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

März 1984

Professor Dr. Sewering:

Die Ausbildung zum Arzt

Die Auseinandersetzung um die Neugestaltung der Ausbildung zum Arzt schlägt in diesen Monaten hohe Wellen, nachdem der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im November 1983 sowohl einen Entwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung als auch der Approbationsordnung vorgelegt hat. Das müßte kein Schaden sein, wenn es allein darum ginge, den besten Weg, die wirksamsten Formen einer Ausbildung zu finden, die nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfes zur Änderung der Bundesärzteordnung „die Fähigkeiten zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes vermittelt". Nach dem Willen der Väter dieses Gesetzentwurfes sollen in der Ausbildung „auf wissenschaftlicher Grundlage die theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, deren es bedarf, um den Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst und in Bewußtsein der Verpflichtung des Arztes dem einzelnen und der Allgemeinheit gegenüber auszuüben und die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und danach zu handeln".

Eigentlich — so möchte man meinen — müßte ein so beschriebenes „Ausbildungsziel Arzt" allgemeine Zustimmung finden. So stellt sich unser Mitbürger und Patient seinen Hausarzt vor.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die praktische Ausbildung während des Studiums intensiviert und die Prüfungen durch Ausbau der mündlichen Prüfungen und Wiedereinführung von Benotungen wirksamer gestaltet werden. Bei der praktischen Ausbildung sollen „jeweils nur wenige Studenten gleichzeitig unmittelbar am Patienten unterwiesen werden dürfen", die Studenten „im Rahmen des Kleingruppenunterrichtes zu Übungszwecken selbst am Patienten tätig" werden. Dabei sollen „unzumutbare Belastungen von Patienten durch den Unterricht vermieden werden". Im sechsten Studienjahr, dem praktischen Jahr, soll der Student „entsprechend seinem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes einzelne ihm zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen".

Hier stellt sich sofort die Frage, wie diesen schönen und wünschenswerten Grundsätzen Rechnung getragen werden kann, wenn pro Jahrgang von unseren Fakultäten sicher nicht weniger als 12 000 Medizinstudenten ausgebildet werden müssen. An den Universitätskliniken geht das mit Sicherheit nicht. Es fehlen dafür nicht nur die Lehrkräfte, sondern auch die Patienten. Nach der Begründung zur Änderung der Approbationsordnung sollen „im Regelfall nicht mehr als vier" Studenten gleichzeitig am Patienten unterwiesen werden. Würden also „Lehrkrankenhäuser — bisher lediglich für das praktische Jahr eingeschaltet — dann auch am Unterricht während der klinischen Semester teilnehmen? Der Hinweis in der Begründung: „Es ist notwendig, daß in der Kapazitätsverordnung klargestellt wird, daß auch im Falle einer dauernden Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser in den Unterricht keine Erweiterung der Ausbildungskapazitäten mit der Folge einer Erhöhung der Studentenzahlen eintritt." zeigt, daß in dieser Richtung Bedenken jedenfalls angebracht sind.

Völlig irreal wäre jedenfalls der Gedanke, die „alten Fakultäten" durch Neugründungen „entlasten" zu wollen. Jede Neugründung führt zu neuen Studienplätzen und damit zu noch mehr Studenten. Dem menschlich verständlichen Wunsch mancher Chefarztkollegen, eine „echte Fakultät für Medizin" zu werden, muß also mit aller Kraft widerstanden werden. Ob im übrigen die Verteilung der Studierenden auf allzu viele Ausbildungsstätten dem einheitlichen Ausbildungsziel im universitären Bereich dienlich ist, möchte ich nur als Frage in den Raum stellen. Die Antwort erwarten wir von den Kollegen, die in den Fakultäten die Verantwortung für die Ausbildung tragen.

Alle diese Fragen und Schwierigkeiten sind aber bisher innerärztlich kaum mehr als Randprobleme. Man streitet über eine andere, ohne Zweifel besonders einschneidende vorgesehene Änderung der Ausbildung zum Arzt. In der Bundesärzteordnung soll vorgeschrieben werden, daß der angehende Arzt nach Abschluß seines sechsjäh-

rigen Universitätsstudiums ein zweijähriges Praktikum ableisten soll, bevor er die Approbation als Arzt erhält, die ihn dann zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt, also – siehe Entwurf Approbationsordnung – eigenverantwortlich und selbständig nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Während dieser zwei Jahre soll der Absolvent des Universitätsstudiums über eine „Erlaubnis" den Status als „Arzt im Praktikum" haben, also in Krankenanstalten, Arztpraxen und ähnlichen Einrichtungen ärztliche Tätigkeit unter Anleitung und Verantwortung von Ärzten ausüben.

Der innerärztliche Widerspruch kommt aus zwei völlig gegensätzlichen Richtungen. Der Vorstand der Bundesärztekammer begrüßt die Einführung des zweijährigen Praktikums, fordert aber nachdrücklich, diese Zeit zu strukturieren und auf eine allgemeine ärztliche Tätigkeit auszurichten. Gefordert wird eine „Grobstrukturierung", wobei ein Jahr in konservativen, ein Jahr in operativen Fächern abgeleistet werden soll. Damit können praktisch alle Fechgebiete einbezogen werden. Es bestünde hier auch die Möglichkeit, Zeiten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes anzurechnen. Dies wäre sogar erwünscht. Der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag hat ebenfalls eine „sachgerechte Gliederung und Grobstrukturierung" empfohlen.

Die Begründung für diese Forderung nach sinnvoller Strukturierung, die auf eine allgemeine ärztliche Tätigkeit ausgerichtet sein muß, liegt auf der Hand. Wenn nach Studium und zweijährigem Praktikum die Approbation erteilt werden und der Arzt dann zur „uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes" berechtigt sein soll, ist es undenkbar, daß das Praktikum zwei Jahre lang in irgendeiner Stelle abgeleistet wird. In seiner jetzigen Form würde der Gesetzentwurf gestatten, daß der Staatsexamensabsolvent die nächsterreichbare Stelle ennimmt, auch wenn sie noch so „schmalspurig" ist, dort zwei Jahre sitzen bleibt und anschließend nach Erhalt der Approbation eine Praxis mit allgemeiner ärztlicher Tätigkeit eröffnet. Die andere mögliche Variante: Die nächsterreichbare Stelle wird angenommen, auch wenn man früher einmal von einem ganz anderen Fach geträumt hat, nach zwei Jahren versucht man dann, im gleichen Fach zu bleiben, in der Hoffnung, daß dann die zwei Praktikantenjahre auf die Weiterbildung angerechnet werden und das Ziel einer Gebietsanerkennung dadurch erheblich näherrückt.

Die Praktikantenstellen sind damit jedenfalls alle für zwei Jahre blockiert. Wer glaubt, daß es dann trotzdem noch junge Kolleginnen und Kollegen geben wird, die gegen all diese Widrigkeiten von Stelle zu Stelle zu wechseln versuchen, weil sie unbedingt Allgemeinarzt werden wollen, der muß schon sehr viel Optimismus haben! Wir bilden also, wenn die zwei Praktikumsjahre nicht strukturiert werden, entweder unzureichend ausgebildete „Praktiker" oder nur noch „Spezialisten" heran. Die Allgemeinmedizin wäre dann am Ende. Die Sorge, es würden nicht genügend Plätze für das Praktikum zur Verfügung stehen, vermag nicht zu überzeugen. Wenn es gelingt, insgesamt genügend Praktikantenstellen für jeweils zwei Jahre zu schaffen, dann kann man sie auch im Wechsel besetzen. Das mag mühsamer sein. Ein einheitliches und gutes Ausbildungsziel hat aber absoluten Vorrang.

Natürlich wird es nicht einfach sein, für jährlich 12 000 Studienabgänger Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen. Es werden ja insgesamt 24 000 solcher Stellen benötigt. Es wäre eine Illusion, zu glauben, daß diese Stellen zusätzlich zu den derzeitigen Assistentenstellen an den Krenkenhäusern geschaffen werden könnten. Die Mittel wären nicht aufzubringen. Die geforderte Kostenneutralität ist also nur erreichbar, wenn ein Teil der vorhandenen oder geplanten Assistenzarztstellen in Ausbildungsstellen umgewandelt wird. Es muß also eine Art „Zellteilung" stattfinden, wobei die Wohlmeinenden an eine Halbierung denken, also zwei Praktikantenstellen statt einer Assistenzarztstelle, während andere bereits davon sprechen, man könne aus dem Gehalt eines planmäßigen Assistenzarztes auch drei Ausbildungsbeihilten für Praktikanten machen. Das sind sicherlich keine rosigen Zukunftsperspektiven. Wer sie richtig werten will, tut aber gut daran, sich als Vergleich nicht auf ein Traummodell zu fixieren, bei dem jeder Absolvent des Medizinstudiums mit sofort anschließender Approbation gleich eine Stelle als planmäßiger Assistent mit vollem Gehalt erhält. Bei 12 000 Studienabsolventen hat bestenfalls die Hälfte die Chance, eine solche Stelle zu bekommen. Das Modell „Arzt im Praktikum" könnte also bewirken, daß die Überzahl an Medizinstudenten jedenfalls in die Lage versetzt wird, die Ausbildung zum Arzt abzuschließen und dann über ein Wissen und Können zu verfügen, das die Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet. Ob es bei der Masse der Arztanwärter noch tür jeden einen Platz gibt, um dann später wirklich den Beruf auszuüben, steht auf einem enderen Blatt.

Ich fasse zusammen: Die Vermittlung einer ausreichenden praktischen Ausbildung während des sechsjährigen Studiums ist nicht möglich. Eine zweijährige Praktikantenzeit bietet sich deshalb an. Sie wird ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie elastisch strukturiert und auf allgemeinmedizinische Tätigkeit ausgerichtet wird. Das ist zu schaffen und muß geschafft werden.

Es darf aber der Widerstand aus der anderen Richtung nicht vergessen werden. Der Verband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Hochschullehrer für Allgemeinmedizin wehren sich gegen die Praktikantenzeit. Sie verlangen eine Pflichtweiterbildung nach der Approbation, die der Hochschulabsolvent wie bisher unmittelbar nach bestandenem Staatsexamen erhalten soll. Ihr Argument: Was man für die spätere Berufsausübung braucht, kann man nur nach der Approbation lernen. Ihr Hintergrund: Pflichtweiterbildung für jeden Arzt, der sich niederlassen will. Ihr Ziel: Kassenzulassung und später nach Möglichkeit Niederlassung nur nach abgeschlossener Weiterbildung und selbstverständlich nur in dem Gebiet, dessen Weiterbildung abgeschlossen wurde. Das heißt im Klartext: Die Approbation soll nicht mehr zur vollen und selbständigen Berufsausübung berechtigen. Die Diskussion um diese Forderung führen wir nun schon seit Jahren. Der Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung geht auf diese Forderung in deutlicher Formulierung ein. Ich zitiere die wesentlichen Sätze:

„Gegen eine solche Lösung sprechen schwerwiegende fachliche und rechtliche Gründe." „Überdies dürfte ein derartiges System zur Aufgabe des in der Bundesärzteordnung verankerten Prinzips der Einheit des Arztbe-

(Fortsetzung Seite 169)

20 Jahre chirurgische Forschung in München

Symposion des Instituts für Chirurgische Forschung der Universität München im Klinikum Großhadern enläßlich des 60. Geburtstages von Professor Dr. Dr. h. c. W. Brendel

Einführung

Professor Dr. A. Baethmann, München

Im Herbst des Jahres 1982 feierte das Institut für Chirurgische Forschung sein 20jähriges Bestehen zugleich mit dem 60. Geburtstag seines Begründers Professor Dr. Dr. h. c. Walter Brendel. Das Datum wurde genutzt, Bilanz zu ziehen und eine Standortbestimmung vorzunehmen. Es ergab sich die Gelegenheit, die als Geburtshelfer für die Entstehung des Instituts beteiligten Kollegen zu Wort kommen zu lassen, parallele Entwicklungen anderer Institute in Deutschland aufzuzeigen und zu vergleichen, auf die internationalen Verflechtungen dieses jungen Forschungsbereichs hinzuweisen, sowie – wie könnte es anders sein – den derzeitigen Stand besonders ergiebiger, klinisch-experimenteller Projekte wie Organtransplantation, Kreislauf und Mikrozirkulation, neurochirurgische Forschung sowie Gastroenterologie und Immunologie darzustellen. Von besonderem Interesse ist das Resümee Brendels, in das 20 Jahre Erfahrung einfließen und in dem grundsätzliche Überlegungen angestellt werden über die Funktion eines kleinen, aber nichts desto weniger energisch sich zwischen den großen Grundlagenfächern und der Klink behauptenden Fachs. Trotz aller Schwierigkeiten und Einschränkungen ist vorsichtiger Optimismus am Platz.

