medium Bildschirmtext vernichtet würden, wozu als Beispiel gerade auf den Bankensektor hingewiesen wurde. Deshalb habe die SPD die Mitbestimmungsmöglichkeit für Arbeitnehmer beim Einsatz solcher neuer Technologien mit Hilfe eines Dringlichkeitsantrages erweitern wollen; dies wurde jedoch von der Regierungsfraktion verworfen. Die Opposition anerkannte zwar, daß es sich bei der Ausbreitung des Bildschirmtextes um eine im Grunde unvermeidliche Entwicklung handle, aber die erhebliche Gefährdung von Arbeitsplätzen durch die neue Technik stehe außer Frage. Auch hielt die SPD die Regelungen zum Daten- und Verbraucherschutz im Staatsvertrag für nicht ausreichend und wollte sie mit Hilfe eines Dringlichkeitsantrages einbringen, was von der CSU ebenfalls abgelehnt wurde. Einig waren sich die Parteien lediglich darin, daß die weitere Entwicklung des Bildschirmtextes kritisch zu begleiten sei und gegebenenfalls neue rechtliche Schranken beschlossen werden müßten. Deshalb soll die Staatsregierung zum 1. April 1986, also nach der Hälfte des bis Ende 1988 laufenden Staatsvertrags, einen umfassenden Bericht über die Auswirkungen der neuen Medientechnologien geben.

In der Schlußabstimmung enthielten sich die Sozialdemokraten der Stimme, weil wesentliche Forderungen ihres Dringlichkeitsantrages von der Mehrheit abgeblockt wurden. Dies trug ihnen den Vorwurf ein, neuen technischen Entwicklungen abgeneigt zu sein. Ein CDU-Sprecher meinte, es sei wenig sinnvoll, sich gegen dererlei Neuerungen, die dem menschlichen Geist immanent sind, zu sperren und zu versuchen, sie aufzuhalten. Im übrigen seien kurzfristig keine negativen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt zu erwarten. Auch der Staatssekretär in der Staatskanzlei, Dr. Edmund Stoiber, warnte davor, neue Technologien zu blockieren. Ein Exportland wie die Bundesrepublik könne sich dies nicht leisten. *Michael Gscheidle*

München – Technische Universität

Dr. jur. Herbert Genzel, berufsmäßiger Stadtrat und Leiter des Betriebs- und Krankenhausreferates der Landeshauptstadt München, wurde zum Honorarprofessor für Krankenhausorganisationslehre und Gesundheitsökonomie ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Schütz, Urologische Klinik und Poliklinik, wurde zum Professor (Extraordinarius) für Urologie ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med., Dr.-Ing. Wilfried Diebschlag, Institut für Arbeitsphysiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Peter Kriegelsteiner, Frauenklinik.

Dr. med. Wolfgang Rabl, Kinderklinik und Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat ernannt.

Erlangen – Nürnberg

Zum Akademischen Rat wurden ernannt: Professor Dr. med. habil. Dieter Raithel, Chirurgische Klinik mit Poliklinik; Dr. med. Stefan Thürmer, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Privatdozent Dr. med. Karl-Ferdinand Druschky, Nervenklinik, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Privatdozent Dr. med. habil. Agustinus Harjanto Tulusan, Klinik für Frauenheilkunde, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Bernd Landsleitner für Chirurgie, Teilgebiet Handchirurgie und Plastische Chirurgie; Dr. med. habil. Klaus Liebig für Orthopädie; Dr. med. habil. Detlev Mulz für Geburtshilfe und Frauenheilkunde; Dr. med. habil. Joachim-Gerd Rein für Chirurgie; Dr. med. habil. Hansjörg Schmid für Chirurgie; Professor Dr. med. habil. Manfred Stolte für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie; Dr. med. habil. Istvan Szelenyi für Pharmakologie; Dr. med. habil. Ernst Wilhelm für Urologie.

14. Jahreskongreß des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte e.V.

vom 9. bis 12. Juni 1983 in Bad Mergentheim

von Maria Bednara

(Schluß)

Ernst Rossmüller hielt einen ausgezeichneten Vortrag über den Aphorismus als Kunstwerk. Seine wohlgeformte Sprache läßt von Anfang an aufhorchen und die Sätze gleiten in die Fülle wohlthuender Klangfarben. „Genau gesehen ist jedes Werk ein Aphorismus. Auch wenn er vollkommen erscheint, ist sein Anfang und sein Ende außer ihm gelegen. Je vollkommener sein Ausdruck, desto ferner liegt sein Anfang und sein Ende, desto deutlicher gemahnt sein rhapsodischer Charakter.“ Ernst Rossmüller zeigt im bunten Reigen leuchtende Aussagen auf, die vom Altertum bis zur Moderne reichen. Er charakterisiert den Aphoristiker als einen neugierigen Betrachter mit einer gewissen wehmütigen Lustigkeit und einer schmerzlichen Güte. Sein Stil ist die Kürze einer wissenschaftlichen Formel.

Zum Vortrag kamen Aphorismen von Arthur Boskamp, Hellmut Jebens, Gerlinde Nyncke, Gerhard Jörgensen, Gerhard Uhlenbruck, Ursula Waldeyer, Jürgen Schwalm, Maria Bednara.

Am Nachmittag des gleichen Tages fand eine sehr anspruchsvolle Veranstaltung statt, die Gerhard Vescovi moderierte „Literatur als Hilfe für kranke Menschen“. Gerhard Vescovi sprach einleitende Worte, die das Problem umrissen. Er ist einer von uns, der seit vielen Jahren das Leuchten in unsere Treffen bringt.

Professor Volrad Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, hielt den Hauptvortrag an diesem Nachmittag. Er begann mit Asklepios, der die Heilung der Kranken als göttliche Aufgabe erhalten hatte, und mit Hygieia, der Göttin, die zur Gesundheitsvorsorge

ausersehen war. Eine Zweiheit, die zum Nachdenken zwingt – man vergißt manchmal, daß beide zusammengehören. Die Literatur vermittelt dem kranken Menschen Information, Unterhaltung, Meinungsbildung und Verhaltensaspekte. Literatur für den kranken Menschen muß ausgesucht sein und auch unter Kontrolle stehen. „Was für ein Leser ist der Patient?“ Hier liegt das Gebiet des Bibliothérapeuten.

Bernhard Schnellen sprach über die historischen Romane der Vergangenheit, die Vorstellungskräfte wecken, Vorbilder schaffen und Begeisterung entfachen (Ben Hur, Quo Vadis, Ein Kampf um Rom).

Hellmut Jebens gab den Ratschlag, bei der Bibliothérapie eher leichtere Literatur anzubieten, ernannte Spoerl, Heimeran – keine „dicken“ Bücher. Jebens betonte, daß andere Medien (Fernsehen) die Bibliothérapie nicht ersetzen können, weil die Wiederholbarkeit fehlt. Der kranke Mensch greift noch einmal zu diesem oder jenem Buch . . . , aber auch der gesunde. Das „Märchen“ wollen Kinder immer wieder von der Oma vorgelesen bekommen! Es wurde auch die Bibel als bibliothérapeutische Lektüre genannt.

Michael Soeder, der Bibliothérapie mit seinen Patienten betreibt, plädierte für das von den Patienten gern gelesene, sei es ein Tagblatt, ein Krimi . . . ; Arbeitsgemeinschaften bezüglich des Bücherlesens haben sich bei seinen Patienten bewährt.

Es war ein Nachmittag, der nachdenklich stimmte.

Um 20 Uhr des gleichen Tages fand ein gemütliches Beisammensein im Zehntkeller in Markelsheim statt: „Fröhliche Lieder“. Alfred Rottler, der nicht nur mit Patienten und Bäl-

len (Tennis, Handball) umzugehen versteht, veranstaltete eine Spritztour, „daß einem das Herz im Leibe flatterte“ ... Prost! Als Küfer verkleidet, moderierte er die schäumenden, fast überschäumenden Kollegen: Arthur Boskamp, Heinz Gotenbruck, Alfred Rottler, Hellmut Jebens, Wolfgang Poppenberg, Andreas Schuhmann, Heinz Wunderlich, Silvester Wöhler.

Am Samstagvormittag (11. Juni) fand im großen Kursaal eine Feierstunde statt. Höhepunkt dieses Festaktes war die Verleihung des von der Bundesärztekammer gestifteten Literaturpreises an zwei Schriftstellerärzte. Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar, überreichte die Preise für Lyrik an Dr. Christoph Lippelt (Stuttgart) für seinen Lyrikband „Wenn Du nicht hinsiehst, geschieht es“ und an Dr. Gisela Schmeer (München) für ihren Roman „Der singende Wolf“.

Musikalisch wurde der Festakt von einem Kammermusikensemble unter der Leitung von Dr. Wolfgang Salat umrahmt. Professor Wilhelm Theopold wies in seiner Begrüßungsansprache darauf hin, daß dem schriftstellerisch tätigen Arzt der gleiche Antrieb gegeben ist wie allen anderen Schriftstellern: „Erlebnisse und Gedanken in Worte zu kleiden und sich an der Faszination und Schönheit der Sprache zu begeistern. Das geschriebene Wort wird zur Arznei, das Buch zur Hilfe für die Kranken“. Nach diesen Begrüßungsworten ernannte unser Präsident Professor Volrad Deneke zum Ehrenmitglied des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte.

Dr. Gerhard Vescovi hielt die Laudatio für die Preisträger. Die Präsidentin des Weltverbandes der Schriftstellerärzte (UMEM), Dr. med. Marguerite de Miomandre, nahm an dieser festlichen Matinée teil.

Der Kurdirektor Horst Galvani, der Grußworte des Oberbürgermeisters Dr. Mauch, der Kurverwaltung sowie des Stadt- und Landkreises übermittelte, bezeichnete die Tagung der Schriftstellerärzte als Bereicherung für das Heilbad Mergentheim.

Professor Theopold hielt den Festvortrag über den Arztschriftsteller Johann Christian Günther, der bis

zur „Sturm- und Drangperiode“ einer der meist gelesenen Lyriker war. Er wurde von Goethe als sein Vorläufer betrachtet, allerdings, so sagte Goethe, „Günther wußte sich nicht zu zähmen und so zerrann ihm sein Leben und sein Dichten“. Der Präsident schilderte dann das Leben dieses in sich selbst verstrickten Mannes, der im Jahre 1695 in Breslau geboren wurde und am 15. März 1723 elend starb. Viel Unbill und Mißgeschick gestalteten sein Dasein. Dennoch, schon als Knabe machte er Gedichte und in der ärmlichen Kammer wurde er zum Poeten. Wilhelm Theopold blendete in seine Lebensbeschreibung immer wieder Gedichte ein, die ihn den Zuhörern nahebrachten.

Die Mitgliederversammlung am Nachmittag des 11. Juni brachte eine angenehme Mitteilung unseres Präsidenten über das Ansteigen unserer Mitgliederzahlen. Seit einem Jahr sind 40 Neueintritte zu verzeichnen. Unser Verband zählt nun rund 200 Mitglieder, deren Zahl sich nach diesem gelungenen Kongreß wahrscheinlich noch erhöhen wird. Ein kleiner Wermutstropfen fiel: höherer Beitrag für das Jahr 1984.

Der Gesellschaftsabend fand am Samstagabend im Parkhotel statt. Marguerite de Miomandre sang einige Lieder alter Meister, begleitet von Wolfgang Salat. Sie erntete spontanen Beifall. Die Damenrede hielt mit viel Humor Wolfgang Salat.

Bernhard Geue zauberte nicht nur aus seinem Zylinderhut die unwahrscheinlichsten Dinge heraus – er zauberte auch in Brillanz der Worte und Sätze humorvoll, philosophisch und leicht politisch gefärbte Akzente in den Saal hinein ... ein Feuerwerk des Geistes!