Grußwort des Prodekans der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. H. Frick, München

Die Fakultät verbindet ihren Dank für die bisher geleistete Arbeit mit Glückwünschen an das Institut für Chirurgische Forschung und seinen Vorstand Professor W. Brendel. Von dem Glanz fällt stets ein kleiner Schimmer auf die Fakultät, z. B. wurden ca. 90 Prozent der Dissertationen mit dem Prädikat „summa cum laude" in diesem Institut erarbeitet. Wir stellen daher unseren Glückwünschen Erwartungen für die Zukunft an die Seite, von denen wir sicher sind, daß sie nicht enttäuscht werden.

Dem festlichen Anlaß entsprechend habe ich Einblicke in Fakultätsakten über W. Brendel genommen, aus denen hervorgeht: Habilitation 1959, Umhabilitation an die Universität München 1962, außerplanmäßiger Professor 1965, außerordentlicher Professor 1967 und ordentlicher Professor 1969, 1971 Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität Sao Paulo, Brasilien, 1982 Ernennung zum Korrespondierenden Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Ein weiterer Qualifikationsnachweis ist der Umfang der Förderungssummen, die dem Institut von der Münchner Universitätsgesellschaft und anderen zur Verfügung gestellt werden.

Offensichtlich gilt für Brendel, den geborenen Karlsruher, der Satz: „Die Schwobe schaffe, die Badener denke". Einzelheiten seines Naturells mögen aus der Astrologie hervorgehen. Sein Sternzeichen ist das des Skorpions, womit er sich in guter Gesellschaft von Richelieu, Luther, Nehru, de Gaulle, Poe, Rodin, Picasso und anderen befindet. Einzelheiten dieses faszinierenden Sternzeichens ist den Fachquellen zu entnehmen. Ich bitte, die Charakterisierung von neutraler Seite anzunehmen anstelle einer Laudatio. Abschließend eine kurze Vorhersage: Skorpione werden von der Konjunktur unterstützt und sind „absolute Glückskinder". Aus dieser Perspektive darf ich ihnen von Herzen „ad multos annos" zurufen.

Zur Entstehung des Instituts für Chirurgische Forschung in München

Professor Dr. Dr. h. c. R. Zenker †

„Die Dinge sind nia so, wia sia sind. Sia sind immer das, was man aus ihnen macht."

Jaan Anouilh

Nach dem zweiten Weltkrieg mußten wir erkennen, daß Deutschland infolge der Abgeschlossenheit von 1933 bis 1945 in der Friedens- wie Kriegschirurgie zurückgeworfen wurde. Hiertür drei Beispiele: Die Darmsonde, die an anglo-amerikanischen Kliniken routinemäßig bei bestimmten Formen des Ileus angewendet wurde, war in Deutschland völlig unbekannt. In der Kriegschirurgie hatte bei den Allierten die primär verzögerte Naht zur besseren Heilung von Schußwunden längst Eingang gefunden; in Deutschland wurde an ein solches Vorgehen nicht gedacht. Ebenso mit allgemeinen Maßnahmen zur Verbesserung des postoperativen Verlaufs hatten anglo-amerikanische Chirurgen durch grundlegende Arbeiten von Francis Moore einen gewaltigen Vorsprung. Bereits in Mannheim, wo wir uns neben dem Panzerherz mit der modernen Lungenresektion befaßten, erkannten wir, daß – von der engen Zusammenarbeit mit den Internisten abgesehen – der Rat von Physiologen und physiologischen Chemikern wünschenswert ist. Damals begannen wir mit den ersten Eingriffen bei angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, wagten uns an die chirurgische Behandlung der Hypertonie und wandten uns ab 1951 in Marburg der Bauch-, endokrinologischen und Lungenchirurgie sowie mehr und mehr der Herzchirurgie zu. Dabei wurden wir von Bock und seinen Mitarbeitern einfühlend und tatkräftig unterstützt. In Marburg standen uns Kurt Kramer und Theodor Bücher als Gesprächspartner zur Verfügung. 1956 wurde eine chirurgisch-anästhesiologische Forschergruppe zur Vorbereitung für das Operieren am offenen Herzen mit der Herz-Lungen-Maschine ins Leben gerufen. Diesem Team gehörten Heberer, der Amerikaner Birch Rembo, Meyer-Wegener und Beer an, der zuvor eine umfassende physiologische Ausbildung in Göttingen erhalten hatte. Im Herbst 1956 stieß Hans Borst zu mir, der

zur Entwicklung einer vielseitig verwendbaren Herz-Lungen-Maschine mit Gitteroxygenator Wesentliches beitrug.

Hierbei aufkommende Fragestellungen wurden gemeinsam von Physiologen und Klinikern diskutiert. Zusammenkünfte wurden u. a. mit Lochner, Schoedel und Brendel veranstaltet. Dieser Gedankenaustausch war für das Verständnis pathophysiologischer Veränderungen beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine äußerst wertvoll. Als Ergebnis konnte in Marburg im Februar 1958 die erste erfolgreiche, offene Herzoperation in Deutschland mit extrakorporaler Zirkulation durchgeführt werden. Nach der Übernahme des Lehrstuhls in München 1958 fand ich den Chemiker Werle als wertvolles Erbe meines Vorgängers E. K. Frey vor. Er befaßte sich mit dem Kallikrein-Kinin-System sowie mit vasodilatierenden Substanzen. Trotz Raumnot konnten wir uns interessierende Spezialgebiete intensivieren. Der Wunsch, auch einen Physiologen zur Seite zu haben, ließ mich nicht mehr los. Im Bunker der Klinik (Nußbaumstraße) hatten sich bereits einige Assistenten eingenistet. Aschoff führte dort Studien über die „innere Uhr" mit Studenten durch. Dieser Bunker schien zunächst der richtige Ort für ein Institut für experimentell-chirurgische Forschung zu sein. 1961 wurden von Ministerialdirektor Barbarino Mittel im bescheidenem Ausmaß für einen Umbau zugesagt. Damit war der Zeitpunkt gekommen, Walter Brendel mit Aufbau und Leitung der experimentellen Chirurgie zu beauftragen. Brendel hatte sich in Nauheim als Kreislaufphysiologe und in der Erforschung der Hypothermie Sporen erworben. Als Bergkamerad erschien er uns der richtige Mann für eine ersprießliche Zusammenarbeit. Brendels Berufung machte es möglich, die experimentell-chirurgische Arbeit auf ein breites Fundament zu stellen. Eine Vielzahl von Projekten der gesamten Chirurgie konnte intensiv bearbeitet werden. Mit dem Umzug in das neue Gebäude in Großhadern erreichte das Institut eine führende Position in Europa. Zwischen der Klinik und dem Institut bestand stets eine fruchtbare, anregende und harmonische Zusammenarbeit. Auf 20 Jahre zurückblickend kann mit Stolz gesagt werden: Das Brendelsche Institut hat wesentliche Beiträge zur Wiedergewinnung des Ansehens der in Deutschland betriebenen chirurgischen Forschung geleistet. Auf den Ausspruch Anouilhs (s. o.) Bezug nehmend, kann mit Recht behauptet werden, daß Brendel aus dem, was ihm vor 20 Jahren anvertraut wurde, das Beste gemecht hat.

Zur Entwicklung der experimentellen Chirurgie in Köln 1959 bis 1973

Professor Dr. G. Heberer, München

Der Rückgang der chirurgischen Forschung in Deutschland durch den letzten Weltkrieg stellte eine tiefe Zäsur dar. Unsere Generation wurde zunächst von der Bewältigung klinisch-chirurgischer Aufgaben ganz in Anspruch genommen – ich denke hier an die Mannheimer Lehrjahre 1945 bis 1951 bei Rudolf Zenker. Danach folgten jedoch die – meiner Überzeugung nach – aufregenden „Fünfziger Jahre". Dank des schnellen Wirtschaftswachstums standen genügend Mittel zur Verfügung, um Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen wiederherzustellen und auszubauen. Die Wechselwirkung zwischen wirtschaftlichem Wachstum und Forschung konnten wir 1951 bis 1958 an der Zenkerschen Klinik in Marburg erleben. Es begann mit der Entwicklung und dem Aufbau einer Arterienbank – der Einsatz gefriergetrockneter oder alloplastischer Transplantate erforderte zunächst die Testung im Tierexperiment. Zu jener Zeit wurde auch die experimentelle Herzchirurgie aufgegriffen, zunächst in Hypothermie, dann mit extrakorporaler Zirkulation. Es waren die Vorbereitung für die erste erfolgreiche Operation am offenen Herzen mit einer Herz-Lungen-Maschine in der Bundesrepublik am 19. Februar 1958 durch Rudolf Zenker und sein experimentelles Team. Im Januar 1959 gelang mir in Marburg mit Hilfe des extrakorporalen Kreislaufes die erste Wiederherstellung bei einer Aortenruptur in der Bundesrepublik.

An dieser Stelle ein tröstendes Wort an Brendel: Ich erntete damals, als für Experimente Zuständiger, viel Mißklang. Der Tierschutzverband fiel über mich her, außerdem beschwerte sich der Internist Bock – mein späterer Freund und Förderer –, daß das Hundegebell die Nachtruhe seiner Patienten störe.

Während eines Aufenthaltes 1956 in den USA wurde mir klar, daß Anschluß an das Ausland nur durch erheblichen Ausbau unserer Forschungsförderung, z. B. durch entsprechende Einrichtungen en unseren Kliniken, zu erreichen sei. 1959 übernahm ich – gerade zwei Monete bayerischer Oberarzt euf Lebenszeit – den II. Lehrstuhl für Chirurgie in Köln. Durch Zusammenwirken des Landes und der Stadt Köln konnte im gleichen Jahr aus einer ehemaligen Funkmeisterei die Abteilung für experimentelle Chirurgie errichtet werden. Ihr Schwerpunkt war zunächst Gefäß- und Herzchirurgie. Im Mai 1960 übernahm Bretschneider die Leitung der Abteilung. Er hatte grundlegende Arbeiten über den kritischen Sauerstoffdruck des Herzens durchgeführt. Von Beginn an wurden Mitarbeiter der Klinik ein bis zwei Jahre für die Forschung freigestellt. Es gab täglich Diskussionen und Gedankenaustausch, auch auf internationaler Ebene; Besucher waren u. a. DeBakey oder Inukushi, dessen Nahtgerät für Gefäßprothesen experimentell getestet wurde. 1961 führte ich mit Peiper, Gehl, Eigler, Eberlein und Bonhoeffer die offene Herzchirurgie mit Disk-Oxygenator weiter. Von wissenschaftlichem Interesse war der Energieverbrauch des Herzens während des induzierten Stillstands. Nach der Berufung an die I. Chirurgische Universitätsklinik Köln, 1963, wurde dort im gleichen Jehr eine neue Abteilung mit Bretschneider aufgebaut. Es wurden bis 1968 insgesamt 120 wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht; elf Mitarbeiter konnten sich habilitieren. Forschungsschwerpunkte bis 1968 waren: Auswirkung der extrakorporalen Zirkulation und Hypothermie auf Blut, Herz und Niere; Pathophysiologie und Pharmakotheraple der Koronardurchblutung; Energiestoffwechsel des Myokards; Thrombozytenfunktion nach Blutersatz; renovaskulärer Hochdruck; Pathophysiologie des Pfortaderkreislaufes; experimentelle Nieren- und Lebertransplantation mit den dazugehörenden immunologischen Fragestellungen.

1969 wurde Isselhard Leiter der Abteilung. Im gleichen Jahr wurde der Sonderforschungsbereich 68: „Kerdiovaskuläre Restitution und Organsubstitution" eingerichtet. Dieser

Sonderforschungsbereich wird heute noch gefördert. Die Abteilung ist inzwischen in Institut für experimentelle Medizin umbenannt. Bis 1973 wurden 70 Arbeiten veröffentlicht. Zusätzliche Schwerpunkte waren: Herz und Kreislauf im Stadium des Hirntodes, Nierenkonservierung, Pathophysiologie und Therapie des Tourniquet-Schocks, Erosionen und Ulzerationen des oberen Gastrointestinaltrakts. 1967 wurde von mir eine immunologische Forschungsabteilung unter Leitung von Hermann eingerichtet. Unserer Gruppe gelang 1967 als erster in Europa, Nierentransplantationen bei Ratten vorzunehmen. Es folgten Milz- und Lebertransplantationen mit Unterstützung von S. Lee, San Diego/USA. Im Rückblick ist die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Klinik und experimenteller Forschung eine beglückende Erfahrung. Eine der wichtigsten Aufgaben war die Förderung des Nachwuchses durch die Forschung. Viele Studenten promovierten, junge Assistenten hatten die Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Arbeit. Aus diesem Kreis wurden acht Kollegen Lehrstuhlinhaber, vierzehn erhielten Chefarztpositionen.

Wesentlicher Aspekt war, daß der forschende Arzt bis zu zwei Jahre während seiner fachärztlichen Weiterbildung in der experimentellen Abteilung verbringen konnte und nicht durch klinische Verpflichtungen oder Lehrbelastungen abgelenkt wurde. Die chirurgische Forschung braucht Kontinuität, Sicherheit und eine langfristig abgestimmte Förderung. Auch in München fanden wir, besonders nach der Vergrößerung des Instituts für Chirurgische Forschung in Großhadern, eine echte Heimat. Die von gegenseitiger Achtung und Vertrauen getragene Kooperation bietet die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Wirken durch wechselseitige Förderung, Stimulation und Kritik – die belebenden Elemente der chirurgischen Forschung.

Die experimentelle Chirurgie aus der Sicht des kardiovaskulären Chirurgen

Professor Dr. H. Borst, Hannover

Es ist nun 27 Jahre her, daß ich meinem chirurgischen Lehrer, Rudolf Zenker, der meinen weiteren akademischen Lebensweg so nachhaltig bestimmen sollte, erstmals begegnete. Wie zufällig traf ich gleichzeitig einen jungen Physiologen am Kerckhoff-Institut in Bad Nauheim, dessen Ergebnisse in der Hypothermieforschung wie auch seine Meinungen zum Stellenwert der experimentellen Chirurgie mich sehr beeindruckten. Jahre später stieß Brendel zur Mannschaft von Zenker, und mancher der seinerzeit diskutierten Gedanken konnte verwirklicht werden. Dies ist der gemeinsame Hintergrund, vor dem ich zur Rolle des Experimentes aus der Sicht des Kardiovaskularchirurgen Stellung nehmen möchte, war es mir doch vergönnt, den entscheidenden

Mehr SauerstOff 2

- bei Leberinsuffizienz
- Zirrhosen
- chron. Polyarthritis
- Rheuma – Arthrosen
- Geschwulsterkrankungen
- bei Zytostatika und Strahlenbehandlung

Gelum® oral-rd

Wirkstoff: $K_3[Fe_2(PO_4)_2C_6H_5O_7]$

aktiviert durch O_2 den Zellstoffwechsel,
erhöht den Sauerstoff-Partialdruck

DRELUSO
DRELUSO PHARMAZEUTIKA
3253 Hessisch Oldendorf 1

Indikationen: Leberzirrhosen, Cholezystitis, Hepatitis, Leberinsuffizienz – Chronische Polyarthritis, rheumatischer Formenkreis, Arthrosen – Aktivierung des lymphatischen Systems und der Zellatmung, Sklerosen, Sauerstoffmangel-, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen, Adjuvans in der Zytostatika- und Strahlentherapie. **Kontraindikationen:** nicht bekannt (siehe Literatur). **Neben- und Wechselwirkungen:** Bei hoher Dosierung und Langzeit-Therapie können vereinzelt tachykardische Störungen und extrasystolische Arythmien auftreten. Sie sind durch Dosisminderung meist schnell zu beheben. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Kalium-Dieisen (III) triphosphat-Dikalium-Eisen (III) citrat-Komplex 30 g, L(+)-Milchsäure 2,4 g, D(–)-Milchsäure 0,6 g, Vitamin B Komplex 0,16 g, (Lactoflavin 10 mg, Pyridoxinhydrochl. 10 mg, Calc. pantothen. 15 mg, Aneurinhydrochl. 25 mg, Nikotinsäureamid 100 mg, Aqua dest. ad 100 g. **Handelsformen:** **Gelum oral-rd** 30 ml DM 12,71, 100 ml DM 29,96, Klinikpackungen. **Weitere Darreichungsformen: Gelum-S** Antiphlogistikum 50 g Gel DM 8,53, 100 g Gel DM 15,79. **Gelum-L** Dermatologikum 50 g Salbe DM 8,53, 100 g Salbe DM 15,79. **Gelum Supp.** Antivarikosum 10 Supp. DM 8,07, 40 Supp. DM 27,39.

Aufbruch zur offenen Herzchirurgie in Labor und Klinik bis zum heutigen Tag mitzuerleben und mitzuvollziehen.

Die Kardiovaskularchirurgie ist im Gegensatz zu anderen, mehr empirischen Fächern der operativen Medizin durch des Tierexperiment initiiert und in allen weiteren Phasen erschlossen und legitimiert worden. Wie in der experimentellen Medizin überhaupt, finden sich auch hier Hemmnisse und Versäumnisse, welche die Übertragung glänzender Ideen in die Klinik immer wieder behinderten. In Deutschland ist der Strom der Gedanken auf diesem Gebiet recht eigentümlich in Gang gekommen. Er verlief in Windungen und Untiefen von den ersten Tierversuchen zur Herznaht vor der Jahrhundertwende zu ihrer klinischen Verwirklichung durch Rehn 1896. Diesem epochalen Erfolg schlossen sich noch vor dem ersten Weltkrieg Studien über die pulmonale Embolektomie sowie die Entpanzerung des Herzens en, Probleme, die erst in den zwanziger Jahren ihre klinische Verwirklichung erfuhren. An neuen Ideen hat es auch in der Folge nicht gefehlt, ohne daß sich diese in der Klinik nennenswert niederschlugen. Erst unmittelbar vor und nach dem zweiten Weltkrieg kam die Chirurgie am geschlossenen Herzen bei kongenitalen und valvulären Vitien, wiederum auf der Basis ausgedehnter Tierversuche, in Gang. In den frühen fünfziger Jahren begann dann der Siegeszug der offenen Herzchirurgie, der bis heute anhält.

Immer wieder war dabei ein Auseinanderklaffen von experimenteller Erkenntnis und klinischer Praxis festzustellen: Schon vor dem ersten Weltkrieg hatten Alexis Carell, Claude Guthrie und Ernst Jeger die Basis der Herzchirurgie erarbeitet und Forssmann die Möglichkeiten des Herzkatheterismus aufgezeigt. Ähnlich dauerte es 18 Jahre, bis es John Gibbon gelang, die Herz-Lungen-Maschine zum klinischen Einsatz zu bringen. Während die Forscher den Kenntnisstand der Physiologie – endotracheale Beatmung, Antikoagulation, Blutgasbestimmung und Flüssigkeitsersatz – bereits beherrschten, wurden diese Methoden erst sehr verzögert in die Klinik aufgenommen.

Mit dem Ende des Krieges kam es dann zu jener unerhörten Intensivierung der internationalen wissenschaftlichen Beziehungen, welche sich für uns Deutsche als besonders segensreich erwiesen, und es wurde klar, daß echter wissenschaftlicher Fortschritt nurmehr durch intensive experimentelle Beschäftigung möglich war. So trat eine neue Generation von Chirurgen und Anästhesisten auf den Plan, die – in den Grundwissenschaften wie in der angewandten Forschung systematisch ausgebildet – ihr Rüstzeug in die Klinik einbrachten. Wesentliche Impulse für einen neuen Ansatz in unserem Lande hat R. Zenker geliefert, der – wie wenige seiner Zeitgenossen – Wegbereiter der experimentellen Chirurgie wurde, wie sie sich heute in viel breiterem Rahmen als selbständiges Fach präsentiert. Die Schaffung eigenständiger Abteilungen stellte dabei den einzig gangbaren Weg dar, die experimentelle Chirurgie aus Ruinen und Kellerlöchern ans Tageslicht zu befördern. Sie bietet heute den Einstieg in selbständiges wissenschaftliches Denken und Handeln, ohne daß der beschwerliche Weg über Pathologie, Physiologie oder Biochemie gewählt werden muß, und sie liefert einen direkten Zugriff zur angewandten Wissenschaft mit ihren vielgestaltigen methodischen Möglichkeiten. Beides, die in der chirurgischen Forschung erarbeiteten Innovationen als auch die gründliche wissenschaftliche Ausbildung, haben dazu beigetragen, den hohen Stellenwert der deutschen chirurgischen Forschung bei uns wie im Ausland erneut zu begründen. Dabei haben ganz unterschiedliche Organisationsformen der experimentellen Chirurgie zum Erfolg verholfen. Sie wird heute weltweit teils von chirurgischen Forschungsinstituten, teils von selbständigen Arbeitsgruppen innerhalb großer chirurgischer Kliniken, die – wie in Hannover – die nötige Arbeitsplattform besitzen, getragen, wobei diese beiden Möglichkeiten meines Erachtens einander keineswegs ausschließen, denn der Erfolg der experimentellen Arbeiten beruht ausschließlich auf dem Vorhandensein größter Durchlässigkeit zwischen Forschung und Klinik. Diese Idee hat Walter Brendel von Anfang an durchzusetzen versucht, und sie ist auch der Schlüssel zum weltweiten Erfolg seines Instituts, das neue Maßstäbe in der chirurgischen Forschung gesetzt hat. An seiner Arbeitswelse müssen sich alle jene messen, die heute experimentelle Chirurgie betreiben.

Organisation und Aufgabenstellung einer Abteilung für Theoretische Chirurgie

Professor Dr. W. Lorenz, Marburg

Eine Wurzel der Entstehung der Abteilung für Theoretische Chirurgie in Marburg ist mit Sicherheit die Entwicklung des Faches „Chirurgische Forschung" auf dem Boden des geistigen und organisatorischen Ideenreichtums Brendels. Meine direkten Kontakte waren seinerzeit die Chance, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Chirurgischen Forschung in München zu werden – dies ist durch die Berufung nach Marburg verhindert worden – zum anderen eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Meßmer mit Schwerpunkt „perioperative Komplikationen". Unter dem Stichwort „Marburger Experiment" entstand eine Organisationsstruktur, die zur Abteilung für Theoretische Chirurgie führte, ohne daß ein einziges Element der Experimentellen Chirurgie aufgegeben wurde.

Das Marburger Experiment hat folgende Merkmale: Integration der chirurgischen Teilgebiete mit der Experimentellen (Theoretischen) Chirurgie, Abdeckung verschiedener theoretischer Teilgebiete, Übertragung neuer Aufgaben auf den Theoretischen Chirurgen und Bildung neuer Organisationsstrukturen.

Die gewünschte Integration ist nach nunmehr zwölfjähriger Erfahrung am besten in der „kleinen Arbeitsgruppe" realisiert. Bisher gab es neun kleine Arbeitsgruppen, zwei sind davon inzwischen aufgelöst worden. Vier Arbeitsgruppen gehören zur Allgemeinchirurgie, fünf befassen sich mit Problemen der speziellen Chirurgie. Die Fragen der Allgemeinchirurgie betreffen

a) perioperative Zwischenfälle,

b) septischen Schock,

c) Streßulkus und

d) medizinische Entscheidungsfindung.

beschwerdefrei
beweglich

Mobilat®

das perkutane Antiphlogistikum Antitraumatikum

kostengünstig · hervorragend verträglich, auch unter Verbänden

LUITPOLD

MOBILAT® Salbe/Gel Zusammensetzung: Extract suprarenale 1,0 g, Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester 0,2 g, Salicylsäure 2,0 g, Emulsionssalben- bzw. Gelgrundlage ad 100,0 g. **Anwendungsgebiete: Speziell für Mobilat Gel** Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Reizerguss, Bewegungsschmerzen. **Speziell für Mobilat Salbe** im Anfangsstadium und zur Zusatz- bzw. Intervallbehandlung bei entzündlichen Gelenkerkrankungen und Arthrosen, Sehnenscheidenentzündungen, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthropathia humeroscapularis, Tennisellenbogen, Meniskusschaden, Muskelrheumatismus. **Gegenanzeigen:** Bei Windpocken, Impfreaktionen, Pilz- und bakteriellen Hautinfektionen, spezifischen Hautprozessen (z. B. Tbc, Lues) im Anwendungsbereich ist Mobilat nicht angezeigt. Dies gilt auch für die Anwendung auf großen Hautflächen über einen längeren Zeitraum in der Schwangerschaft, bei Säuglingen und Kleinkindern, sowie bei Patienten mit vorgeschädigter Niere. Mobilat Gel soll nicht auf den Schleimhäuten, den Augen, offenen Wunden oder ekzematös gereizter Haut in Berührung kommen. **Packungsgrößen, Preise** (inkl MwSt.): Mobilat Salbe 50 g DM 11,10 – 100 g DM 19,25 und Klinikpackungen. Mobilat Gel 50 g DM 11,10 – 100 g DM 19,25 und Klinikpackungen.

LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

Die Fragestellungen aus dem Bereich der speziellen Chirurgie betreffen

a) Untersuchungen am Magen,

b) intestinale Ischämie und Ileus,

c) akute, hämorrhagische Pankreatitis,

d) akute Galle und

e) Hydronephrose.

Eine wichtige Konsequenz des Konzepts der kleinen Arbeitsgruppe, bestehend aus Theoretikern und Klinikern, ist die Beseitigung der sogenannten Habilitationsforschung, d. h. des Delegierens eines klinischen Chirurgen für ein Jahr in die Theoretische Abteilung. Die Verweildauer der klinischen wie theoretischen Chirurgen in der kleinen Arbeitsgruppe beträgt im Marburger Experiment ca. sieben bis zehn Jahre.

Neben den klassischen theoretischen Gebieten Biochemie oder Physiologie konzentrieren wir uns in Marburg auf Statistik und Informatik, Klinische Chemie, Klinische Pharmakologie und Versuchstierkunde. Besonders wichtig ist der Versuch, neue Aufgaben für das Fach Theoretische Chirurgie zu finden, z. B. in der Mitarbeit bei der chirurgischen Entscheidungsfindung für die Diagnose, Indikation, Verfahrenswahl, Prognose, bei klinischen Studien (Planung, Durchführung, Auswertung), Übernahme von Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung in die Chirurgie, sowie als Katalysator für die Förderung des Informationsflusses zwischen den verschiedenen Teilgebieten. Einer der Anlässe hierzu ist das Bewußtsein für essentielle Kommunikationsstörungen in der deutschen Chirurgie. Die Praktikabilität des Modells, die Möglichkeit, bei der Lösung oder Verminderung von Problemen der Klinik mitzuarbeiten, ermutigen zu einer Weiterführung.

Zusammenarbeit in der Chirurgischen Forschung zwischen München und Cambridge 1967 bis 1982

Professor Dr. R. Y. Calne, Cambridge/England

Es ist mir ein großes Vergnügen, Anerkennung für die vielen hervorragenden Beiträge Brendels zum Fach Experimentelle Chirurgie zu zollen. Die Zusammenarbeit zwischen München und Cambridge konzentrierte sich bisher hauptsächlich auf die Organtransplantation. Erste Begegnungen und Erörterungen einer Kooperation ergaben sich 1967 kurz nach der ersten Herztransplantation. In dieser Zeit stellte das Institut in München Antilymphozytenglobulin her für Untersuchungen seiner immunsuppressiven Wirkung bei Organverpflanzungen. Die Einführung in die Klinik erfolgte wenig später durch Pichlmayr. Es schlossen sich wichtige Arbeiten von Hammer, Land und Chaussy an über Allo- und Xenotransplantation zwischen Hund und Fuchs, oder Hund und Wolf. Ich hatte selbst Gelegenheit, eine interessante Zeit in München zu verbringen mit Lebertransplantationen zwischen Wolf und Hund.

In diesen Jahren begannen regelmäßige Kontakte zwischen der Klinik in Cambridge und dem Institut in München, meistens im Rahmen der von Brendel ins Leben gerufenen, internationalen Skisymposien über „Angewandte Immunologie". Dort wurde wissenschaftlicher Austausch auf höchstem Niveau gepflegt. Persönlich verdanke ich den Mitgliedern des Münchner Instituts nicht nur eine permanente Fortbildung in Immunologie sondern auch das Skifahren erlernt zu haben.

Die Methode der extrakorporalen Nierensteinzertrümmerung ist ein Meilenstein in der nicht-operativen Behandlung renaler Konkremente. Sie demonstriert besonders exemplarisch den Nutzen der chirurgischen Forschung für die klinische Praxis. Die Methode reifte zur klinischen Anwendung in den seinerzeit im Bunker untergebrachten Institutsräumen, wo sie durch die Bewahrung vor Operationsrisiken und Schmerzen inzwischen für viele Patienten zum Segen gedieh. Die Infrarotkoagulation, eine weitere technische Entwicklung, die ich selbst besonders dankbar in der Klinik bei Leberverpflanzungen verwende, wurde nach ihrer Einführung durch Nath ebenfalls im Münchner Institut zur klinischen Einsatzfähigkeit gebracht. Dieses Verfahren ist von großem Vorzug zur Stillung diffuser Blutungen in schwierig zugänglichen Bereichen. Es ist offenkundig, daß die Etablierung und das Wachstum der chirurgischen Forschung im Nachkriegsdeutschland von kleinen Anfängen hin zu international anerkannten Leistungen von Brendel in großem Umfang getragen worden ist und weiterhin wird.

Die Lebertransplantation vom Experiment zur Klinik

Professor Dr. R. Pichlmayr, Hannover

Die experimentelle Erarbeitung der Lebertransplantation begann Ende der fünfziger Jahre besonders in Boston und Denver USA. Fragen der Technik, der Hämodynamik und der Organkonservierung standen damals im Mittelpunkt und wurden experimentell so weit bearbeitet, daß 1963 der erste Versuch einer Lebertransplantation beim Menschen berechtigt erschien (Starzl). 1967 konnte, ebenfalls durch Starzl, ein erster klinischer Langzeiterfolg erreicht werden. Seither sind etwa 500 bis 600 Lebertransplantationen beim Menschen durchgeführt worden, der größte Teil davon in den Zentren Denver – Pittsburgh USA (Starzl) mit 230, Cambridge England (Calne) mit 125 und Hannover (Pichlmayr) mit 70 (jeweils bis 1982).

Eine wichtige Frage folgender Perioden experimenteller Forschung zur Lebertransplantation galt der immunologischen Reaktion. Hierzu gehören auch frühe Arbeiten im Institut für Experimentelle Chirurgie in München, gemeinsam mit dem Experimentellen Institut der Universität Lyon (Mikaeloff, Pichlmayr). Bei Hunden konnte die letal verlaufende Abstoßungsreaktion durch die Gabe von Antilymphozytenserum hinausgeschoben, aber nicht verhindert werden. Die heftige Abstoßungsreaktion wurde auch bei Primaten beobachtet (Myburgh). Überraschenderweise stellte jedoch Garnier bereits 1965 in Paris fest, daß ein längeres Überleben nach Lebertransplantation beim Schwein ohne Immunsuppression möglich ist. Diese Beobachtung wurde von Calne intensiv weiter verfolgt und prägte lange Zeit die experimentelle Forschung auf diesem Sektor. Das langfristige Überleben bei dieser Tierspezies ohne Immunsuppression ermöglichte besondere funktionelle Studien. Allerdings wurde die in diesen Experimenten gefundene „immunologische Privilegierung" der Leber auf die klini-

Tremor

sche Situation übertrieben optimistisch übertragen, wodurch die Bedeutung der Abstoßungsreaktion für die klinische Lebertransplantation zunächst unterschätzt wurde. Die Besonderheit der Lebertransplantation beim Schwein ist bis heute nicht geklärt. Es steht jedoch fest, daß dieser Effekt spezies-spezifisch ist. Obwohl beim Menschen keine hyperakute Abstoßungsreaktionen vorkommen und akute, irreversible Abstoßungen im Vergleich zur Nierentransplantation seltener sind, ist die Abstoßung auch bei der Lebertransplantation ein Hauptproblem. Das bedeutet, daß tierexperimentelle Untersuchungen zur Immunologie der Lebertransplantation nach wie vor von großer Bedeutung sind. Die klinische Situation der Lebertransplantation ist stets außerordentlich komplex; zahlreiche Störungsmöglichkeiten können sich überlappen und dadurch die Analyse einzelner Reaktionen erschweren. Immunologische Reaktionen werden somit häufig gar nicht oder erst spät erkannt – oder auch fehldiagnostiziert. Zur exakten Erarbeitung immunologisch wichtiger Grundlagen eignet sich somit nur der Tierversuch mit seinen klar definierten Bedingungen. Besondere Bedeutung haben Studien in genetisch definierten Kleintiermodellen und bei Primaten in der präklinischen Phase. So konnte z. B. im Fall der Lebertransplantation gemeinsam mit dem Primatenzentrum TNO in Rijswijk (Holland) die Bedeutung der Bluttransfusion vor Organübertragung bei nicht immunsupprimierten Tieren geklärt werden. Wichtig erscheint heute auch die weitere experimentelle Analyse der Kompatibilität im DR-Locus sowie der Langzeiteffekte von Cyclosporin A.

Die klinische Lebertransplantation ist durch Einführung von Cyclosporin A in eine neue Phase getreten. Die Ergebnisse scheinen dadurch deutlich verbessert zu werden – wiederum ein Hinweis für die Bedeutung der Abstoßung bei diesem Organ. Es bleiben jedoch noch zahlreiche Fragen, z. B. Dosierung, therapeutische Breite, Kombinationsmöglichkeiten, Langzeiteffekte usw., zu klären. Das Experiment hat die Lebertransplantation in der Klinik ermöglicht. Die Steigerung ihrer Sicherheit und ihre Verfeinerung bedürfen der intensiven Verflechtung von Klinik und Forschung. Der Weg zwischen Experiment und Klinik ist kontinuierlich in *beiden* Richtungen zu gehen – ein Grundanliegen des Brendelschen Instituts.

Aufbau und Entwicklung des Münchener Transplantationszentrums

Professor Dr. W. Lend, München

1975/76 nahmen wir die Organtransplantation an der Chirurgischen Universitätsklinik in München wieder auf. Begonnen wurde sie bereits in den sechziger Jahren von Pichlmaier (Köln) in Zusammenarbeit mit Edel (Harlaching). Wesentliche Impulse zur Aufnahme der Transplantationsaktivität – damals wie jetzt – kamen aus dem Institut für Chirurgische Forschung. Dieser Beitrag wird diesen Aspekt nicht aus dem Auge verlieren, in welchem der Ausbau eines klinischen Transplantationszentrums dargestellt ist. Eine entscheidende Neuerung bei der Begründung des Zentrums in München 1976 war die Tatsache, daß eine solche Abteilung zum ersten Mal im Bereich der Universität in enger Zusammenarbeit mit nicht-universitären Einrichtungen, dem Kuratorium für Heimdialyse, Neu-Isenburg (Dr. h. c. K. Ketzler) und der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände (H. Sitzmann, E. Ziegler) erstand. Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus war an der Einrichtung ebenfalls beteiligt. An der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde eine Vertragsbasis zur Förderung der Nierentransplantation erarbeitet, die für viele Transplantationszentren in Deutschland richtungweisend geworden ist.

Das Kuratorium leistet finanzielle sowie organisatorische Hilfe für die Organbeschaffung, bei der Errichtung der Organisationszentrale und eines effektiven Transport- und Kommunikationssystems in Zusammenarbeit mit Eurotransplant. Es ist maßgeblich an der Schaffung neuer Personalstellen beteiligt, die der Universität zur Verfügung gestellt werden. Die Organisationszentrale hat zwei Verwaltungsangestellte, zwei MTAs und zehn studentische Hilfskräfte, die Telefondienst rund um die Uhr durchführen. Die Einheit hat dreizehn Betten; sie wird interdisziplinär von sieben Kollegen aus der Chirurgischen, Urologischen und I. Medizinischen Klinik des Klinikums

WANDER PHARMA GMBH · 8500 Nürnberg

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, postenzephelitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operetionen). Isolierte extrapyremidale 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 keimschädigende 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 habitueller Tremor: 10–20 mg
☐ Neuroleptika-Parkinsonoid: 20–30 mg
☐ Morbus Parkinson: 30–60 mg
(gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ⅓ reduziert werden).
Wechselwirkungen mit anderen Mitteln
Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressive 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, Oktober 1983

WANDER PHARMA

Tremarit®

selektiv
tremorwirksam

versorgt. Ein neuer Finanzierungsmodus wurde von dem Kuratorium, den Krankenkassenverbänden und der Universität erarbeitet. Die Krankenkassen erstatten einen Pauschalbetrag von DM 24 000,– pro Transplantation an das Kuratorium, womit die Organisationszentrale, Drittmittelstellen sowie das Typisierungslabor finanziert werden. Die organisatorischen Voraussetzungen haben als „Münchener Modell" die Beschaffung von Spenderorganen erheblich verbessert.