Die sonntägliche Matinée mit Kurkonzert (Musikdirektor Kysilka) unter der Moderation von Hellmut Jebens (Hamburg) fand nun schon zum vierten Male statt und erfreute sich diesmal eines besonders zahlreichen Publikums, das die „Botschaft“ der Lesenden in gehobener Stimmung aufnahm.

Hellmut Jebens begrüßte die Gäste in seiner ihm eigenen charmanten Art mit Worten von Schiller über den Geist, der uns den Körper formt. Er eröffnete die Matinée mit einem Ge-

dicht von Willi Eberhard Pfeiffer. Dann stellte er dem Publikum die Lesenden vor. Maria Bednara las Gedichte vom Frühling ...; es folgte der Frühlingsstimmenwalzer von Johann Strauß. Andreas Schuhmann brachte Gedichte zum Vortrag, die Warmherzigkeit ausstrahlten. Ursula Waldeyer ließ „Sommertage“ erklingen. „Hände“, ein Gedicht von Walter Seeger, hinterließ bei den Zuhörern einen tiefen Eindruck. Heinz Gotenbruck, Maler und Dichter, und Willi Eberhard Pfeiffer lasen lyrische Gedichte mit viel Erfolg. Elisabeth Trube-Becker rührte an das Herz der Zuhörer, u. a. mit dem Gedicht „Das alte Paar“. Anschließend spielte das Kurorchester das Volkslied „Aus der Jugendzeit“. Als Wolfgang Poppenberg seine kurzen treffenden Gedichte und Balladen vorlas, ging das Publikum spontan mit. Jedem einzelnen seiner Gedichte wurde Beifall gezollt. Maria Bednara brachte am Schluß ein Essay über das Straßburger Münster „La Cathedrale parle“.

Nach dieser Vielfalt des Dargebotenen war das Gedicht von Hellmut Jebens, seine Heimatstadt ist Naumburg an der Saale, „Mücken“ eine Erinnerung an das Heimatgefühl vieler Zuhörer, und es spannten sich Brücken nach „Drüben“. Hellmut Jebens kann mit dem Wohlklang seiner Sprache und der Tiefe seiner Aussage Menschen fesseln, und so sangen spontan die Kurgäste, als das Orchester „An der Saale hellem Strande“ spielte, vielleicht nicht ohne Wehmut mit.

Den Abschluß des Kongresses rundete eine „Hocketse“ im Götzenkeller des Parkhotels ab unter der Moderation von Gerhard Vescovi. Es gab dabei so viele Startschüsse, Lang- und Kurzläufe, Pfeffer und Paprika ..., eine Skala, die man herauf und herunter gehen konnte.

So fiel der Abschied schwer. Neue Freundschaften waren bei diesem Bundestreffen geschlossen worden – alte Freundschaften erneuerten sich –, der literarische Auftrieb und Austausch war groß. Die Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte ging leuchtend zu Ende.

Dr. med., Dr. med. dent. Maria Bednara, Arabellahauss 15/24, 8000 München 81

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 (0 89) 41 47-288**

Chirurgie

Fortbildungswoche der Münchener Universität vom 24. bis 28. Oktober 1983

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Diraktor: Professor Dr. G. Heberer

Täglich 8.00 Uhr – ca. 14.00 Uhr, Beteiligung am Operationsprogramm: Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand-, Plastische und Allgemeine Chirurgie – Teilnahme an Visiten auf allen Stationen
Treffpunkt: jeweils 7.50 Uhr Konferenzraum (Direktionstrakt, Flur H1)

15.30 – 17.30 (Hörsaal 5): Referate über die Gefäß-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie – Abdominalchirurgie – Unfallchirurgie und chirurgische Intensivmedizin – Chirurgische Onkologie

Freitag, 28. 10. 1983: Klinisch-pathologische Konferenz gemeinsam mit dem Pathologischen Institut der Universität München (Direktor: Professor Dr. Eder)

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

Fortbildungswoche der Würzburger Universität vom 24. bis 28. Oktober 1983

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Karn

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 18.00 Uhr

Themen: Struma maligna – Totale Gastrektomie – Portale Hypertension – Oftane Frakturen – Oberarmfrakturen – Vanösa Thrombose und postthrombotisches Syndrom – Lungenarterienembolie – Koronarchirurgie – Neue Techniken und Indikationen in der Handchirurgie (Sehnen, Nerven, Knochen, mikrovaskuläre Eingriffe) – Plastische Chirurgie der Axilla – Ambulante Operationen in der Kindarchirurgie – Teilnahme am Operationsprogramm, an den täglichen Visiten und Konferenzen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

Fortbildungswoche der Erlanger Universität vom 24. bis 29. Oktober 1983

Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Diraktor: Professor Dr. F. P. Gall

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: 16.45 Uhr

Von Montag bis Donnerstag werden Demonstrationen im Operationssaal stattfinden. Daneben wird ein breites chirurgisches Spektrum aus der Gastroenterologie, Urologie, Unfall-, Hand- und Herzchirurgie demonstriert.

Der Fortbildungswoche sind zwei Symposien angegliedert mit Demonstrationen im Operationssaal (24. bis 28. Oktober 1983)

1. *Symposium* „Neues und Bewährtes aus der Kinderchirurgie“ am 24./25. Oktober 1983

2. *Symposium* „Der ösophago-gastrale Übergang (neue und bewährte Techniken zur Therapie benignen und malignen Erkrankungen)“ am 28./29. Oktober 1983

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Für die Symposien nur Kongresssekretariat Dr. H. Grottl, Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 29;

für die Fortbildungswoche auch Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

Klinisches Wochenende vom 28. bis 30. Oktober 1983 in Starnberg

Akademisches Lehrkrankenhaus Starnberg, Chirurgische Klinik

Leitung: Chefarzt Professor Dr. W. Grill

Beginn: 8.00 Uhr – Ende ca. 18.00 Uhr

Themen: Drainage-Operationen im Pankreasbereich – Nachoperationen im Gallenwegssystem – Drainage-Operationen beim Leberabszess – Chirurgische

Oktober/November 1983

10. bis 14. Oktober
Innere Medizin, München

15. Oktober
Sonographie, Würzburg

21./22. Oktober
Innere Medizin, Donaustauf

21./22. Oktober
Sonographie, München

21. bis 23. Oktober
Elektrokardiographie, München

22. Oktober
Innere Medizin, München

24. bis 26. Oktober
Kinderheilkunde, München

24. bis 28. Oktober
Chirurgie, München und Würzburg

24. bis 28. Oktober
Innere Medizin, München

24. bis 29. Oktober
Chirurgie, Erlangen

26. Oktober
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, München

28. bis 30. Oktober
Chirurgie, Starnberg

29./30. Oktober
Ergometrie, Bernried

4. bis 6. November
Elektrokardiographie, München

5. November
Frauenheilkunde, München

5. November
Kinderheilkunde, Erlangen

11./12. November
Sonographie, Kronach

11. bis 13. November
Urologie, Mallersdorf

21. bis 25. November
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Erlangen

26. November
Chirurgie, Nürnberg

28. November bis 2. Dezember
Sonographie, München

Behandlung des Magenkarzinoms – Ender-Nagelung bei proximalen Oberschenkelfrakturen – Freie Themen

Begrenzte Teilnehmerzahl (30)

Letzter Anmeldetermin: 18. Oktober 1983 (Posteingang)

Gelenksymposion am 26. November 1983 in Nürnberg

Klinikum der Stadt Nürnberg, 2. Chirurgische Klinik

Ärztlicher Leiter: Dr. H. Birkner

Leitung: Dr. Hempfling

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 16.30 Uhr

Thema: Das Knie trauma (Einführung — Diagnostik — Therapie — Veraltete Verletzungen)

Teilnehmergebühr: DM 10,—

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Hempfling, Klinikum der Stadt Nürnberg, 2. Chirurgische Klinik, Postfach 91 01 60, 8500 Nürnberg 90, oder telefonisch Frau Schulz (09 11) 398-2366

Elektrokardiographie

Fortbildungsseminar I vom 21. bis 23. Oktober 1983 (Einführungsseminar) und Fortbildungsseminar II vom 4. bis 6. November 1983 (Seminar für Fortgeschrittene) der Technischen Universität München

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Plattling
Beginn: Freitag, 17.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Hörsaal B der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I — 11. Oktober 1983 (Posteingang); Teil II — 26. Oktober 1983 (Posteingang)

Ergometrie

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

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

Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: Samstag, 9.30 Uhr — Ende: 20.00 Uhr, Sonntag, 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 Kreislauflabor sowie folgende Referate: Einführung in die Methodik der Ergometrie — Welche pathologischen Veränderungen können EKG, Blutdruck und Herzfrequenz bei ergometrischer Belastung aufweisen? — Die Einschwemm-katheteruntersuchung 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

Frauenheilkunde

10. Samstagseminar der Münchener Universität am 5. November 1983

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

Leitung: Professor Dr. K. Richter — Professor Dr. H. J. Kümper

Beginn: 9.00 Uhr c. t. — Ende: ca. 15.00 Uhr

Thema: Möglichkeiten und Grenzen gynäkologischen Operierens bei ausgewählten Indikationen: Ungewöhnliche Genitalprolapse — Rezidivierende Harninkontinenz — Vaginale Fehlentwicklungen — Tubare Sterilität — Hysterektomie — Sectio — Typisches Vorgehen bei atypischen Operationen

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70
Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1983 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. J. Kümper, Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70-951, oder Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung der Münchener Universität am 26. Oktober 1983

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

Direktor: Professor Dr. H. H. Naumann
Thema: Die stroboskopische Diagnostik in der HNO-ärztlichen Praxis

Beginn: 15.00 Uhr c. t. — Ende: 17.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Wegen der begrenzten Teilnahme wird eine telefonische Voranmeldung erbeten: Privatdozent Dr. F. Martin, Telefon (089) 70 95-38 50

Fortbildungskurs der Erlanger Universität vom 21. bis 25. November 1983

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

Beginn: 7.45 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr

Operationsdemonstrationen mit besonderer Berücksichtigung der Endoskopie — Teilnahme an den klinischen und poliklinischen Visiten — Besichtigung der Funktions-Laboratorien der Klinik

Letzter Anmeldetermin: 31. Oktober 1983

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. E. Wigand, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-31 56

Innere Medizin

Klinische Fortbildungswoche der Münchener Universität vom 10. bis 14. Oktober 1983

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Paumgartner

Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr bzw. 13.00 Uhr

10. Oktober 1983 — Gastroenterologie: Nofälle in der Gastroenterologie (Die akute intestinale Blutung — Der akute Mesenterialgefäßverschluss — Die akute Pankreatitis — Die akute Cholezystitis — Das akute Megakolon — Differentialdiagnostik und Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen — Vorstellung und Diskussion ausgewählter Krankheitsbilder aus der Gastroenterologie

11. Oktober 1983 — Gastroenterologie: Endoskopische Demonstration — Therapie der Leberzirrhose — Intestinale Manifestation der Amyloidose — Diskussion alltäglicher gastroenterologischer Probleme mit Fallvorstellungen

12. Oktober 1983 — Endokrinologie: Diagnostik und Therapie bei Störungen des Kalziumstoffwechsels, bei Minderwuchs, bei Störungen der sexuellen Reifung, bei Androgenüberproduktion und bei Hirsutismus — Therapie mit Sexualhormonen und Antiandrogenen — Hormondiagnostik bei sekundärer Amenorrhoe — Labordiagnostik bei Schilddrüsenerkrankungen — Vorstellung von Patienten aus dem gesamten Gebiet der Endokrinologie

13. Oktober 1983 — Stoffwechsel: Grundlagen der Insulinbehandlung — Diabetiker-Schulung — Diabetisches Spätsyndrom — Die familiäre kombinierte Hyperlipoproteinämie — Therapie der Adipositas — Gicht — Ernährung bei Stoffwechselerkrankungen

14. Oktober 1983 — Intensivmedizin: Diagnostik und therapeutischer Stufenplan bei Lungenembolie — Therapie des Status asthmaticus — Solortherapie bei akut bedrohlichen Zuständen — Praktische Anwendung von Reanimation und Defibrillation — Interne und neurologische Diagnostik bei bewußtseinsgestörten Patienten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 4. Oktober 1983 (Posteingang)

Rückfragen auch: Professor Dr. D. Engelhardt, Telefon (089) 7095-3020 oder 7095-3021

4. Tegung „Pneumologische Fragen und Antworten“ am 21./22. Oktober 1983 in Donaustauf

Krankenhaus Donaustauf – Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane der LVA Niederbayern/Oberpfalz

Chefarzt: Professor Dr. G. Siemon

Beginn: Freitag, 15.00 Uhr – Enda: 18.30 Uhr; Samstag, 9.30 Uhr – Enda: 13.00 Uhr

Themen: Typische und atypische Mykobakterien – Das hyperreaktive Bronchialsystem – Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie – Physikalische Atemtherapie bei obstruktiven Atemkrankungen – Sauerstoffheimbehandlung bei chronischer respiratorischer Insuffizienz – Bronchialkarzinom (morphologische Differentialtherapie) – Strahlentherapie – Chemotherapie – Podiumsgespräch: Die Zusammenarbeit von Klinik und Praxis bei der Behandlung des Krebskranken

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. Siemon, Krankenhaus Donaustauf, Ludwigstraße 68, 8405 Donaustauf, Telefon (094 03) 80-215 und 80-216

3. Nephrologisches Seminar am 22. Oktober 1983 in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching (Altbau), II. Medizinische Abteilung

Chefarzt: Professor Dr. H. H. Edel

Beginn: 9.00 Uhr c. t. – Ende ca. 13.00 Uhr

Themen: Neue Aspekte der Hochdrucktherapie – Arzneimittelschäden der Niere – Derzeitiger Stand der Nierentransplantation/Indikation und Ergebnisse – Diskussion – Praktische Demonstrationen: Harnsedimentuntersuchung, Sonographie der Nieren, Klinische Falldemonstrationen, Dialyseeinheit

Es besteht die Möglichkeit, das Mittagessen im Kasino des Krankenhauses einzunehmen; bitte bei Anmeldung angeben.

Begrenzte Teilnehmerzahl (60)

Auskunft und Anmeldung:

Leitender Oberarzt Dr. L. Gialow, II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (089) 62 10-451

Fortbildungsveranstaltung der Münchener Universität vom 24. bis 28. Oktober 1983

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München

Direktor: Professor Dr. E. Buchhorn

Beginn: täglich 8.15 Uhr – Enda: ca. 16.00 Uhr

Thema: Aktuelle Probleme der Inneren Medizin – Klinische Visiten und Seminare (einschließlich der Immunologischen und neurologischen Grenzgebiete)

Begrenzte Teilnehmerzahl (30)

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

23. Fortbildungskurs der Technischen Universität München vom 24. bis 28. Oktober 1983

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

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik

Direktor: Professor Dr. H. Anacker und dem Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie

Direktor: Professor Dr. W. Gössner

Beginn: 8.15 bzw. 8.30 Uhr – Enda: 17.00 Uhr

24. Oktober 1983

Angina pectoris in heutiger Sicht – Differentialdiagnose der Perikardkrankungen – Diagnostische Möglichkeiten der Echokardiographie I – Herzoperationen im Alter – Ventrikuläre Arrhythmien: Bedeutung, Diagnostik, Therapie – Therapie mit Antiarrhythmika

25. Oktober 1983

Der Einsatz von CT und Koronarengiographie bei der Kontrolle des aorto-koronaren Bypasses – Indikationen zur Koronarengiographie und zur operativen Therapie der KHK – Medikamentöse Therapie der KHK – Echokardiographiekurs (Echo-Labor) – Pathologisch-anatomische Demonstration – Morbus Raynaud – Hämatologischer Kurs

26. Oktober 1983

Kernspin-Tomographie: Erste klinische Erfahrungen mit einer neuen Untersuchungsmethode – Gemischt-venöse Blutgase für die Beurteilung des kardiopulmonalen Systems – Intrabronchiale Laserkoagulation (Indikationen - Komplikationen - Erfolge) – Sauerstoff-Heimtherapie: (Indikationen-Kontraindikationen) – Diagnostische Möglichkeiten der Echokardiographie II – Hämatologischer Kurs – Pneumologische Fallbesprechung (AIDS, Pneumocystis carinii, Pneumonie, usw.)

27. Oktober 1983

CT und Lymphographie bei Erkrankungen des lymphatischen Systems – Therapie der Lungenembolie – Physiologische Schrittmachersysteme – Kardiale Diagnostik mit Radionukliden – Echokardiographiekurs (Echo-Labor) – Auskultation von Herzfehlern (Hörsaal C1) – Hämatologischer Kurs

28. Oktober 1983

Digitalisabtraktionsangiographie: Indikationen, Vorteile und Nachteile – Gegenwärtiger Stand der Behandlung akuter Laekämien – Supportive Maßnahmen in der Tumorthherapie – Neue Aspekte zur Diagnostik und Therapie maligner Lymphome – Diagnostische Möglichkeiten der Echokardiographie III – Perspektiven der zytostatischen Therapie – Hämatologischer Kurs – Schlußbesprechung

Kurse in kleinen Gruppen: Belastungs-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter-Labor, Pulmonologisches Labor, Angiologisches Labor

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

Im Zusammenhang damit findet am 1. Münchener Fibrobronchoskopie-Seminar am 28./29. Oktober 1983 statt.

Leitung: Dr. H. P. Emslander

Beginn: 14.00 bzw. 8.00 Uhr – Ende: 20.00 bzw. 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal C (Vorlesungstrakt) der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Themen: Fibrobronchoskopie in Anästhesie und Intensivmedizin – Diagnostik mit dem Fibrobronchoskop – Therapeutischer Einsatz der Fibrobronchoskopie – Demonstrationen und Gruppenübungen

Begrenzte Teilnehmerzahl (30)

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. P. Emslander, I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-23 53

Kinderheilkunde

16. Fortbildungsveranstaltung der Technischen Universität München vom 24. bis 26. Oktober 1983

Kinderklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München, Interner Kinderabteilung

Direktor: Professor Dr. P. Emmrich

Chefarzt: Dr. P. Schweier

Kinderchirurgische Abteilung

Chefarzt: Professor Dr. F. Höpner

Beginn: 8.30 Uhr bzw. 9.00 Uhr – Ende: 15.00 Uhr bzw. 18.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik (Eingang Parzivalstraße 16)

Themen: Klinische Visiten – Fallvorstellungen – Röntganvisite – Säuglingsernährung und Enteritistherapie – Endoskopie: Verdauungs-, Respirations- und Urogenitaltrakt – Operationszeitpunkt und -verfahren bei Hypospadie und Phimose – Ausgewählte Krankheitsbilder (Hydrozephalus, Osteomyelitis, der akute kinderchirurgische Fall) – Aktuelle Infektionsprobleme – Nachsorgeprobleme bei onkologisch-hämatologischen Erkrankungen

Begrenzte Teilnehmerzahl (40)

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1983 (Posteingang)

Fortbildungsveranstaltung der Erlanger Universität am 5. November 1983

Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Beginn 9.30 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-31 18 oder 85-31 19

Sonographie

Ultraschalldiagnostik in Geburtshilfe und Gynäkologie der Würzburger Universität am 15. Oktober 1983

Frauenklinik und Hebammenschule der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. K.-H. Wult

Leitung: Privatdozent Dr. A. Feige

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 16.00 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 40,-

Begrenzte Teilnehmerzahl (80)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Frauenklinik und Hebammenschule der Universität Würzburg, Frau Burkherd, Josef-Schneider-Straße 4, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-36 13

Fortbildungsseminar II (Fortgeschrittene) am 21./22. Oktober 1983 der Münchener Universität

Medizinische Poliklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. N. Zöllner

Leitung: Dr. H. Kremer, Dr. F. Fueßl

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 180,- für niedergelassene und Oberärzte; DM 130,- für Assistenzärzte

Begrenzte Teilnehmerzahl

Fortbildungskurs der Sonographie in der Inneren Medizin am 11./12. November 1983 in Kronach

Kreiskrankenhaus, Innere Abteilung, Kronach

Chefarzt: Leitender Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Leitung: Dr. Farrenkopt

Beginn: Freitag, 9.00 Uhr – Ende: Samstag, 13.00 Uhr

Themen: Sonographie aus klinischer Sicht (ausgewählte Fallbeispiele) – Geräte: Trends – Leber, Galle, Gallenwege, Milz – Nieren und ableitende Harnwege – Thorax und Abdomen – Pankreas – Schilddrüse – Dopplersonographie – Videodemonstrationen – praktische Übungen in kleinen Gruppen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 130,- (Konto-Nr. 319 678, Volksbank 8640 Kronach, Vermerk „Ultraschallkurs“)

Auskunft und Anmeldung:

Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (092 61) 966-235

Einführungs- und Fortbildungskurs in die klinische Echokardiographie (UKG) am 21./22. Oktober 1983 in München

Stiftsklinik Augustinum, München

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Leitung: Dr. G. Alber, Traunstein, Dr. F. Seidel, München

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

Kursgebühr: DM 75,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1983 (Posteingang)

6. Ultraschallseminar der Münchener Universität vom 28. November bis 2. Dezember 1983

Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. J. Lissner

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Vormittags: Praxis – Teilnahme an Untersuchungen; Nachmittags: Theorie – Referate

Teilnehmergebühr: DM 350,- (Chefärzte und sonstige Ärzte in selbständiger Tätigkeit); DM 175,- (Assistenzärzte – gegen Vorlage einer Bescheinigung)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-27 50

Urologie

11. Maltersdortter Arbeitstagung für praktische Urologie vom 11. bis 13. November 1983 in Maltersdorf-Pfaffenberg

(für Ärzte aller Gebiete und für Allgemeinärzte)

Kreiskrankenhaus Maltersdorf-Pfaffenberg, Urologische Abteilung

Leitung: Chefarzt Dr. Ion V. Albescu

Beginn: 8.15 Uhr – Ende ca. 17.30 Uhr

Ort: Turnhalle des Gymnasiums Maltersdorf-Pfaffenberg

Themen: Der aktuelle Stand der Vorgesorgeuntersuchung – Aktuelle Urologie für die Praxis – Praktische Durchführung von Sonographie – Fernseh-Live-Übertragungen urologischer Operationen und eines Fortbildungskurses für urologische Sonographie aus der Urologischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

2. Maltersdortter Fortbildungsseminar für urologisches Assistenzpersonal am 11. November 1983

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. Albescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Maltersdorf, Telefon (087 72) 50397

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinusitis

Indikationen: Sinusitis, Paranasitis, 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 D₄ 10 g, Kalium bichromic D₄ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₄ 10 g.

Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,22, 100 ml DM 19,12. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegserkrankungen, die hustenreizende Wirkung erfordern. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.

Hinweis: Keine Sucht – keine Obstipation

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg.

Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,9 g, Corrigentia ad 100 ml.

Dragees = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.

Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren:

Saft: 3–4 mal täglich 1 Teel. bei Eßzeiten.

Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.

Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.

Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder

(ab 3 Monaten bitte Packungsbeilage einsehen)

Handelsformen und Preise:

Saft: OP ml, 100 ml DM 8,53

Tropfen: OP ml, 30 ml DM 8,53

OP ml, 100 ml DM 23,20

Dragees: OP ml, 15 Stk DM 3,94

OP ml, 30 Stk DM 6,41

OP ml, 250 Stk DM 43,79

Toxiselect®

zur körpereigenen Abwehr
akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippe, Infekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden, Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anhaltigen Patienten und bei Rezidiven.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten:

Echinacea purp. a. angust. 40 g, Bryonia D₃ 20 g, Apis mellific. D₃ 10 g,

Lachesis D₃ 30 g, Sulfur 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 7,22, 100 ml DM 19,12, Klinikpackungen.

DRELUO-PHARMAZEUTIKA 3253 Hessisch-Oldendorf 1

34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 11. Dezember 1983 in der Meistersingerhalle in Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Freitag, 9. Dezember 1983

Venenerkrankungen in der Praxis: Venenthrombose – Lungenembolie – Verikosis – Ulcus cruris

9.00–9.50 Uhr:

Eröffnung des Kongresses
Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.50–14.30 Uhr:

Venenthrombose – Möglichkeiten und Grenzen der Diagnose

Klinik und nicht-invasive Verfahren
Professor Dr. Th. Wuppermann, Hannover

Phlebographie
Professor Dr. H. E. Schmitt, Basel

Das postthrombotische Syndrom
Dr. E. Brandenburg, Zug

Konservative Therapie
Professor Dr. G. Trübestein, Bonn

Operative Therapie
Professor Dr. O. Wagner, Wien

Diskussion – Moderator: Professor Dr. L. Widmer, Basel

Filmvorführung „Aorto-iliakale Arterienverschlüsse“ (Lipha Arzneimittel, Essen)

14.30–15.00 Uhr:

Lungenembolie

Diagnose und Therapie
Professor Dr. F. Heinrich, Bruchsal

Möglichkeiten der Prophylaxe
Professor Dr. U. F. Gruber, Basel

15.00–15.45 Uhr:

Verikosis und chronisch venöse Insuffizienz

Eine geringfügige Gesundheitsstörung oder eine Krankheit?
Professor Dr. L. Widmer, Basel

Indikation zur Sklerosierung
Dr. R. Stemmer, Straßburg

Indikation zur Operation
Professor Dr. R. Fischer, Wattwil

16.30–18.00 Uhr:

Das Ulcus cruris

Ein dornenreiches Problem
Dr. L. Biland, Basel

Differentialdiagnose und Lokaltherapie
Professor Dr. E. Schöpf, Freiburg

Diskussion – Moderator: Professor Dr. L. Widmer, Basel

Samstag, 10. Dezember 1983

Endogene Depression – Koronare Herzkrankung

9.15–18.30 Uhr:

Biochemische Grundlagen der endogenen Depressionen

Dr. W. P. Kaschka, Erlangen

Zur Systemetik depressiver Verstimmungszustände

Dr. A. Barocka, Erlangen

Felddemonstrationen und Diskussion zur „Depressionsbehandlung in der Praxis“ mit EIDOPHOR (Ciba Geigy, Wehr)

Moderator: Professor Dr. E. Lungershausen, Erlangen, unter Mitwirkung von Privatdozent Dr. V. Faust (Weissenau), Dr. Dr. M. Lindner, (Nürnberg), Dr. M. Woltersdorf (Weissenau)

Filmvorführung „Verwirrheitszustände im Alter“ (Astra Chemicals GmbH, Wedel)

Die konservative Behandlung der koronaren Herzkrankung

Professor Dr. B. E. Strauer, München

Wirkungsweise und therapeutische Effizienz von Kalziumantagonisten

Professor Dr. A. Fleckenstein, Freiburg

Die operative Behandlung der koronaren Herzkrankung – Langzeitergebnisse
Professor Dr. J. v. d. Emde, Erlangen

Wiedereröffnung des Infarktgefäßes – Möglichkeiten und Grenzen einer kausalen Herzinterktbehandlung
Professor Dr. R. v. Essen, Aachen

Indikation zur und Ergebnisse der transluminalen Dilatation von Koronarstenosen

Professor Dr. G. Kober, Frankfurt

Rehabilitation nach Herzinfarkt
Dr. P. Stürzenhedecker, Bad Krozingen

Rundtischgespräch und Diskussion zur „Behandlung der koronaren Herzkrankung“

Moderator: Professor Dr. A. Fleckenstein, Freiburg, unter Mitwirkung der Referenten des Nachmittags

Sonntag, 11. Dezember 1983

Rationelle Arzneimitteltherapie

9.15–12.15 Uhr:

Stufentherapie des arteriellen Hochdruckes

Professor Dr. M. Anlaut, Essen

Neue Antihypertonika – Wirkungen und Stellenwert in der Hochdrucktherapie
Professor Dr. K. H. Rahn, Maastricht

Bewährtes und Neues in der Diabetes-therapie

Professor Dr. H. Mehnert, München

Antibiotikatherapie in der Praxis
Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

Rationelle Therapie in der Pädiatrie
Professor Dr. K. Schreier, Nürnberg

Rundtischgespräch und Diskussion zum Tagesthema

Moderator: Professor Dr. H. Mehnert unter Mitwirkung der Referenten

Pharmazeutische Ausstellung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 Uhr bis zum Ende der Vorträge

– Des vollständige Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt werden –

Notfall- und Katastrophenmedizin 1983

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

26. Oktober 1983

Drogenmißbrauch: Eine Herausforderung unserer Zeit – Notfälle mit Drogen – Leichenschau und Todeszeitbestimmung

30. November 1983

Der Notfall durch Interaktionen von Pharmaka – Problematik der Arzneimittel – Bevorratung für den Katastrophenfall – Der neurologische Notfall

Zeit: 15.00 Uhr s. t. bis 18.00 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Tiroler Ärztetage 1983

am 8./9. Oktober 1983 in Mayrhofen

Veranstalter: Ärztekammer für Tirol

Themen: Praxisrationalisierung – Diabetes mellitus – Der Rückenschmerz

Parallelveranstaltung

am 8. Oktober 1983

Seminar für Arzttrauen und Arzthelferinnen

Auskunft:

Ärztekammer für Tirol, Postfach 81, A-6010 Innsbruck, Telefon (00 43 / 52 22) 2 97 58

13. Fortbildungskongreß für Ärztliches Assistenzpersonal

während des 34. Nürnberger Fortbildungskongresses
der Bayerischen Landesärztekammer
vom 9. bis 11. Dezember 1983

Teil 1: Labor A Meistersingerhelle ArzthelferInnen	Teil 2: Labor B Novotel MTA-Labor und ArzthelferInnen mit Leborerfahrung	Teil 3: Radiologie Pädagogische Hochschule MTA-Röntgen- und ArzthelferInnen mit Röntgenerfahrung	Teil 4: Nuklearmedizin Crest Hotel
Freitag, 9. 12., 10.00 Uhr bis Samstag, 10. 12., 13.00 Uhr	Freitag, 9. 12., 10.30 Uhr bis Samstag, 10. 12., 17.00 Uhr	Freitag, 9. 12., 13.00 Uhr bis Sonntag, 11. 12., 12.15 Uhr	Freitag, 9. 12., 14.00 Uhr bis Samstag, 10. 12., 18.00 Uhr
<p>Gerinnungsdiagnostik – Leboridiagnostik rheumatischer Erkrankungen – Schnelldiagnostik (Bedeutung, Methoden, Trends)</p> <p>Praktika (4): Der kleine Gerinnungsstatus – Leber- und Pankreaserekrankungen – Proteindiagnostik – Serologisches Rheumascreening</p>	<p>Diagnostik der Entzündungen – PMN-Elastase-Emit CRP – Bestimmung der Risikofaktoren – Diabetes-Fettstoffwechsel-Gicht – Management im Labor – Organisation und Reorganisation – Anschaffung von mechanisierten Analyse-systemen – Des pathologische Blutbild – Aneeroblerdiagnostik – Fehlersuche im Labor – Der toxikologische Notfall – Fluoreszenzmikroskopische Techniken (Chlamydia, Herpes, Go)</p> <p>Praktika (2): Pilzdiagnostik – Hämatologie</p>	<p>Rechte und Pflichten von RöntgenhelferInnen und med.-techn. Radiologieassistenten – Entwicklungstendenzen in der Radiologie – Organisatorischer Ablauf der Rö.-Untersuchung – Kritische Beurteilung der Automatik am Rö.-Arbeitsplatz – Aufzeichnungspflicht und Belehrung nach der RöV – Dosisreduzierung in der Pädiatrie – Filme, Folien, Vorteile der Seltenen-Erden-Folien – Datenverarbeitung in der Radiologie – Technische Voraussetzungen und Untersuchungstechniken der digitalen Angiographie – NMR – Aufnahmetechnik mit modernen Bildverstärkern – Qualitätssicherung (Rö.-Diagnostik) – Qualitätssicherung (Filmverarbeitung)</p> <p>Praktika (15): Einstell- und Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung in allen Gebieten der Medizin – Computertomographie – NMR</p>	<p>Entwicklungen und Qualitätskontrolle bei Testsubstanzen zur in vivo-Diagnostik – Qualitätssicherung in der nuklearmed. Meß- und Registriertechnik – Praktische EDV-Fragen im Alltag – Dreiphasentechnik der Skelettuntersuchung – Schilddrüsendiagnostik – Kombinierte Nierendiagnostik – Stand und Ausblick zur RIA 1983 – Untersuchungstechnische Fehler</p> <p>Praktika (3): in vitro Diagnostik – In vivo Untersuchungstechnik (Skelett u. w.) – In vivo Untersuchungstechnik (Niere u. w.)</p>

Anmeldung und Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-288

Teilnahme nur nach Bestätigung möglich

Teilnahmegebühr: DM 10,-	Teilnahmegebühr: DM 20,-	Teilnahmegebühr: DM 50,-	Teilnahmegebühr: DM 50,-
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Teilnahmebescheinigung am Ende des Kurses
Ausführliche Programme senden wir Ihnen gerne auf Wunsch zu!

71. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 6. bis 9. Oktober 1983 im Stadttheater, Regensburg
Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. Schadewaldt, Düsseldorf

Donnerstag, 6. Oktober 1983

Im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag „War der Nationalsozialismus ohne Beispiel?“

Lord Dacra of Glanton (bekannt als Professor Hugh Trevor-Roper), Cambridge

Freitag, 7. Oktober 1983

Ärztliche und pflegerische Unterstützungsmaßnahmen bei Tumorkranken (Supportiv-Therapie)

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. Senn, St. Gallen

9.00–17.45 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden und Eröffnung der Ausstellung

Einführung zum Tagesthema
Professor Dr. H. Senn

Komplikationen bei Tumorkranken

Fieber bei Tumorkranken – was tun?