Nach Meldung eines potentiellen Organspenders von einem auswärtigen Krankenhaus sucht ein mobiles, neurologisches Ärzteteam mit der Städtischen Feuerwehr das Krankenhaus zur Hirntoddiagnostik auf. Bei Vorliegen der Diagnose und Einwilligung zur Organentnahme kommt ein Explantationsteam von zwei Chirurgen oder Urologen und einer MTA zur Organentnahme. In den letzten sechs Jahren ist es dadurch zu einer kontinuierlichen Zunahme von Explantationen gekommen. Ca. 70 Prozent aller Organentnahmen werden extern vorgenommen. 1982 konnten 140 Nieren zur Transplantation entnommen werden; dieses Ergebnis scheint in der Zukunft gehalten zu werden. Neben der Explantation stieg auch die Zahl von Transplantationen stetig an. 1976 wurden sieben Transplantationen pro Jahr durchgeführt, 1981 bereits 102, 1982 schon 125. Die Zunahme von Patienten auf der Warteliste eilt jedoch der Zunahme von Transplantationen voraus. Ende 1982 warteten über 150 Patienten auf ein Spenderorgan. Die Aufgabe der chirurgischen Forschung ist u. a. die Mitarbeit in der Verhütung der Transplantatabstoßung und von Infektionen. Zur Überwindung dieser Probleme werden stetig neue Medikamente und Methoden nach experimenteller Prüfung eingesetzt. Um schnell Sicherheit für die Wirksamkeit einer Therapie unter klinischen Bedingungen zu haben, müssen die neuen Methoden in kontrollierten, randomisierten, prospektiven klinischen Studien geprüft werden. Dazu eignen sich am besten multizentrische Studien. Die Beteiligung an solchen Studien setzt eine hohe Transplantationsfrequenz voraus. Als Beispiel sei die Erprobung von Cyclosporin-A als Immunsuppressivum erwähnt, woran unser Zentrum im Rahmen einer von Calne (Cambridge) geleiteten europäischen Studie mitarbeitet. Die ersten Erfahrungen zeigen, daß das Medikament die Ergebnisse drastisch verbessert. Durch Cyclosporin-A wurde die Transplantatüberlebenszeit im ersten Halbjahr auf 90 Prozent im Vergleich zu 55 Prozent früherer Kontrollgruppen verbessert. Die Überlebenszeit der Patienten konnte im ersten Jahr nach Transplantation auf über 95 Prozent angehoben werden.

Die Ergebnisse machen deutlich, daß die Nierentransplantation keine Alternative mehr zur Dialysebehandlung ist, sondern inzwischen die Behandlungsmethode der Wahl. Sie ist nicht nur besser, sondern auch billiger. Das Fernziel, die Induktion einer immunologischen Transplantattoleranz macht in Zukunft große Anstrengungen der klinischen Forschung im universitären Bereich erforderlich. Die bisherige Erfahrung zeigt jedoch, daß Ziele und Aufgaben des Zentrums wirkungsvoll durch die Kooperation von universitären und nicht-universitären Bereichen unterstützt werden.

Die Rolle der chirurgischen Forschung für die Transplantation

Professor Dr. Dr. C. Hammer, München

Alexis Carrel gelang es 1907 als erstem, eine Hundeniere zu transplantieren. Das Besondere war dabei die erste perfekte Gefäßnaht. Diese Entwicklung schuf drei neue Disziplinen:

– die Mikrochirurgie,

– die Gefäßchirurgie und

– die Transplantationschirurgie im heutigen Sinne.

Mit Beherrschung der Gefäßnaht gelang es der bis dahin technisch erfolglosen Transplantationsforschung, alle denkbaren parenchymatösen Organe zu transplantieren. Bereits damals kam Carrel jedoch zu der Erkenntnis: „Die Transplantation von Geweben und Organen zwischen zwei scheinbar gleichen Organismen ist nicht möglich. Die Ursache hierfür liegt jenseits der Grenzen der chirurgischen Meisterschaft." Bald übernahm die experimentelle Chirurgie eine führende Rolle in der Transplantationsforschung. Zunächst wurden die notwendigen physiologischen Grundlagen in Tierversuchen erarbeitet. Schöne folgerte als erster, daß die Organabstoßung immunologische Ursachen hat. Tierversuche von Lexer, Knochen und Gelenke zu transplantieren, schlugen – offensichtlich aus immunologischen Gründen – fehl. An eine Transplantation in der Klinik war nicht zu denken. Das Problem der Verbrennungen im zweiten Weltkrieg stimulierte Medawar, sich mit der bisher erfolglosen Hauttransplantation auseinanderzusetzen. Die ersten Ergebnisse waren zwar nicht besser, aber seine Beobachtungen über autologe Toleranz, allogene Abstoßung, hyperakute Zerstörung nach einem zweiten Transplantat usw. waren ein großer Fortschritt. Bald gelang es, Organe innerhalb speziell gezüchteter Inzuchtrassen zu transplantieren und die Organüberlebenszeit durch Immunsuppression zu verlängern. Es folgte die Erforschung der Histokompatibilität mit Einführung der Gewebetypisierung für die klinische Transplantation. Die Induktion der Transplantattoleranz wurde ein großes Ziel. Weitere Einblicke in die Abstoßungsreaktion ergaben sich aus der Differenzierung verschiedener Lymphozytenpopulationen. Zusammengenommen machten diese Erkenntnisse den langfristigen Organersatz möglich und regten zu Versuchen an, Organe von Tieren auf Menschen zu übertragen. Mit zunehmenden Einblicken stieg die Hoffnung, daß xenogene Transplantationen mit Verwendung evolutionär nah verwandter Arten als Spender zum temporären Organersatz geeignet sein könnten. Organe von Schimpansen können im Menschen prinzipiell lange überleben. Am Ende der ersten Phase, in der die Übertragung fast aller Organe technisch ausgereift war, traten spektakuläre Erfolge ein. Merrill transplantierte die erste Niere zwischen eineiigen Zwillingen und bald darauf auch im allogenen System. Die erste Leber wurde 1963 von Starzl, das erste Herz 1967 von Barnard transplantiert. Wichtige Wegmarken waren die Einführung von Cortison durch Baker, von Azathioprin durch Calne und von ALG durch Pichlmayr und Brendel in die Klinik. Brendel und Pichlmayr begannen 1966, die immunsuppressive Wirkung von Antilymphozytenserum, das bereits 60 Jahre zuvor von Metchnikoff beschrieben wurde, experimentell zu untersuchen.

Die erste Herztransplantation in Kapstadt von Barnard traf mit dem Erreichen der Klinikreife der ALG-Entwicklung zusammen und führte dadurch zum Anschluß des Instituts an die klinische Transplantation. Enge Kooperation und Anerkennung ließen dieses Gebiet rasch expandieren. Fast alle wichtigen Fragen, wie z. B. chirurgische Technik, Indikationsstellung, Histokompatibilität, Operationsmaterial, Organkonservierung, postoperative Kontrolle, Funktionsbeurteilung, immunsuppressive Therapie und nicht zuletzt die Überwachung der Abstoßung, werden seither in diesem Institut untersucht. Ein verdienter Erfolg war die Vergabe des Sonderforschungsbereichs „Restitution und Substitution innerer Organe" nach München mit Brendel als dessen Sprecher. Zwölf Jahre später ist in München eines der größten Transplantationszentren Deutschlands entstanden. Mißerfolge und unbefriedigende Organüberlebenszeiten zwingen jedoch ständig, die Ergebnisse weiter zu verbessern. Eine neue Phase bedeutete die Einführung von Cyclosporin A. Hierdurch wurde die Überlebenszeit transplantierter Nieren eindrucksvoll verlängert. Wichtige Fortschritte für die zuverlässige Erkennung von Abstoßungsreaktionen scheint die Feinnadelaspirationszytologie zu bringen. Das große Interesse daran zeigte ein internationaler Workshop in unserem Institut 1982.

Auch für die Zukunft ist die chirurgische Forschung, z. B. bei der Errichtung von Gewebe- und Organbanken, der Transplantation von ganzen Organsystemen wie Herz mit Lunge usw., von suspendierten Zellen bzw. Zellverbänden, oder bei der Implantation künstlicher Organe, unerläßlich. Die Mitarbeit der chirurgischen Forschung an der Erreichung dieser Ziele ist unbestritten.

Vom stereotaktischen Labor zur neurochirurgischen Forschung

Professor Dr. A. Baethmann, München

Wie andere chirurgische Forschungsbereiche hat auch die neurochirurgische Forschung in München eine historische Entwicklung mit Eigenleben. Im Rahmen des Instituts begann sie Anfang der sechziger Jahre als kleines Labor in den Kellerräumen der Chirurgischen Klinik. Die chirurgische Forschung anderer Bereiche erfolgte ebenfalls in diesem Stockwerk. Wie üblich, war die Ausrüstung sparsam aber zweckmäßig. Bei weitergehenden Bedürfnissen mußte man die Phantasie oder ein Nachbarlabor bemühen. Das Hirnödem schälte sich früh als großes wissenschaftliches Problem der neurochirurgischen Forschung heraus. Angeregt durch erste elektronenmikroskopische Ergebnisse, die diesen Prozeß als rein intrazelluläre Flüssigkeitsansammlung charakterisierten, wurden Versuche zur Entwicklung eines experimentellen Modells begonnen. Mit physiologischen Methoden konnte bald die pathologische Flüssigkeitsverteilung im Gehirn beschrieben werden. Die Ergebnisse verschafften Sicherheit über zugrunde liegende Mechanismen und brachten wichtige Anregungen für therapeutische Überlegungen.

Von Beginn an wurde enge Zusammenarbeit mit der Neurochirurgischen Klinik gepflegt — natürlich vorwiegend über die therapeutische Beeinflussung des Hirnödems. Für spezielle Untersuchungen über den Metabolitstatus des ödematösen Hirngewebes wurde eine besondere Technik in Zusammenarbeit mit der Fa. Linde entwickelt. Weiteren Aufschwung nahmen diese Untersuchungen mit der Förderung durch den Sonderforschungsbereich „Medizinische Molekularbiologie und Biochemie" unter der energischen Leitung von Bücher. Von unmittelbar klinischem Belang waren regionale Durchblutungsmessungen bei Patienten mit intermittierenden ischämischen Attacken oder anderen zerebralen Durchblutungsstörungen. Die Untersuchungsergebnisse führten zur Abgrenzung und Klärung der Indikationsstellung der damals sich etablierenden extra-intrakraniellen Anastomosierung zwischen einem Ast der Arteria tempor. superfic. und Arteria cereb. media. Eine eindrucksvolle Zahl von an diesen Projekten beteiligten Doktoranden und wissenschaftlichen Mitarbeitern bewähren sich inzwischen als Neurochirurgen.

Wie in anderen chirurgischen Forschungsbereichen versucht die neurochirurgische Forschung, Bindeglied zwischen theoretischen Grundlagenfächern und klinischer Praxis zu sein. Dies ergibt beträchtliche Unterschiede im methodischen Ansatz. Auf der einen Seite sind es Fragestellungen, z. B. über molekularbiologische Mechanismen der Zellvolumenregulation, um Hinweise für ein besseres therapeutisches Vorgehen zu erhalten, die ein klassisches Problem der Grundlagenforschung darstellen, auf der anderen Seite sind es klinische Studien bei Patienten mit unterschiedlichen neurochirurgischen Erkrankungen. Hier-

MAGNESIOCARD®

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Herzerkrankungen und Infarktgefährdung

Calcium-Antagonismus
Streßabschirmung
Lipidsenkung

Zusammensetzung
1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i.m. zu 5 ml enthalten:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,6 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (2,5 mmol)
1 Ampulle i.v. zu 10 ml enthält:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (3 mmol)
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (5 mmol)
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g

Indikationen
Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen.
Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenheltiger Kontrazeptive, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontreindiketionen
Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.
MAGNESIOCARD® Ampullen sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenie gravis.

Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Techykardie 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 13,45, 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 · 8132 TUTZING

zu gehören Arbeiten zur Identifizierung des Hirnödems im Computertomogramm, zur Rolle von chemischen Mediatorsubstanzen für die Entwicklung des sekundären Hirnschadens usw. Das Beispiel der neurochirurgischen Forschung macht die breite Basis der chirurgischen Forschung deutlich. Sie erfordert, in Bereiche der Grundlagenforschung vorzudringen, bleibt jedoch in der Lage, aktuelle klinische Probleme zu integrieren.

Wechselwirkungen zwischen Gastroenterologie und Immunologie

Professor Dr. J. Seifert, Kiel

Nicht nur in der Transplantationschirurgie und Tumordiagnostik spielt die Immunologie eine besondere Rolle, sondern zunehmend auch im Bereich der Gastroenterologie. Die Beobachtung, daß Makromoleküle die Darmwand unverändert passieren können, war ein wichtiger Grund, immunologische Vorgänge in Betracht zu ziehen. Bei Neugeborenen ist dies lange bekannt, bei Erwachsenen hielt man diesen Vorgang jedoch für unmöglich. Nach Trinken z. B. eines Liter Milchs können größere Mengen artfremden Proteins in biologisch aktiver Form persorbiert werden. Auf diesem Wege gelangt antigenes Material in großem Umfang in den Körper. Dies wirft die Frage nach Sensibilisierung und Unverträglichkeitsreaktionen auf. In der Regel wird die Persorption von Makromolekülen aus bisher unbekannten Gründen toleriert. Es ist jedoch bekannt, daß mehrmalige enterale Applikation eines Antigens lokal wie systemisch sensibilisiert. Weiterhin ist bekannt, daß die enterale Sensibilisierung enzymatische Verdauungsprozesse stimuliert, wodurch der Übertritt von weiteren Antigenen limitiert wird. Der Magen-Darm-Trakt ist immunologisch vorzüglich ausgestattet, z. B. finden sich Antikörper gegen Nahrungsantigene in der Darmschleimhaut. Durch Verfütterung von Hitzeinaktivierten Pseudomonas aeruginosa an Meerschweinchen wurde eine spezifische Sensibilisierung der Versuchstiere induziert, die zu einer Verbesserung des Infektionsschutzes führte. Auch für den Verdauungsprozeß ist die Rolle der immunologischen Sensibilisierung von Interesse. Enterale Resorptionsversuche zeigen, daß Tiere mit hohen Antikörpertitern weniger Antigen resorbieren als Tiere ohne Titer. Radiochromatographisch findet man während der Resorption bei sensibilisierten Tieren einen verstärkten Abbau des Antigens in Aminosäuren, Peptide usw. Für immunologisch-gastrointestinale Wechselwirkungen spielt das lymphatische System des Darms eine wichtige Rolle. Von größter Bedeutung sind als vorgeschobene Station die Peyer-Plaques. Die enterale Verabreichung eines Antigens führt bei sensibilisierten Tieren zur starken Zunahme von Lymphozyten in diesen Organen. Versuchstiere ohne Peyer-Plaques resorbieren nicht nur vermehrt enteral zugeführtes Antigen, sondern haben auch eine abgeschwächte immunologische Reaktion darauf. So produzieren sie z. B. weniger IgA. Diese Ergebnisse sprechen dafür, daß Peyer-Plaques den physiologischen Verdauungsvorgang mit beeinflussen und damit eine Antigenüberschwemmung verhindern. Für eine spezifische Interaktion spricht die Beobachtung, daß der Antikörperspiegel sensibilisierter Tiere durch Fütterung mit Antigen fällt. Vermutlich laufen dabei Antigen-Antikörperreaktionen in der Magen-Darm-Wand ab. Diese Reaktion geht wahrscheinlich mit Komplementverbrauch und lokaler Histaminfreisetzung einher. Darüber hinaus wird durch Antigen-Antikörperreaktionen auch die Hormonfreisetzung, wie z. B. Gastrin, stimuliert. Damit würden immunologische mit physiologischen Vorgängen der Verdauung verknüpft, wobei die Regelmechanismen noch weitgehend unbekannt sind.

Experimentelle Chirurgie, Konzeption und Wirklichkeit

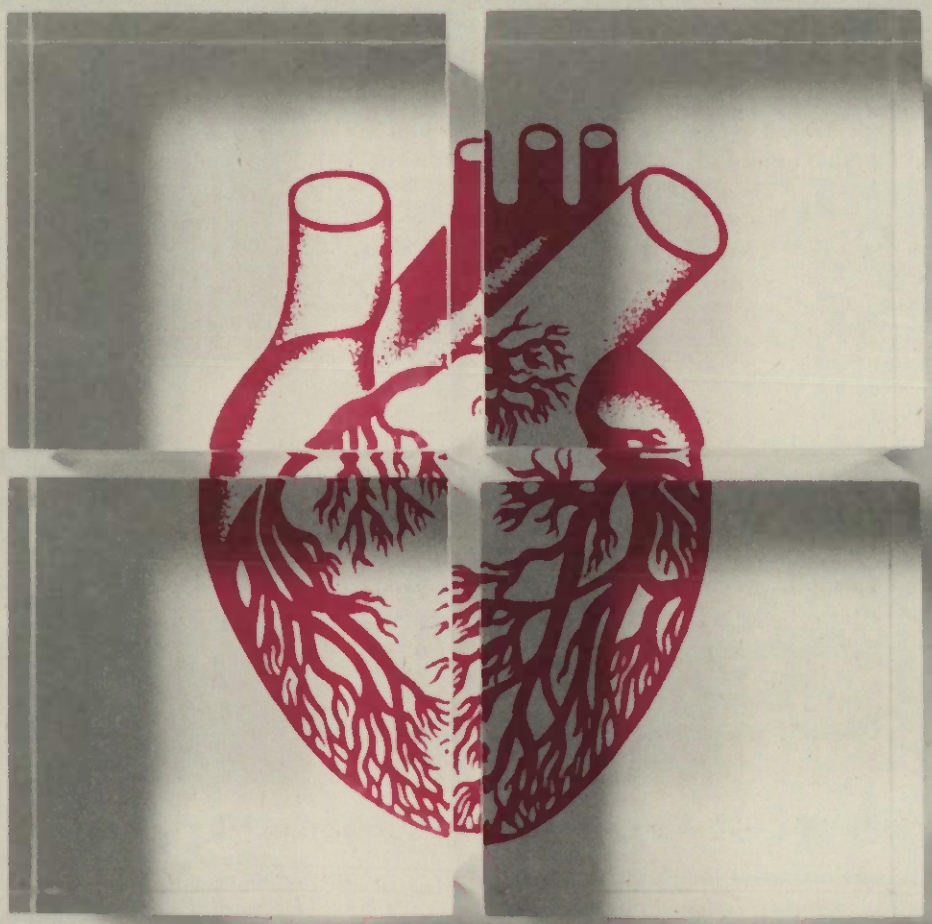
Professor Dr. Dr. h. c. W. Brendel, München

Die rege Teilnahme an diesem Symposion demonstriert mehr als alles andere, daß die Experimentelle Chirurgie in München kein Kellerdasein führt, sondern zu einem Schwerpunkt medizinischer Forschung geworden ist. Zusammen mit den anderen Referenten möchte ich die besondere Rolle Rudolf Zenkers dabei hervorheben. Einen guten Einblick für diese Entwicklung erlauben die frühen sechziger Jahre. Es war die Zeit der stürmischen Entwicklung unseres Faches, nicht nur in München, sondern an fast allen größeren chirurgischen Zentren. Die Chirurgie war seit einiger Zeit dabei bzw. setzte den Trend fort, in Einzeldisziplinen, wie Urologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Traumatologie usw., aufgegliedert zu werden. An der geradezu explosiven Ausweitung und Intensivierung chirurgischer Behandlungsmöglichkeiten nahm die chirurgische Forschung teil. Zu diesem Zeitpunkt war das Forschungs- und Therapieziel, der künstliche und natürliche Organersatz, besonders stimulierend, der wie keine andere Aufgabe die Kooperation zwischen Chirurgen mit Spezialisten aus verschiedenen Grundlagenfächern erforderlich machte. Für den Erfolg war nicht mehr allein das technische Geschick des Operateurs ausschlaggebend, sondern das Wissen und Können der kooperierenden Spezialisten. Der chirurgischen Forschung wuchs die Aufgabe zu, Möglichkeiten und Kenntnisse aus der Grundlagenforschung in die klinische Chirurgie zu integrieren. Früher wurden neue Aufgaben durch Kooperation mit den Grundlagenfächern zu lösen versucht. Dieser Weg ist durch die Entwicklung der Grundlagenfächer jedoch immer schwieriger geworden. Sauerbruch konnte Tierversuche über die Technik der Lungenchirurgie noch mit Unterstützung von Pharmakologen durchführen. Die Herzchirurgen arbeiteten eng mit Physiologen zusammen. Da jedoch die medizinische Grundlagenforschung in fast allen Bereichen mehr und mehr zur Analyse von Mikrovorgängen hinstrebt, ging die Verfügbarkeit des großen Tierexperiments, dessen Ergebnisse eher auf den Menschen übertragen werden konnten, immer mehr verloren. Dieser Vorgang wird zur Zeit durch die Immunologen nachvollzogen, die wesentliche Untersuchungen mit Zellkulturen oder kleinen, genetisch definierten Versuchstieren durchführen, wodurch eine direkte Übertragung auf das klinische Problem schwieriger geworden ist.

Es entstand ein Vakuum zwischen der klinischen und Grundlagenforschung. Die klinische Forschung benötigt Versuchsmodelle mit größeren Tieren, wenn eine neue Diagnose- oder Therapiemethode klinisch eingeführt werden soll. Da aus den Grundlagenfächern das Interesse an diesen Modellen mehr und

Signale des Herzens

Herzstiche	Belastungsdyspnoe
unregelmäßige Herztätigkeit	Schlafstörungen
Herzdruck	beginnende Herzinsuffizienz



Zuerst

Esbericard®

die „Vor-Digitalis-Therapie"

weil der Erfolg und die Verträglichkeit entscheiden*

*Kühle, A.: Ärztl. Prax. Januar '82

steigert
die Koronardurchblutung

erhöht
die Kontraktionskraft des Herzens

bessert
leichte Herz-Rhythmusstörungen

Indikationen: Minderleistung von Herz und Kreislauf, insbesondere im Alter. Leichte koronare Durchblutungsstörungen. Beginnende Herzinsuffizienz im Stadium I und II (NYHA). Stenokardien und leichte Herzrhythmusstörungen. Die kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist möglich. Auch bei längerem Gebrauch treten keine schädlichen Nebenwirkungen auf. Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. **Zusammensetzung:** Extr. Crataegi (Fol. c. Flor. Fruct. = 1:3) standard. Standard. 1 Dragee enthält: 60 mg Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flavane. 1 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flavane. 2 ml Injektionslösung enthalten: ca. 90 mg Extrakt, biologisch standardisiert.

Dosierung: 3 x täglich 2 Dragees bzw. 20 Tropfen Liquidum. Parenteral: täglich oder alle 2 – 3 Tage 2 – 4 ml i.v. oder i.m. injizieren. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** 100 Dragees (N3) DM 8.07. AP 1000 Dragees. 5 x 2 ml Ampullen DM 7.11. AP 100 x 2 ml Ampullen. 50 ml Liquidum DM 12.00. 100 ml Liquidum DM 20.83. AP 500 ml.

(Stand: August 1983)

Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)
Naturstoff-Forschung und -Therapie

Schaper & Brümmer · Salzgitter · Ringelheim

mehr schwindet, sind eigenständige Institutionen und Laboretorien erforderlich, um diese Lücke zu füllen. Neben der Allgemeinchirurgie sind die Transplentations- und Herzchirurgie, Urologie und Neurochirurgie die wichtigsten chirurgischen Disziplinen, für die das Tierexperiment von besonderer Bedeutung ist. Auf der anderen Seite benötigt die Orthopädie oder Plastische Chirurgie allenfalls punktuelle Unterstützung. Es ist nicht Überheblichkeit, wenn wir überzeugt sind, vielen chirurgischen Fachrichtungen Hilfestellung leisten zu können. Alle großen operativen Fächer haben gemeinsame Probleme, z. B. Kreislaufschock, Ischämie, Anoxietoleranz lebenswichtiger Organe und Mikrozirkulation. Weitere Aspekte sind Wundheilung, Transplantations- und Tumorimmunologie. Von allgemeiner Bedeutung sind der experimentell-wissenschaftliche Zugang zur Fragestellung, die statistische Bewertung von Ergebnissen, sowie die Identifizierung zukünftiger Probleme und ihre Verfolgung.

Die aus diesem Konzept hervorgehende Auffächerung und Spezialisierung unseres Bereiches ist aus den einzelnen Beiträgen unschwer zu erkennen. Diese, schon im alten Institut verfolgte Strategie verhinderte, daß nach Übernahme des größeren Instituts in Großhadern ein Vakuum entstand. Wir bieten den aus der Klinik kommenden Gästen eine Werkstatt en, in der fast jede wichtige klinische Fragestellung eigenständig und mit Aussicht auf Erfolg aufgegriffen werden kann. An dieser Stelle sei dafür allen verantwortlichen Vertretern von Fakultät, Universität und Kultusministerium herzlich gedankt. Die Konzeption und Einrichtung des Instituts in Großhadern ist Voraussetzung für viele Erfolge.