Professor Dr. P. Drings, Heidelberg

Anämie und Blutersatz bei Krebskrankheiten

Professor Dr. G. Meuret, Ravensburg

Stoffwechselzwischenfälle bei Tumorkranken – Erfassung und Therapie

Professor Dr. W. Gallmeier, Nürnberg

Prophylaxe von Nausea/Emesis sowie Alopazie bei Tumorthérapien

Oberschwester A. Glaus, St. Gallen

Entwicklungsstörungen bei Tumorkranken

Entwicklungsstörungen und Rehabilitation

Krankheits- und therapiebedingte Entwicklungsstörungen bei tumorkranken Kindern

Professor Dr. F. Lampert, Gießen

Probleme der Sexualität und Fertilität bei Tumorkranken

Professor Dr. H. A. Hirsch, Tübingen

Rehabilitation bei Krebspatienten – Bedürfnisse und Möglichkeiten

Dr. H. Stapp, Aulendorf

Schmerz und psychosoziale Aspekte

Psychosoziale Besonderheiten bei Tumorkranken

Professor Dr. R. Lohmann, Köln

Schmerzen bei Tumorkranken – Allgemeine Aspekte und lokale Therapieverfahren

Professor Dr. H. Ernst, Berlin

Schmerzen bei Tumorkranken – Möglichkeiten der medikamentösen Therapie

Professor Dr. H. Senn

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Tagesthema

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. Senn – Mitwirkung der Referenten

9.00–17.00 Uhr:

Laborseminar

Neues im rationalen Labor in Praxis und Klinik

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim

Ort: Regensburg, Haldplatz 8/1, Thon-Dittmer-Haus, Rückgebäude

Geräteberatung am Informationsstand parallel zu den Vorträgen (ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 8. Oktober 1983

Neurologische Akutsituationen – Fortschritte in Diagnostik und Behandlung

Tagesvorsitz: Professor Dr. D. Soyka, Kief

9.00–16.20 Uhr:

Begrüßung und Einführung

Professor Dr. D. Soyka

Akute Hemiplegie

Privatdozent Dr. G. Ladurner, Graz

Akute Bewußtseinsstörung

Professor Dr. F. Gerstenbrand, Innsbruck

Akute Visusstörungen

Professor Dr. W. Böke, Kief

Subarachnoidalblutung

Dr. I. Neu, München

Enzephalitiden und Meningitiden

Professor Dr. G. Ritter, Göttingen

Hirnsinusthrombosen

Dr. K. Einhäupl, München

Komplikationen bei Schädel-Hirntrauma

Professor Dr. S. Kunza, Heidelberg

Akuter Gesichtsschmerz

Professor Dr. H.-H. von Albert, Günzburg

Film „Neue Aspekte zur Chemotherapie bakterieller Infektionen“ (Fa. Bayer AG, Leverkusen)

Akutes Querschnittssyndrom

Professor Dr. W.-D. Möller, Kiel

Aufsteigende Lähmung

Professor Dr. B. Neundörfer, Lübeck

Bandschelbenvorfall

Professor Dr. F. Lahoda, Ingolstadt

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Tagesthema

Gesprächsleitung: Professor Dr. D. Soyka – Mitwirkung der Referenten

16.30–18.00 Uhr:

Pharmako-Therapie-Konferenz: „Neue Aspekte der Ulkustherapie“

Gesprächsleitung: Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg

9.00–17.00 Uhr:

Laborseminar

– siehe Freitag, 7. Oktober 1983 –

Sonntag, 9. Oktober 1983

Rationelle Diagnostik bei abdominalen Beschwerden

Tagesvorsitz: Professor Dr. W. Rösch, Frankfurt

9.00–13.00 Uhr:

Einführung zum Tagesthema

Professor Dr. W. Rösch

Laboruntersuchungen in Praxis und Klinik

Professor Dr. Dr. J. G. Mayar-Bertenath, Hanau

Moderna Röntgendiagnostik

Professor Dr. J. Traichel, Ludwigsburg

Rationelle endoskopische Diagnostik

Professor Dr. W. Rösch

Möglichkeiten der Sonographie bei dominanten Erkrankungen

Professor Dr. H. Lutz, Bayreuth

Neue nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden

Professor Dr. E. Krönert, Nürnberg

Computer- und Kernspintomographie – ein methodischer Vergleich

Dr. W. Rödl, Erlangen

Rundtischgespräch: „Diagnostik beim akuten Abdomen“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen

Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Rösch – Mitwirkung der Referenten

Auskunft und Anmeldung:
Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07 21 83

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07 21 83

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

4. bis 6. November 1983 in Erlangen

15. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02 oder 85-37 03

12./13. November 1983 in Grünwald

IV. Münchener Symposium für Sporttraumatologie

Leitung: Professor Dr. W. Kayl, Dr. P. Lenhart, beide München

Thema: Die unteren Extremitäten im Sport

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 6 41 44-0

5. Oberaudorfer Fortbildungsveranstaltung für praktische Onkologie

am 29. Oktober 1983 in Oberaudorf

Veranstalter: Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Berufsverband der Frauenärzte e. V., Tumorzentrum München, Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhardt, München, und Dr. A. Leonhardt, Oberaudorf

Ort: Kursaal, Oberaudorf – Zeit: 9.00 Uhr bis ca. 13.00 Uhr

Begrüßung

Dr. O. Schloßer, Rosenheim

Programm:

Zytostatika-induzierte Malignome

Professor Dr. D. Schmähel, Heidelberg

Stellenwert der adjuvanten Chemotherapie des Mammakarzinoms

Professor Dr. G. Bastert, Frankfurt

Zytostatische Therapie des metastesierten Mammakarzinoms

Privatdozent Dr. H. Sauer, München

Zytostatische Therapie metastasierter

gynäkologischer Plattenepithelkarzinome
Professor Dr. H. Ceffier, Würzburg

Zytostatische Therapie des Ovarialkarzinoms – Probleme der Primärtherapie
Dr. H. Merkt, Oberaudorf

Nach jedem Vortrag Diskussion

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Schünemann, Chefarzt der Abteilung Gynäkologie III der Klinik Bad Trissl im Tumorzentrum München, 8203 Oberaudorf, Telefon (08033) 201

Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

München

22. Oktober 1983

Entwicklung der sogenannten Trockenchemie – Abrechnungsprobleme für den praktischen Arzt

Zeit und Ort: 19.00 Uhr – Hotel Eden-Wolff, Arnulfstraße 4–8, München

5. November 1983 (gemeinsam mit Oberbayern)

Impfprobleme – Frühsommer-Meningoenzephalitis und Hepatitis B – Abrechnungsprobleme für den praktischen Arzt

Zeit und Ort: 19.00 Uhr – Hotel Eden-Wolff, Arnulfstraße 4–8, München

12. November 1983

Das standardisierte Harnsediment und Nachweis von Harnwegsinfekten mit Objektträger Nährböden (Eintauchnährböden)

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Walner-Schulen, Hämatologischer Kurssaal, Lindwurmstraße 73, München

26. November 1983

Gibt es Vitamin B 12- und Folsäuremangelzustände? – Neue klinische Erkenntnisse über den Stoffwechsel von Cobalamin und Folsäure – Abrechnungsprobleme für den praktischen Arzt

Zeit und Ort: 19.00 Uhr – Hotel Eden-Wolff, Arnulfstraße 4–8, München

3. Dezember 1983

Therapie im Alter – Abrechnungsprobleme für den praktischen Arzt

Zeit und Ort: 19.00 Uhr – Hotel Eden-Wolff, Arnulfstraße 4–8, München

Oberbayern

27. Oktober 1983

Orthopädische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Hotel Holiday Inn, Ingolstadt

15. Oktober 1983

Abrechnungskurs für Ärzte, Arztfreuen und Arzthelferinnen

Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Gaststätte Kellenbrunn, Gmund am Tegernsee

Niederbayern

15. Oktober 1983

Laborkurs für Ärzte und Arzthelferinnen – Blutbild: Photometrische Bestimmung von Hämoglobin und Erythrozyten – Methoden zur Ausstrichfärbung – Differenzierung von Ausstrichen am Mikroskop – Dia-Demonstration von pathologischen Blutbildern

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Berufsschule, Pestalozzistraße 4, Straubing

23. November 1983

Entwicklung der sogenannten Trockenchemie – Vorführung des Reflocheck

Zeit und Ort: 19.30 Uhr – Hotel Keiserhof, Papiererstraße 2, Landshut

Oberpfalz

12. November 1983

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfreuen

Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Avie-Hotel, Frankenstraße 2, Regensburg

Unterfranken

12. Oktober 1983

Prüf- und Beschwerdewesen für den praktischen Arzt

Zeit und Ort: 19.00 Uhr – Hofkellerei-Weinstuben, Residenzplatz 1, Würzburg

Mittelfranken

12. November 1983

Fortbildungskurs für Ärzte – Der Blutausstrich als diagnostische und therapeutische Hilfe in der Praxis

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Stadtpark-Restaurant, Berliner Platz 9, Nürnberg

19. November 1983 (gemeinsam mit Oberpfalz)

Impfprobleme – Frühsommer-Meningoenzephalitis und Hepatitis B

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Gaststätte Sportzentrum, Ansbach

Oberfranken

22. Oktober 1983

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfreuen, RVO und Privat

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Hotel Messerschmitt, Bamberg

12. November 1983

Orthopädische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Hotel Messerschmitt, Bamberg

Schwaben

22. Oktober 1983

Ambulante Versorgung und Nachsorge in der Psychiatrie mit Führung durch das Bezirkskrankenhaus Günzburg

Zeit und Ort: 9.30 Uhr – Bezirkskrankenhaus, Günzburg

12. November 1983

Prüf- und Beschwerdewesen

Zeit und Ort: 16.00 Uhr – Via Claudia, Augsburger Straße 130, Gersthofen

Auskunft:

Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 8.30 bis 12.30 Uhr)

I. Kongreß der Physikalischen Medizin und ihrer Assistenzberufe am 8./9. Oktober 1983 in München

Theme: Schmerzen im Bereich des Kniegelenkes

Ort: Hilton Hotel, Am Tucherpark 7, München 22

Auskunft: medicel-concept, Wolfgang-Zimmerer-Straße 6, 8056 Neufahrn

23. Bayerische Internistentagung

vom 18. bis 20. November 1983 in München

Leitung: Professor Dr. E. Wetzels, Rosenheim

Ehrenvorsitzender: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Veranstalter: Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V.

Tagesvorsitzende: Professor Dr. G. Riecker, Direktor der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern, Professor Dr. G. Paumgartner, Direktor der Medizinischen Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern, Professor Dr. W. Wittmanns, Direktor der Medizinischen Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern

Ort: Sheraton-Hotel, Kongreßzentrum, Arabellastraße 6, München 81

Samstag, 19. November 1983

Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie Innerer Erkrankungen

Vorsitz: Professor Dr. G. Riecker

9.00–12.40 Uhr:

Neue Gesichtspunkte in der Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit

Professor Dr. B. E. Strauer, München

Myokarditis – eine verkannte Diagnose?

Professor Dr. H.-D. Bolte, München

Neue Möglichkeiten in der Therapie bedrohlicher tachykarder Rhythmusstörungen: medikamentös – elektrisch – operativ

Privatdozent Dr. G. Steinbeck, München

Bronchoalveolare Lavage – eine neue diagnostische Methode zur Aktivitätsbeurteilung pulmonaler Immunopathie

Dr. G. König, München

Cyclosporin A – ein neuer Weg in die Behandlung nierentransplantierte Patienten

Dr. L. Castro, Dr. G. Hillebrand, Professor Dr. W. Land, Professor Dr. H.-J. Gurland, alle München

Wann sind Herzglykoside entbehrlich und wann sind sie notwendig?

Privatdozent Dr. E. Erdmann, München

Prophylaxe und Therapie von gastroenterologischen Krankheiten und Stoffwechselstörungen

Vorsitz: Professor Dr. G. Paumgartner

15.00–17.50 Uhr:

Prophylaxe und Therapie Streß-bedingter gastroduodener Blutungen

Professor Dr. D. Engelhardt, München

Prophylaxe und Therapie der B-Virus-Hepatitis

Dr. G. Pape, München

Therapie der primären billären Zirrhose

Professor Dr. J. Eisenburg, München

Prophylaxe und Therapie der Ösophagusvarizenblutung

Dr. T. Sauerbruch, München

Stellenwert der Ernährung in Prophylaxe und Therapie degenerativer Gefäßkrankungen

Professor Dr. P. Schwandt, München

– nach jedem Vortrag Diskussion –

Sonntag, 20. November 1983

Fortschritte in der praktischen Onkologie

Vorsitz: Professor Dr. W. Wittmanns

9.00–13.00 Uhr:

Maligne Hodentumoren – Modell einer heilbaren Tumorerkrankung

Dr. Ch. Clemm, München

Möglichkeiten und Grenzen in der Behandlung von Bronchialkarzinomen

Dr. A. Schalhorn, München

Fortschritte in der Behandlung akuter Leukämien des Erwachsenenalters

Privatdozent Dr. H.-J. Kolb, München

Onkologische Notfallsituationen

Privatdozent Dr. H.-J. Sauer, München

Paraneoplastische Syndrome

Dr. K. Possinger, München

Die antiemetische Therapie bei Zytostatika-bedingtem Erbrechen

Professor Dr. E. Hiller, München

Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, München

– nach jedem Vortrag Diskussion –

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V. findet am Freitag, 18. November 1983, 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum C, München, Sheraton-Hotel, statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** der pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie angeschlossen.

Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, Pettenkoflerstraße 10, 8200 Rosenheim, Teleton (0 80 31) 39 52 95

1. Münchener NMR-Symposion

am 29. Oktober 1983

Veranstalter: Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik, Institut für Röntgendiagnostik und Institut und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der Technischen Universität München

Zeit und Ort: 9.00 bis 17.00 Uhr – Hotel Bayerischer Hof, München

Auskunft und Anmeldung: Dr. Dr. R. Bauer, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 14 01

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 20. Oktober 1983 in München

Thema: Psychiatrische Probleme bei der betriebsärztlichen Tätigkeit (Professor Dr. Hipplius, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, München, Dr. M. v. Cranach, Chefarzt, Kautbeuren) – Diskussion

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

20. Älfgäuer Fortbildungstage für praktische Medizin

am 29. Oktober 1983 in Immenstadt

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu (Regionales Fortbildungszentrum Allgäu)

Wissenschaftliche Leitung: Medizinaldirektor a. D. Dr. H. Schneiderhan, Fischen

Thema: Hypertonie und Herzinsuffizienz

Zeit und Ort: 9.00 bis 13.00 Uhr – Stadthalle Hofgarten, Immenstadt

Auskunft: Medizinaldirektor a. D. Dr. H. Schneiderhan, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu, Achweg 12, 8975 Fischen

Fortbildungsveranstaltung des Münchner Blutdruck-Programms (MBP)

am 15. Oktober 1983 in München

Veranstalter: Münchner Blutdruck-Programm (MBP) und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München

Leitung: Professor Dr. H. Holzgreve,

Thema: Münchner Blutdruck-Programm – Ein Beitrag zur Hypertoniebekämpfung

Zeit und Ort: 9.15 bis 12.20 Uhr – Sheraton Hotel, Arabellastraße 6, München 81

Auskunft: Münchner Blutdruck-Programm, Dipl.-Soziologe H. Fricke, Teleton (089) 3187-5382 oder (089) 5 58 74-158

Nürnberger Arthroskopie-Kurs

am 24./25. November 1983 in Nürnberg

Auskunft: Dr. H. Hemptling, 2. Chirurgische Klinik im Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91, Telefon (09 11) 3 98-23 66

Herbsttagung des Berufsverbandes der Pneumologen in Bayern

vom 21. bis 23. Oktober 1983 in Garmisch-Partenkirchen

Leitung: Dr. K. Hellmann, Augsburg, Dr. H. Fischer, Weilheim

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Fischer, Münchner Straße 44, 8120 Weilheim, Telefon (0881) 26 03

2. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e. V.

am 3./4. November 1983 in München

Leitung: Professor Dr. G. Heberer, München, Professor Dr. K. Peter, München, Dr. H.-J. Linde, Bonn

Themen: Fortschritte in Reanimation, Schock- und Schmerzbehandlung – Medizinischer Katastrophenschutz, eine Bestandsaufnahme – Allgemeine, rechtliche und ethische Aspekte zur Katastrophenmedizin – Sichtung, Transport und stationäre Versorgung von Schwerverletzten im Katastrophenfall

Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaaltrakt, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:
Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 95-27 80

XVIII. Bad Wörthshofener Ärztliche Vortragsreihe

am 5. November 1983

Thema: Das malträtierte Herz – Umgang mit chronisch Herzkranken

Ort: Herz-Kreislaufklinik der LVA Schwaben, am Tannenbaum 2, Bad Wörthshofen

Auskunft:
Chefarzt Dr. W. Teichmann, am Tannenbaum 2, 8939 Bad Wörthshofen, Telefon (08247) 50 37

9. Symposium für Juristen und Ärzte am 8./9. November 1983 in Berlin

Veranstalter: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin

Leitung: Professor Dr. W. Helm, Berlin
Thema: Medizinische und juristische Probleme bei älteren Menschen
Ort: Firma Schering AG, Berlin
Teilnehmergebühr: DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:
Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Frau Kretschmer, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (030) 45 05-25 61

24. Klinische Fortbildung für freipraktizierende Kassenärzte und Praxisvertreter

vom 21. November bis 3. Dezember 1983 in Berlin

Leitung: Professor Dr. W. Helm, Berlin
In kleinen Gruppen werden die heute geltenden Forschungsergebnisse und klinischen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie – in fast sämtlichen Disziplinen – vermittelt.

Auskunft:
Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Frau Kretschmer, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (030) 45 05-25 61 oder 45 05-26 40

XI. Fortbildungswoche des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesgruppe Bayern

vom 3. bis 10. Dezember 1983 in Oberlech

Thema: Aktuelles aus Geburtshilfe und Gynäkologie

Es besteht Gelegenheit zur Teilnahme an einer themenzentrierten Balintgruppe für Anfänger und Fortgeschrittene

Ort: Hotel Sonneburg, Oberlech am Arlberg

Auskunft:
Dr. K. Rebhan, Blumenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (089) 26 76 11

Informationsmedizinische Tage

vom 3. bis 5. November 1983 in Hamburg

Leitung: Professor Dr. E. Lang, Erlangen
Thema: Informationsmedizin in der Prävention, Interventionsgerontologie und Klinik

Auskunft:
Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislaufkrankungen, Rathgeber Straße 63, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 825-810

6. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 24. November bis 8. Dezember 1983 in Puerto de la Cruz

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

Auskunft und Anmeldung:
Hapag-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongreßabteilung, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 28 06 51

Kurse zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“

Der Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V. führt Kurse über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ durch.

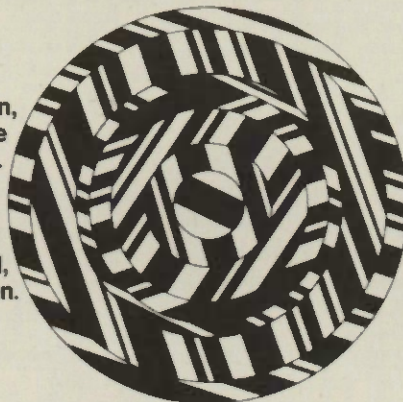
Termine:

7. bis 11. November 1983 in Höxter – 28. November bis 2. Dezember 1983 in Freiburg – 28. November bis 3. Dezember 1983 in München – 5. bis 9. Dezember 1983 in Freiburg – 17. bis 21. Januar 1984 in München – 5. bis 9. März 1984 in Bad Berleburg – 21. bis 24. Mai 1984 in Essen – 5. bis 9. November 1984 in Höxter

Auskunft:
Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V., Sonnenweg 23, 3542 Willingen 2

Depressionen,
psychische und nervöse
Störungen, Migräne.

Vegetativ stabilisierend,
frei von Nebenwirkungen.



HYPERFORAT®

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g stand. auf 0,2 mg Hypericin pro ml. Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,5 mg Hypericin, Vit. B-Komplex 1 mg. Ampullen: 1 Ampulle à 1 ml enthält: Extr. fl. aquos. Herb. Hyperici perf., stand. auf 0,5 mg Hypericin pro ml.

Kontraindikationen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Tropfen: 2-3 x täglich 20-30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Dragées: 2-3 x täglich 1-2 Dragées vor dem Essen einnehmen. Ampullen: täglich 1-2 ml i.m. (tief intragluteal) oder langsam i.v. injizieren. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise incl. MWST: Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46. Dragées: 30 Stück DM 7,48; 100 Stück DM 18,96. Ampullen: 5 x 1 ml DM 10,93; 10 x 1 ml DM 19,97.



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

Wie Sie am Preis für „Hamburger“ den Wert von Währungen messen

Noch selten ist eine wissenschaftliche Aussage so allgemeinverständlich umgesetzt worden wie kürzlich die Kaufkraftparitätentheorie des schwedischen Nationalökonomens der zwanziger Jahre, Karl Gustav Cessel, am Beispiel des Preises für einen „Hamburger“, also eine Portion gebratenen Hackfleischs mit Käse zwischen zwei großen Milchbrötchenhälften, ein paar Löffel Pommes frites und eine kleine Flasche Coca Cola in einigen Ländern.

Zunächst der Wortlaut der Kaufkraftparitätentheorie. Sie beantwortet die Frage „Welcher Wechselkurs zwischen zwei Währungen ist richtig?“ so: „Wenn für den gleichen Geldbetrag im Ausland wie im Inland die gleiche Warenmenge gekauft werden kann, ‚stimmt‘ der Wechselkurs.“

Der „Hamburger“ mit den Belgaben bietet sich als Vergleich an, weil er in allen jenen Ländern in den Lokalen einer internationalen Schnellgaststättenkette in gleicher Größe und gleicher Qualität verkauft wird.

In Deutschland kostet dieses Gedeck DM 6,70. Bei einem Wechselkurs von DM 2,61 für einen US-Dollar bekommen Sie für DM 6,70 2,57 Dollar. Dafür müßten Sie sich in den USA ein solches Gedeck kaufen können, wenn der Wechselkurs richtig bewertet ist. Tatsächlich liegt der Preis in den Vereinigten Staaten bei 3,39 Dollar.

Sie brauchen also DM 8,85 ($2,61 \times 3,39 = 8,85$), um soviel Dollar zu erwerben, für die Sie sich in den USA jenes Gedeck bestellen können. Demnach ist die DMark um 24,3 Prozent unterbewertet, denn um diesen Prozentsatz liegen 6,70 unter 8,85. Oder der Dollar ist gegen die Mark um 32,1 Prozent überbewertet, weil 8,85 um diesen Prozentsatz über 6,70 liegt.

In der Praxis hängt der Kurs einer Währung gegen andere bei freien Wechselkursen von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab. Auf längere Sicht pendelt er sich jedoch nach der Kaufkraftparitätentheorie ein.

Wenn Sie jetzt Geld zu den hohen amerikanischen Zinsen in Dollar anlegen und für jeden Dollar DM 2,81 zahlen, müssen

Sie damit rechnen, beim Rückwechseln der Dollar in DMark eines Tages nur noch zwei DMark für jeden Dollar zu bekommen. Genau wäre nach dem „Hamburger“-Index der Dollar jetzt DM 1,98 wert, nämlich 2,61 minus 24,3 Prozent. Dieser Satz trifft übrigens die entsprechenden Schätzungen deutscher Währungs-Experten in etwa.

Die Veränderungen des Wechselkurses machen selbst die Anlage in den sichersten US-Papieren, den Staatsanleihen, zur Spekulation. Wenn Sie jetzt Treasury Bills zum Kurs von DM 2,61 kaufen und die jüngste Analyse von Dr. J. H. Francis, Direktor von Wharton Foreign Exchange Service, Philadelphia, zutrifft, wonach der Dollar im Dezember eine Abwärtsbewegung beginnen werde, haben Sie bei einer zehnzehnten Anlage pro Jahr nichts gewonnen, wenn der Dollar nach drei Monaten auf 2,54 gesunken ist und Ihre Anlage solange festgelegt war.