Ein Problem bleibt die Einordnung des Faches durch forschungsfördernde Institutionen, z. B. die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Wir gehören weder zur reinen Grundlagenforschung, deren Vertreter in Max-Planck-Gesellschaft und der Deutschen Forschungsgemeinschaft gewichtig vertreten sind, noch nehmen wir an der Krankenversorgung teil und können daher nicht den Vorrang der klinischen Leistung für uns beanspruchen. Nicht einmal zur Bewältigung des Studentenberges können wir beitragen, weil chirurgische Forschung nicht Bestandteil der auf die Praxis ausgerichteten Ausbildung ist. Obgleich wir immer bestrebt sind, das zum Teil erschreckende Defizit der angewandten Forschung in unserem Bereich abzubauen, fällt der theoretischen wie praktischen Medizin die Einordnung unseres Faches nach wie vor schwer. Wir meinen jedoch, daß eine große Universität eine Ausbildung in der Experimentellen Chirurgie anbieten sollte. Dies könnte als „post-graduate-training" für höhere Semester oder junge Assistenten durchgeführt werden. Chirurgische Kollegen, die eine akedemische Karriere anstreben, sollten mit Methoden der wissenschaftlich-experimentellen Chirurgie vertraut sein. Sie müssen eines Tages junge Mitarbeiter wissenschaftlich anleiten. Hinzu kommen Grundkenntnisse in der Versuchstierkunde und -methodik, nicht zuletzt in Anbetracht des öffentlichen Interesses am Tierschutz. Seit chirurgische Behandlung fachübergreifende Dimensionen angenommen hat, z. B. beim künstlichen oder biologischen Organersatz oder der Intensivmedizin, wird mehr als nur operative oder klinische Erfahrung gefordert. Die Einbeziehung wissenschaftlicher Aspekte ist mehr denn je vonnöten. Das Faszinierende an dem großen Fach Chirurgie ist, daß es wie keine andere Disziplin über seine ursprünglichen Grenzen, die des Operationssaales, hinausgewachsen ist. Solcher Chirurgie und ihren zukunftsträchtigen Aufgaben fühlen wir uns verpflichtet.

Referent:

Professor Dr. med. A. Baethmann, Institut für Chirurgische Forschung der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Kassenärztliche Zulassungsbeschränkungen in Bayern aufgehoben

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern, der sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigung Beyerns und drei Unparteiischen zusammensetzt, kam em 25. Januar 1984 einhellig zu der Überzeugung, daß die bisherige Sperre der Zulassung für Kinderheilkunde, Dermatologie und Nervenheilkunde unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit aufgehoben werden kann.

Sorge wegen Überbesetzung

Zugleich bringt der Landesausschuß seine große Sorge über die laufende Zunahme der Zahl der Kassenärzte und die schon jetzt in manchen Gebieten Bayerns beobachtete Überbesetzung zum Ausdruck. Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkessen in Bayern, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die unparteiischen Mitglieder des Landesausschusses sind der Auffassung, daß der Gesetzgeber Maßnahmen ergreifen muß, welche eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung der Versicherten durch eine entsprechende Verteilung des Nachwuchses en Kessenärzten bewirken. Die Sperrung überbesetzter Gebiete dürfte dazu ein Instrument sein, euf das nicht verzichtet werden kenn.

Die Bayerische Staatsregierung wird gebeten, im Bundesrat in diesem Sinne tätig zu werden.

Zur sogenannten Chelattherapie

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

„Wie sicher und wirksam ist die sogenannte Chelattherapie bei der Behandlung atheroskierotischer Gefäßerkrankungen?"

Aufgrund der zum Teil öffentlichen und sachlich irreführenden Werbung für die Chelattherapie sehen sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekemmer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veranlaßt, zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Sie beziehen sich hierbei euf die nachstehende, von dem *Ausschuß für die Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen der American Medical Association* veröffentlichte Beurteilung der Sicherheit und Wirksamkeit der Chelattherapie [1], die auch die Stellungnahmen des US Gesundheitsministeriums (Department of Health and Human Service[2]) und einer Reihe medizinischer Fachgesellschaften zu dieser Frage enthält.

„Es bestand Übereinstimmung bei allen befragten Sachverständigen, deß die Chelattherapie mit Ethylendiamintetraessigsäure (EDTA) oder ihrem Natriumsalz keine anerkannte Behandlung atherosklerotischer Gefäßerkrenkungen darstellt. Die ursprüngliche These, daß wiederholte intravenöse Infusionen der chelierenden Substanz, Dinatrium-EDTA, bei Patienten mit Angina pectoris infolge koronarer Herzerkrankung von Nutzen sei, konnte in keiner gut geplanten kontrollierten klinischen Studie belegt werden. Obwohl aufgrund einiger unkontrollierter Studien Besserungen behauptet wurden, zeigten andere keinen substantiellen Effekt dieser Behandlung. Es gibt keine Fakten, die für eine wesentliche Beeinflussung atherosklerotischer Plaques sprechen. Darüber hinaus ist zweifelhaft, ob die Anwendung von EDTA, besonders bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung, unbedenklich ist.

Die Bindung des Plasmakalziums verringert die Spiegel ionisierten Kalziums und kann hierdurch Tetanie, Arrhythmien, Krampfanfälle und Atemstillstand hervorrufen. EDTA kann auch Nekrose der Nierentubuli und Nierenversagen, bleibende Nierenschäden, eine Knochenmarksdepression sowie eine verlängerte Prothrombinzeit verursachen.

Die Mehrzahl der Sachverständigen glaubt, daß die Chelattherapie eine nicht ekzeptable und in ihrem Wert fragliche Behandlung der atherosklerotischen Gefäßerkrankung darstellt. Nach Auffassung etwa der Hälfte der Befregten befindet sie sich noch im Versuchsstadium und sollte in einer kontrollierten wohlgeplanten Studie überprüft werden.

1981 veröffentlichte das *US-Department of Health and Human Services* einen Bericht über ‚EDTA Chelation Therapy for Atherosclerosis'. In diesem wird festgestellt, daß es keine anerkannte Grundlage für ihre Wirksamkeit gibt, und daß ihre Sicherheit fraglich ist. The Medical Letter analysierte 1982 die über zwanzig Jahre gesammelten Erfahrungen und kam zu dem Schluß, daß ‚keine akzeptablen Nachweise darüber vorliegen, daß die Chelattherapie mit EDTA in der Behandlung der Atherosklerose wirksam ist, und daß die unerwünschten Wirkungen der Substanz letal sein können'. Die *American Heart Association* hat ebenfalls die Daten geprüft und keinen wissenschaftlich gesicherten Anhalt dafür gefunden, der die Behauptung eines Nutzens bei Patienten mit Atherosklerose stützt. Diese Auffassung wird auch von dem *American College of Physicians* und der *American Society for Clinical Pharmecology and Therapeutics* geteilt. Zusammengefaßt besteht allgemeine Übereinstimmung darüber, daß die Chelattherapie nicht als akzeptierte Behandlung der koronaren oder enderer atherosklerotischer Erkrankungen engesehen werden kann."

Für den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer: H. P. *Wolff*

Für die Arzneimittelkommision der deutschen Ärzteschaft: F. *Scheler*

---

1) JAMA **250** (1983) 672

2) HRST Assessment Report Series, 1981, Vol. 1, Nr. 18

Traumeel®

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enth.: Arnica ø 1,5 g; Calendula ø, Hamamelis ø ana 0,45 g; Echinacea angustifolia ø, Echinacea purpurea ø, Chamomilla ø ana 0,15 g; Symphytum ø, Bellis perennis ø ana 0,1 g; Hypericum ø, Millefolium ø ana 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemanni D1 0,04 g; Heper sulfuris D1 0,025 g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die befallenen 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.

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

Heel Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

Der suizidale Patient

70. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Spann, München:

Rechtsmedizinische und juristische Gesichtspunkte

Weder für den Arzt noch für den Juristen lassen sich ethische Überlegungen sowohl für die Beurteilung der Gesamtproblematik als auch für den Einzelfall ausklammern. Bemerkenswert ist, daß Kriege und politische Krisen die Selbstmordhäufigkeit senken. Überall auf der Welt zeigen die Frauen eine weitaus geringere Rate als die Männer.

Der Selbstmord ist in der Bundesrepublik Deutschland keine mit Strafe bedrohte Handlung. Somit sind auch der Versuch und die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Ein Selbstmordversuch, der nicht zum Tode führt, hat für den Überlebenden keine rechtlichen Konsequenzen. Anders im kanonischen Recht. Auch heute noch wird in der Regel bei Vorliegen eines Selbstmordes das kirchliche Begräbnis verweigert. Es sei denn, es liegt ein entsprechendes ärztliches Zeugnis vor.

Aus juristischer Perspektive hier einige Hinweise für das ärztliche Handeln in praxi. Ein zu einem noch lebenden Suizidenten gerufener Arzt hat zunächst zu prüfen, ob der Patient noch willensfähig ist oder nicht. Ist er noch willensfähig und lehnt jede mögliche ärztliche Hilfe ab, so hat sich der Arzt an diese Ablehnung zu halten und ärztliche Maßnahmen zu unterlassen. Dies auch dann, wenn durch das Unterlassen der Todeseintritt zu befürchten ist. Handelt er anders – durchaus in bester Absicht – aber gegen den Willen des Patienten, so begeht er unter Umständen eine Körperverletzung im strafrechtlichen Sinne, für die er gegebenenfalls einzustehen hätte. Ist der Patient jedoch nicht mehr willensfähig, z.B. bewußtlos, so muß der Arzt handeln, selbst dann, wenn z.B. eine schriftliche Anordnung des Suizidenten über ein Unterbleiben ärztlicher Maßnahmen besteht. Auch im Falle des Vorliegens eines sogenannten Patienten-Testamentes verbleibt dem Arzt keine andere Wahl. Dieser in der Rechtssprechung entwickelten Auffassung ist auch aus ärztlicher Sicht zuzustimmen.

Zur Begründung dieser Auffassung sind die Ergebnisse von katamnestischen Untersuchungen geeignet. Eingehende Befragungen von 100 Personen, die einen Suizidversuch überlebt hatten, ergaben, daß 57 Prozent rückblickend froh gewesen sind, überlebt zu haben, 24 Prozent waren froh mit Einschränkung und nur 19 Prozent waren nicht froh. Will men nicht in Kauf nehmen, daß auch alle diejenigen sterben, die nach der Rettung für die weitere Zukunft eine positive Einstellung zum Leben gewinnen, so verbleibt nur die Lösung, bei allen Suizidversuchen, bei denen die Selbstentscheidungsfreiheit des Patienten nicht mehr gegeben ist, ärztliche Maßnahmen mit dem Ziele der Lebenserhaltung einzuleiten. Hat ein zunächst noch willensfähiger Suizident seine Einwilligung zu ärztlichem Handeln untersagt und dadurch seine Chance zur vollen Wiederherstellung verringert, so darf diese Chancenverminderung unter Umständen mit einer reduzierten Überlebensqualität nicht dem Arzt angelastet werden, der pflichtgemäß nach Schwinden des Bewußtseins gehandelt und dadurch ein Überleben, allerdings mit Funktionsausfällen, erreicht hat. Auch zivilrechtlich ist ein auf diese Weise entstandener Schaden vom Patienten nicht einklagbar, weil der Schadenseintritt weder auf eine Vertragsverletzung noch auf eine unerlaubte Handlung zurückgeführt werden kann.

Handelt es sich bei dem Suizidenten, der nach Einleitung des Suizids noch bei Bewußtsein ist, um einen Minderjährigen, so muß der Arzt euch gegen dessen Willen tätig werden, wenn die Eltern dies wünschen, weil die Einwilligung der Eltern die Weigerung des Minderjährigen ausräumt. Die gesetzliche Vorschrift über das Handeln durch Unterlassen in Garantenstellung verbietet es den Eltern, bei gegebener Möglichkeit untätig zu bleiben. Somit ist die Frage nach dem ärztlichen Verhalten bei fehlender Einwilligung der Eltern obsolet. Stellt sich bei einem Minderjährigen die Frage einer Situation, in der die Eltern nicht erreichbar sind, so hat der Arzt davon auszugehen, daß die Eltern in die Rettung einwilligen würden, wenn sie anwesend wären.