Richard Broyd vom amerikanischen Analyseunternehmen Data Resources Inc. rechnet mit einem Abschwung des Dollar erst in den nächsten sechs bis zwölf Monaten. Der Dollar darf nach einem Jahr von meinem Beispielkurs von 2,61 nicht mehr als um 10,7 Prozent gefallen sein, wenn Sie vom Kauf eines zwölfprozentigen US-Staatspapiers dann nicht weniger haben wollen, als Sie in DMark eingezahlt hatten.

Das heißt, der Dollar würde dann noch DM 2,33 bringen. Eine deutsche Anlage auf ein Jahr wirft zur Zeit rund die Hälfte, also sechs Prozent, ab. Von heute eingesetzten je DM 2,60 stünden Ihnen also nach einem Jahr DM 2,77 zur Verfügung. Falls der Dollar, wie Francis meint, von 1986 bis 1988 wieder anzieht, nach einem Kurstal also in drei Jahren erneut den Stand 2,61 erreicht und Sie Ihre Dollar-Anlage von heute erst dann auflösen, hätten Sie bis dahin je DM 2,61 allein 89,7 Pfennige Zinsen kassiert, wenn Sie sie stehen lassen, von den Zinseszinsen abgesehen. Von einer DMark-Anlage betrüge Ihr Nettoertrag dann 62,4 Pfennige, als 30 vom Hundert weniger.

Sie sehen, trotz hoher Zinsen ist die Anlage in US-Dollar durchaus nicht unproblematisch.

Horst Beloch

Sozial-Montage

Der Vorwurf von der Sozial-Demontage trifft jene, die ihn erheben. Euphorisch haben sie in einer Periode der blühenden Konjunktur in die vollen Kassen gegriffen und eine Sozialleistung nach der anderen erfunden, um sich beim Wählervolk beliebt zu machen.

Naiv gingen sie von der Annahme aus, es könne nur noch tette Jahre geben. Eigensinnig verschlossen sie sich selbst objektiven demographischen Erkenntnissen, die der bevorstehenden Überalterung wegen höchste Gefahr für die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung signalisierten.

Großzügig hatte die Bundesanstalt für Arbeit Umschulungsmaßnahmen in einem weit überzogenen Ausmaß auch in Berufe zu finanzieren, die keinen Bedarf und keine Zukunftsaussichten hatten. Kindergeld und andere soziale Zuwendungen wurden zugestanden, ohne Einkommensgrenzen zu ziehen.

Schließlich mußte ein Rekord-Schuldenberg aufgetürmt werden, um diese leichtfertig eingegangenen Verpflichtungen bezahlen zu können. Unsolide, wie es sich kein Geschäftsmann leisten kann, muß der Staat die Zinsen dafür aus Krediten finanzieren. Zustimmungshelend spendete man Düngung aus einer Gießkanne mit einem Inhalt auf Pump, für den letztlich die Benetzten aufzukommen haben.

Dieser Wildwuchs bedrohte die Standfestigkeit des sozialen Gebäudes. Die Ursechen für seine Demontage waren geschaffen. Wenn jetzt, übrigens recht zaghaft, einige Ausläufer beschnitten und eine stabilere Struktur wiederhergestellt werden soll, dann werden die verbleibenden Leistungen sicherer, weil bezahlbar. Wer popularitätsheischend dagegen eifert und geifert, setzt sich dem Verdacht der Demagogie aus.

Prosper

Kurz über Geld

GOLD-GELEGENHEITSANGEBOTE wie etwa „drei Prozent unter Londoner Fixing-Preis“ sind betrügerisch.

Silber-Olympia-Münze der USA mit polierter Platte um rund 75 Prozent teurer als ihr Feinsilbergehalt.

ZURÜCK die Finanzierungsvermittlungsgebühren, falls Bauherrenmodell-Teilnehmer engebote Finanzlerung nicht in Anspruch nimmt.

MÜNZEN aus sogenanntem Dritten Reich zur Zeit Sammlermode. Guterhaltene Stücke lassen sich gut verkaufen.

HB.

Schnell informiert

Frenz-Koelsch-Preis 1983

Anlässlich des 100. Geburtstages von Professor Dr. Franz Koelsch hat der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung 1976 diesen Preis gestiftet, der mit DM 5000,- dotiert ist und alle zwei Jahre verliehen wird.

Der Preis wird an arbeitsmedizinisch tätige Ärzte für neue hervorragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiet der Arbeitsmedizin vergeben.

Einsendeschluß: 31. Dezember 1983

Der Wortlaut der Ausschreibung kann bei der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, angefordert werden.

Broschüre: Sozialstationen – Nachbarschaftshilfen – Ambulante Haus- und Krankenpflege – „Essen auf Rädern“-Dienste Anonyme Alkoholiker – Psychosoziale Beratungsstellen – Selbsthilfegruppen

In zweiter, erweiterter Auflage gibt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Bezirksstelle München Stadt und Land – dieses Heft heraus. Nach Stadtvierteln geordnet, werden für den niedergelassenen Arzt und den Krankenhausarzt diese Hilfsmöglichkeiten in München Stadt und Land angeboten. Der Vorsitzende Dr. Willi Winkelmann schreibt in seinem Vorwort: „Es gibt in unserer Gesellschaft immer mehr alte hilfsbedürftige Menschen, chronisch Kranke und Behinderte. Ihnen müssen wir helfen, im eigenen häuslichen Milieu menschenwürdig weiterleben zu können. Auch der akut Erkrankte braucht oft häusliche Hilfe, wenn er nicht ohne zwingende Notwendigkeit ins Krankenhaus eingewiesen werden soll. – Viele gute Gründe sprechen dafür, den Menschen in physischer oder psychischer Not in den eigenen vier Wänden zu beistehen. Das eigene Heim ist humaner und auch billiger als das Krankenhaus oder das Pflegeheim. Deshalb der Grundsatz: ‚Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig.‘ Der Arzt als Haus- und Familienarzt ist hier gelordert und findet ein reiches Betätigungsfeld. Unter seiner Aufsicht und Weisung muß die ‚ambulante Hilfe‘ stehen.“

Dr. Dr. E. Graßl, München

Deutschkurse für Mediziner am Goethe-Institut in Murnau

Das Goethe-Institut in Murnau veranstaltet für ausländische Mediziner, Krankenpflegepersonen und Medizinstudenten in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau Deutschkurse. Die Teilnehmer sollten das „Zertifikat Deutsch als Fremdsprache“ oder vergleichbare deutsche Sprachkenntnisse haben.

Termine: 7. bis 26. November 1983 und 5. bis 24. März 1984 (Teilnehmerzahl: 15)

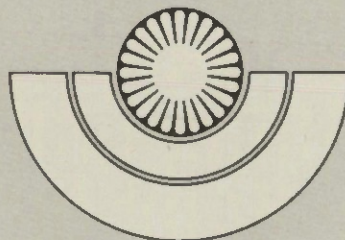
Weitere Auskünfte: Goethe-Institut, Seidlstraße 17, 8110 Murnau, Telefon (08841) 9184

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Die Wirkstoffe der Kamille
in standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN BAD ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
14,50 DM

Indikationen: Badezusatz und zur äußerlichen Anwendung bei akuten, vor allem nässenden Dermatitiden, bei Juckreiz am Darmausgang, zur Granulationsanregung bei der Wundbehandlung. Zur Pflege empfindlicher Haut. Kontraindikationen: keine bekannt.

Zusammensetzung: 100 g Lösung enth. 99,2 g aus 33 g Kamillenblüten mittels Isopropanol (48 Vol.%) bereitetem Auszug; eingestellt auf einen Mindestgehalt von 170 mg% äther. Kamillenöl mit 3 mg Prochamazulen/Chamazulen, 50 mg (-) - α - Bisabolol/Bisabololoxide, 20 mg En-in-dicycloäther.

O.P. 400 ml (10 Beutel zu 40 ml), A.P. 1 Liter (25 Beutel zu 40 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Juli 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Juli stieg die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen weiter an, nämlich von 57 je 100 000 Einwohnern im Vormonat auf 88, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Trotz anhaltend hochsommerlicher Temperaturen wurde

aber der Stand vom Juli 1982 (121 je 100 000 Einwohner) nicht erreicht. Geringfügig sank die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis, und zwar von 17 im Juni auf 16 im Berichtsmonat je 100 000 der Bevölkerung.

Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis traten im Juli häufiger als im Vormonat auf. Die Erkrankungsziffer nahm von 7 auf 12 je 100 000 Einwohner zu.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Juli 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis E		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	
Oberbayern	3	—	7	1	13	—	7	—	254	1	49	—	17	—	39	—	14	1
Niederbayern	4	—	2	—	3	—	2	—	57	—	12	—	4	—	1	—	3	—
Oberpfalz	—	—	2	—	1	—	9	—	77	—	24	—	1	—	6	1	1	—
Oberfranken	1	—	5	—	—	—	2	—	56	1	7	—	—	—	6	—	1	—
Mittelfranken	—	—	6	—	4	—	5	—	142	—	24	—	1	—	12	—	2	—
Unterfranken	3	—	2	—	4	—	6	—	87	—	36	—	4	—	5	—	2	—
Schwaben	5	—	1	—	1	—	4	—	65	—	8	—	5	—	6	—	2	—
Bayern	16	—	25	1	26	—	35	—	738	2	160	—	32	—	75	1	25	1
Vormonat	12	1	26	1	11	2	29	—	596	1	177	—	42	—	105	2	31	—
München	—	—	3	—	9	—	—	—	74	—	36	—	7	—	24	—	8	1
Nürnberg	—	—	2	—	1	—	—	—	29	—	2	—	—	—	4	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	1	—	—	—	3	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	3	—	—	—	1	1	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	18	—	—	—	—	—	1	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	6	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, E und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Ornithose		Lepra		Angeb. Toxoplasmosen		Leptospirose		Q-Fieber		Trichinose		Tollwutverdacht 2)
	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		
Oberbayern	1	—	—	—	6	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	17
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberfranken	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3
Mittelfranken	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Unterfranken	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Schwaben	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	41
Bayern	2	—	1	—	11	—	13	—	1	—	1	—	1	—	1	—	2	—	1	—	85
Vormonat	2	—	1	—	22	—	13	—	—	—	—	—	3	—	1	—	11	—	—	—	111
München	—	—	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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 -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Kongreßkalender

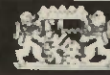
Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

November 1983

- 3.-4. **München:** 2. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin. — Auskunft: Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70.
- 3.-5. **Graz:** 15. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeine und Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Universitätsprofessor Dr. W. Klein, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 3.-5. **Hamburg:** Informationsmedizinische Tage. — Auskunft: Carl-Korh-Institut für Herz-Kreislaufkrankungen, Rathsbarger Straße 63, 8520 Erlangen.
- 4.-6. **Erlangen:** 15. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik. — Auskunft: Frau E. Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 4.-6. **München:** EKG-Seminar für Fortgeschrittene der Technischen Universität München. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
5. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
5. **München:** 10. Seminar der Frauenklinik der Universität München, Klinikum Großhadern. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 7.-10. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 7.-11. **Höxter:** Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sonnenweg 23, 3542 Willingen 2.
- 8.-9. **Berlin:** Symposium für Juristen und Ärzte. — Auskunft: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 8.-12. **Berlin:** 11. Deutscher Kongreß für perinatale Medizin. — Auskunft: Professor Dr. J. W. Dudenhausen, Mariendorfer Weg 28-38, 1000 Berlin 44.

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
VERSICHERUNGSKAMMER Versicherungsverband

NIEDERLASSUNGSSEMINAR

München - Samstag - 5. Nov. 1983

Hotel Bayerischer Hof, München,
Promenadeplatz 2-6, Clubraum

Programm

Beginn 9.00 Uhr

Was ist vor der Niederlassung zu beachten - Standortwahl

Finanzierung einer Praxisgründung

Die Risikoabsicherung für Praxis
und Familie

Pause ca. 13.00 Uhr

Steuerfragen der jungen Arztpraxis

Anschließend Besprechung von
Einzelfragen

Ende ca. 15.00 Uhr

Coupon

ANMELDUNG

Beschränkter
Teilnehmerkreis.
Bitte sofort anmelden.

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE,
Bayerische Versicherungskammer,
Stiftsbogen 132, 8 München 70, Telefon 089/70 40 44,
Frau Schulte-Rahde

Zur Teilnahme an dem Seminar am 5. Nov. 1983
melde ich mich hiermit an:

mit Ehepartner ohne Ehepartner

Seminargebühr DM 50,- Ehepartner/Begleitung frei

Name, Vorname

Straße

Fachrichtung

PLZ / Ort

Niederlassungszeitpunkt

Unterschrift

9. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizineldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
12. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung „Grundlagen und Praxis der Hyposensibilisierungsbehandlung“. — Auskunft: Institut und Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 10.–12. **Wien:** Wiener Intensivmedizinische Tage. — Auskunft: Dozent Dr. G. Kleinberger, Lazarettgasse 14, A-1090 Wien.
- 11.–12. **Düsseldorf:** Interdisziplinärer Fortbildungskongreß „Sterben zwischen Angst und Hoffnung“. — Auskunft: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Carl-Oelemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.
- 11.–12. **Köln:** 64. Hauptversammlung des Marburger Bundes. — Auskunft: Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands, Riehler Straße 6, 5000 Köln 1.
- 11.–12. **Kronach:** Sonographischer Fortbildungskurs in der Inneren Medizin. — Auskunft: Frau Bernschnelder, Kreis Krankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach.
- 11.–13. **Mallersdorf:** 11. Arbeitstagung für praktische Urologie. — Auskunft: Sekretariat Dr. Albescu, Kreis Krankenhaus, 8304 Mallersdorf.
12. **Bamberg:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
12. **Gersthofen:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
12. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
12. **Nürnberg:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
12. **Regensburg:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 12.–13. **München:** IV. Symposium für Sporttraumatologie. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 14.–19. **Erlangen:** Fortbildungswoche in gastroenterologischer Röntgendiagnostik. — Auskunft: Professor Dr. B. Swart, Sauerbruchstraße 9, 4040 Neuss.
- 16.–19. **München:** 24. Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Orthopäden. — Auskunft: Dr. G. Hoi-telder, Am Kirchberg 29, 6000 Frankfurt 50.
- 18.–19. **Würzburg:** IV. Süddeutsche Baint-Studentagung. — Auskunft: Frau Dr. M. Stubbe, Schloppweg 65, 3320 Salzgitter-Bad.
- 17.–20. **Würzburg:** 38. Seminar „Autogenes Training“. Auskunft: Kneipp-Bund, Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 18.–19. **Linz:** 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie. — Auskunft: Universitätsprofessor Dr. G. Frellinger, Spitalgasse 23, A-1097 Wien.
- 18.–20. **München:** 23. Bayerische Internistentagung. — Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim.
19. **Ansbeck:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 19.–20. **Grönwald:** Kurs in Neuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Internationale medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke, Eichelbachstraße 61, 7920 Freudenstadt-Kniebls.
- 21.–25. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrahlen, Gamma-Bestrahlungseinrichtungen, Beschleunigern und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 21.–25. **Zangberg bei Ampfing/Obb.:** Grundseminar „Kindsmißhandlung“. — Auskunft: Aktion Jugendschutz, Herr Schwarz, Fasaneriestraße 17, 8000 München 19.
21. 11.–2. 12. **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (E-Kurs I). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
21. 11.–3. 12. **Berlin:** 24. Klinische Fortbildung der Kelsner-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen. — Auskunft: Frau Kretschmer, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
21. 11.–16. 12. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
23. **Landshut:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 24.–25. **Nürnberg:** Arthroskopie-Kurs der 2. Chirurgischen Klinik der Stadt Nürnberg. — Auskunft: Dr. H. Hempfling, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91.
24. 11.–8. 12. **Puerto de la Cruz/Teneriffa:** internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Hapag-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongreßabteilung, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt.
- 25.–27. **München:** 6. Tagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie der peripheren Nerven und Gefäße. — Auskunft: Privatdozent Dr. E. Blemer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

- 25.-27. **Köln:** Bundeshauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV). — Auskunft: NAV, Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.
26. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
26. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
26. **Nürnberg:** Gelenksymposium der 2. Chirurgischen Klinik der Stadt Nürnberg. — Auskunft: Dr. H. Hempfling, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91.
26. 11.— **Sonthofen:** Autogenes Training im Management. —
2. 12. Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.
28. 11.— **Frelburg:** Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sonnenweg 23, 3542 Willingen 2.
28. 11.— **München:** Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sonnenweg 23, 3542 Willingen 2.
30. **München:** Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
30. 11.— **Düsseldorf:** MEDICA '83 — 15. Internationaler Kongress. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik, Jehnstraße 12, 7000 Stuttgart 70.

„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: Mühlbauerstraße 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) 5 51 77 - 0, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

**Ganz
sicher für die
Praxis**

Ausgabe 28 vom 10. 10. 1983

Auf Humaninsulin umstellen?

Die aktuelle Diabetesstrategie
für die Praxis

Bis zum Umfallen belasten?

Pro und Contra — maximale
Ausbelastung bei der Fahrrad-Ergometrie

Pränatale Diagnostik:

was kann die Chromosomenanalyse
heute leisten?

Außerdem in dieser Ausgabe:

Kinderchirurgie bei gastroenterologischen
Krankheitsbildern, Krebschirurgie . . .

und brandneu

ZFA TELEX ZFA TELEX

mit aktuellen Meldungen —
in jeder Ausgabe

HIPPOKRATES VERLAG GMBH

Der Landkreis Kitzingen

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das neue Kreis-
krankenhaus in Kitzingen

1 Arzt für Anästhesie mit Erfahrungen in der Intensivmedizin

Die Vergütung erfolgt nach BAT. Es werden die im öffentlichen
Dienst üblichen Leistungen gewährt.

Das neue Kreiskrankenhaus in Kitzingen umfaßt 260 Betten,
davon 102 für Chirurgie, 36 für Gynäkologie und Geburtshilfe
und 9 für HNO-Heilkunde. Außerdem wird eine interdisziplinäre
Intensivabteilung mit 8 Betten eingerichtet.

Das Krankenhaus ist zum berufsgenossenschaftlichen Hellver-
fahren und zum Verletzungserterverfahren zugelassen.

Kitzingen liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen
Mein und Steigerwald (Weinlandkreis). Am Ort sind alle füh-
renden Schulen vorhanden. Zur Universitätsstadt Würzburg
(18 km) bestehen gute Verkehrsverbindungen.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunter-
lagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise)
umgehend beim

Landratsamt Kitzingen, 8710 Kitzingen, Kaiserstraße 4,
einzureichen.

Welcher Arzt hat Interesse in einem 1979 erbauten sehr schön
gelegenen

Landhaushotel

bei Garmisch-Partenkirchen, mit Hallenbad, Sauna, Fitnessraum,
Lift und großer Liegewiese seine spezielle Therapie in Anwendung
zu bringen? 39 großzügige Zimmer mit Bad, größtenteils mit Wohn-
teil und Balkon, sowie Praxis- und Therapieraum stehen zur Ver-
fügung. Anfragen über Telefon (089 21) 537 75.

Der Landkreis Kitzingen

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das Kreiskrankenhaus
Volkach (Fachkrankenhaus für Chirurgie mit 68 Betten)

1 Oberarzt

Eine Ausbildung in der Unfallchirurgie sowie Kenntnisse in der
Anästhesie sind erwünscht.

Die Vergütung erfolgt nach BAT. Es werden die im öffentlichen
Dienst üblichen Leistungen gewährt.

Der Chefarzt des Kreiskrankenhauses Volkach wird voraussicht-
lich Ende 1986 aus Altersgründen ausscheiden. Bei Bewährung
ist die Möglichkeit gegeben, die Chefarztnachfolge anzutreten.

Das romantische Weinstädtchen Volkach (ca. 8000 Einwohner)
liegt an der landschaftlich besonders reizvollen Mainschleife,
nahe des Steigerwalds. Die Große Kreisstadt Kitzingen und
die Universitätsstadt Würzburg sind nur 20 km entfernt.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunter-
lagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise)
umgehend beim

Landratsamt Kitzingen, 8710 Kitzingen, Kaiserstraße 4,
einzureichen.

Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Deutscher, 39 Jahre, verheiratet, 5 Jahre Universitätsklinik mit Erfah-
rung in Gefäßchirurgie, z.Z. 1. Oberarzt und ständiger CA/DA Ver-
treter an unfallchirurgischer Abteilung, sucht entsprechende Position
mit Allgemeinchirurgie.

Anfragen unter Chiffre 2064/290 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2



Am Stadtkrankenhaus Kempten
(Allgäu) ist beabsichtigt, im Be-
reich der Chirurgischen Abteilung
eine organisatorische Trennung
vorzunehmen in zwei selbständige
Anstaltsabteilungen

- Allgemeine Chirurgie mit ca.
80 Betten und
- Unfallchirurgie mit ca.
50 Betten.

Innerhalb dieser Abteilungen wird eine Subspezialisierung angestrebt
mit den Angeboten Bauch-, Thorax- und Gefäßchirurgie in der Allge-
meinen Chirurgie, Neurochirurgie und MKG in der Unfallchirurgie.

Die Stadt Kempten (Allgäu) sucht für diese Abteilungen zum
1. März 1984

Je einen leitenden Abteilungsarzt,

da der bisherige Chefarzt in den Ruhestand tritt.

Das Stadtkrankenhaus Kempten (Allgäu) hat 452 Betten und acht Fach-
abteilungen, neben der Chirurgie eine innere Abteilung, Kinder- und
infektionsabteilung, Frauenabteilung, Anästhesieabteilung, Röntgenab-
teilung mit allen modernen therapeutischen und diagnostischen Ein-
richtungen einschließlich Ganzkörper-CT sowie Belegabteilungen für
HNO und Augenheilkunde.

Wir suchen qualifizierte und engagierte Persönlichkeiten mit
gründlicher Aus- und Weiterbildung sowie klinischer Erfahrung auf den
Gebieten der Allgemeinchirurgie bzw. Unfallchirurgie.

Wie bieten ein Dienstverhältnis mit besonderem Chefarztvertrag,
Bezahlung nach Vergütungsgruppe 1a BAT, eigenes Liquidationsrecht.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lichtbild, Aus-, Weiterbil-
dungs- und Tätigkeitsnachweisen) werden bis spätestens 30. September
1983 an das Personalamt der Stadt Kempten (Allgäu), Rathausplatz 29,
8960 Kempten (Allgäu) erbeten.

Im niederbayerischen Bäderdreieck zum so-
fortigen Eintritt dringend gesucht:

Arzt/Ärztin

mit Schwerpunkt Naturheilverfahren. Lang-
fristige Anstellung möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen
unter Chiffre 2064/298 an Atlas Verlag,
Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Wollen Sie sich als Arzt in Bayern verändern oder niederlassen?

Mit einer Kleinanzeige im „Bayerischen Ärzteblatt“
werden Sie den gewünschten Erfolg haben.

Die von Ihnen gesuchte Zielgruppe (niedergelesene
Ärzte, Chefarzte, Verwaltungen der Krankenhäuser)
liest den Kleinanzeigenteil regelmäßig.

Wir würden Sie gerne unverbindlich beraten.

ATLAS VERLAG UND WERBUNG GMBH
Anzeigenmarketing Bayerisches Ärzteblatt, Sonnen-
straße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55 177-212