Dr. R. Welz, Mannheim:

Epidemiologie und gesellschaftliche Einflüsse auf die Suizidhäufigkeit

In der Bundesrepublik Deutschland liegt die Suizidrate seit mehreren Jahren stabil bei einem Wert zwischen 20 und 22 je 100 000 Einwohner. Selbstmorde sind häufiger bei Männern und in höheren Altersgruppen. Wenn die Selbstmordrate relativ stabil ist, nimmt die Zahl der Selbstmordversuche erheblich zu und ist um ein Vielfaches höher als die der Selbstmordrate. Gegenüber den vollendeten Selbstmorden weist die Entwicklung der Selbstmordversuche drei wesentliche Unterscheidungsmerkmale und Erkenntnisse auf:

1. Die Selbstmordversuchsrate befindet sich in einer kontinuierlich ansteigenden Tendenz. Mit Ausnahme der über 65jährigen Männer und Frauen sind alle Altersgruppen von diesem Anstieg betroffen. Insgesamt hat sich die Selbstmordversuchsrate von 78 je 100 000 im Jahr 1966 auf 160 je 100 000 Einwohner mehr als verdoppelt.

2. Während Selbstmorde häufiger von Männern als von Frauen durchgeführt werden, überwiegen bei den Selbstmordversuchen die Frauen. Einem Anteil von 66,4 Prozent Selbstmordversuchen bei den Frauen stehen 33,6 Prozent bei den Männern gegenüber. Das Überwiegen der Frauen bei den Selbstmordversuchen gilt für alle Altersgruppen einschließlich Kinder und Jugendliche.

3. Auch bei der Beziehung zwischen Lebensalter und Selbstmordhandlung zeigt sich bei den Suizidversuchen ein umgekehrtes Bild: Suizidversuche sind am häufigsten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen; weibliche Jugendliche weisen eine Selbstmordziffer von 6,2 je 100 000 Einwohner auf, ihre Selbstmordversuchsrate liegt bei 465 je 100 000 Einwohner. Das Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch in der Altersgruppe der 15- bis 19jährigen Mädchen beträgt 1 : 75.

Vielfach handelt es sich bei Selbstmordversuchen um sogenannte parasuizidale Handlungen, hinter denen der Wunsch nach „Ruhe" im Vordergrund steht und der ein Hilfeschrei an die Umwelt darstellt. Ausgeprägter ist der Wunsch zu sterben bei Selbstmordversuchen, die das

Tryptoferm

pro inject. Reg. Nr. T 702

Bei schweren akuten und chronischen Entzündungszuständen verschiedener Genese.
Das parenterale Enzympräparat mit der großen therapeutischen Wirkungsbreite und der guten Verträglichkeit.
Antiphlogistische und virostatische Wirksamkeit.

Zusammensetzung:
Inhalt einer Trockenampulle: Pancreatin 2,0 mg entspricht Protease 0,7 FIP-U, Lipase 15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

Indikationen:
Alle schweren Entzündungszustände, Herpes zoster, Viruserkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, arteriosklerotische Durchblutungsstörungen, als Adjuvans in der Rekonvaleszenz und der Geriatrie. Bei Erkrankungen der Atemwege kann Tryptoferm auch durch Aerosol-Inhalation verabfolgt werden.

Kontraindikationen:
Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind auch bei langfristiger Verabreichung nicht bekannt.

Handelsformen:
O. P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.) DM 22,73
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest) DM 64,48
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest) DM 275,65

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 0 83 82 / 53 06

Ergebnis von Kurzschlußhandlungen in schweren Lebenskrisen sind. Fast immer schwer und mit hoher letaler Gefährdung sind Selbstmordversuche bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen, wie der endogenen Depression. Am Ende der Skala – mit dem eindeutigen Wunsch zu sterben – steht der sogenannte Bilanzselbstmord; er ist das Ergebnis einer rationelen Erwägung und Bilanz.

Mehrere Untersuchungen zeigen, daß Selbstmordhandlungen häufig die Folge von lebensverändernden Ereignissen und situativen Belastungen darstellen. Es läßt sich sagen, daß Personen mit Suizidversuch durchgängig mehr unangenehme Lebensereignisse erfahren als normale Kontrollgruppen. Daß euch das soziale Milieu und Merkmale der Lebensumwelt, in denen Individuen leben, Einfluß auf die Manifestation psychischer Erkrankungen haben, konnte nachgewiesen werden. Untersuchungen in Großbritannien und USA haben gezeigt, daß unmittelbar nach einem Zeitungsbericht über einen Selbstmord in den ersten vier Wochen nach der Veröffentlichung und dem Bekanntwerden dieses Selbstmordes die Selbstmordrate anstieg. Sie stieg dabei um so stärker an, je mehr Publizität ein bestimmter Selbstmord erhalten hatte und je bekannter der Selbstmörder der Öffentlichkeit war. Am höchsten war der Anstieg der Selbstmordrate nach dem Tode der Filmschauspielerin Marylin Monroe.

Professor G. Nissen, Würzburg:

Suizidhandlungen bei Kindern und Jugendlichen

Immer wieder wird die Öffentlichkeit durch Zeitungen und Magazine informiert, daß die Zahlen der Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen steil ansteigen. Vergleichende Untersuchungen mit Zehlen eus der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts widerlegen jedoch diese Behauptungen eindeutig. Diese konstante Suizidrate läßt mehrere Deutungen zu. Sie weist in erster Linie indirekt euf biologische Faktoren hin, die sich euch in der ebenso konstanten Jungenwendigkeit der Suizide von 3:1 im Vergleich zu den Mädchen eusdrücken. Aber diese kontinuierliche Disposition trifft wohl nur für einen harten Kern, nicht für die gesamte Gruppe zu. Besonders bei Kindern, aber auch bei Jugendlichen ist die Entscheidung darüber, ob es sich um einen ernsthaften oder demonstrativen Suizidversuch gehandelt hat, oft schwieriger als bei Erwachsenen zu treffen, da sie z. B. eus Unkenntnis der tödlichen Dosis das Risiko nicht einzuschätzen vermögen. Viele Selbstmordhandlungen gleichen dem „russischen Roulette", bei dem in der Trommel des Revolvers nur ein Schuß scharfer Munition steckt. Solche Suizidspiele mit Gottesurteilcharakter finden sich nicht selten bei Jugendlichen.

Von psychologischer, aber auch von kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Seite wurde in den letzten Jahrzehnten besonders auf familiäre und soziologische Ursachenfaktoren hingewiesen. Immer wieder sind bestimmte prädisponierende Faktoren festzustellen: Kinder mit langen Heimaufenthalten; Eltern, die ihre Kinder anhaltend vernachlässigen; Mütter, die ihre Kinder „symbiotisch" festhalten und ihnen den Weg zur eige-

nen Identität verstellen; schwache oder hyperaggressive Väter. Die Familien suizidaler Kinder und Jugendlicher sind oft unvollständig. Vater oder Mutter sind verstorben, oder die Eltern geschieden. Bei einem Anteil von 20 bis 30 Prozent lassen sich Verwahrlosungssymptome feststellen. Bei suizidalen Kindern und Jugendlichen ist das häufigste und härteste Familienmerkmal des Vorkommen von Suizidhandlungen und -drohungen in der Familie. Hierbei dürften keine genetischen Faktoren ausschlaggebend sein, sondern die familiäre Tradition, die Tetseche, daß Suizidversuche oder Suizide als Möglichkeit zur Lösung einer Krise überhaupt diskutiert und praktiziert werden. Die Suizidanlässe sind oft von großer Banalität: ein Tadel der Eltern, eine mißglückte Klassenarbeit oder ein verbotener Ausgang stehen im Hinblick zur Selbstmordhandlung in einer grotesken Disproportion. Viele schwere Suizidversuche und Suizide von Kindern und Jugendlichen könnten verhindert werden, wenn das alters- und entwicklungsabhängige präsuizidale Syndrom und ihre „suizidale Persönlichkeit" besser bekennt wären. Kinder und Jugendliche, die Selbstmordhandlungen begangen haben, sollten regelmäßig psychiatrisch untersucht werden, auch dann, wenn bereits eine psychotherapeutische Behandlung erfolgte oder eingeleitet werden soll.

Professor Dr. Forth, München:

Zur Toxikologie von Schlafmitteln

Es scheint ein unausweichlicher Tribut an den Standard der Medizinalversorgung zu sein, daß die Verfügbarkeit wirksamer Medikamente mit deren Mißbrauch bezahlt werden muß. Nach Auskunft von Moeschlin sind 40 bis 50 Prozent der in der Schweiz behandelten Suizide auf Schlafmittel zurückzuführen. Dabei scheinen die Barbiturate und ähnliche Verbindungen langsam, aber sicher, durch Benzodiazepine ersetzt zu werden.

Bei den Schlafmitteln unterscheidet man narkotisch wirksame von nichtnarkotisch wirksamen Mitteln. Bei den letzteren bleiben die Stell- und Haltereflexe erhalten; es handelt sich zumeist um sogenannte Tranquillantien vom Benzodiazepintyp. Als narkotisch wirksame Stoffe sind die Barbitursäurederivate (Diureide), die Harnstoffderivate (Monoureide), die Piperindion- und Chinazolonderivate sowie Chloralhydrate und Paraldehyd zu nennen. Es leuchtet ein, daß unter dem Aspekt der Behandlung einer Vergiftung die narkotisch wirksamen Präparate die gefährlichsten sind.

Barbitursäure ist ein Kondensationsprodukt eus Harnstoff und Malonsäure. Barbitursäure und ihre Derivate sind schwache Säuren, deren Lipidlöslichkeit mit dem Dissoziationsgrad variert. Durch Substitution ist es gelungen, lipophile Verbindungen zu synthetisieren, die therapeutisch unterschiedlich genutzt werden konnten. So hat die Substitution mit einem Aromaten zu Phenobarbital geführt, dessen Lipidlöslichkeit dreimal höher ist als die von Barbital. Die Folge ist ein rascherer Narkoseeintritt, eine höhere Plasmaproteinbindung und ein höherer Metabolisierungsgrad, der wiederum verantwortlich dafür ist, daß die Halbwertszeit und damit die Wirkungsdauer verkürzt ist. Beim chronischen Barbitursäureabusus stellen sich Abhängigkeitszeichen ein. Beim plötzlichen Entzug wird körperliche Unruhe, Übererregbarkeit, Angst und Schwächegefühl beobachtet. Es kann zu Krämpfen und toxischen Psychosen kommen, die dem Delirium tremens gleichen. Entsprechend den Erfahrungen beim Alkohol läßt sich dieser Zustand em besten durch vorsichtige Zufuhr von Barbituraten unterbrechen. Bei der akuten Vergiftung ist zu berücksichtigen, daß die Barbituratnarkose — dosisabhängig — in Kome und Tod übergehen kann. Eine besondere Bedeutung für die Behandlung kommt der raschen Analytik zu, da die Behandlung unterschiedlich ist, je nachdem, ob es sich um ein lang wirksames, nur langsam ausgeschiedenes Präparat handelt oder um ein kürzer wirksames. Wichtig für die Überlebenschance sind auch die Begleitumstände: oft ist die Hypoxie und Hyperthermie in der Narkose gefährlicher als die eigentliche Barbituratvergiftung. Bei der Behandlung ist sicherzustellen, daß der Vergiftete ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Bei Hypothermie hat sich nicht die rasche, sondern die langsame Erwärmung in einem warmen Raum bewährt, denn rasche Erwärmung kann zum Schock führen. Durch forcierte Diurese, aber auch Peritonealdialyse und Hämodielyse wird der Körper beschieunigt entgiftet. Hämoperfusion über Aktivkohle ist eine eingreifende Technik und wird in der Regel auf sehr schwere Fälle beschränkt, z. B. bei Anurie oder bei zu erwartenden zerebralen Schäden.

Die Diperindionderivate haben strukturchemische Beziehungen zur Barbitursäure. Ihre Einführung war eher eine vordergründige Differenzierung der Verbindungen als sogenannte Nicht-Barbiturate, denn ein therapeutischer Fortschritt. Sie entsprechen der Wirkung nach mittellang wirksamen Barbituraten und haben auch alle Nachteile dieser Verbindungen. Thalidomid gehört in diese Gruppe. Die Prinzipien der Therapie bei Vergiftungen sind die gleichen wie diejengen bei Barbitursäurevergiftungen.

Metaqualon ist ein Chinazolonderivat. Es wird zumeist in Mischpräparaten eingenommen. Es hat keine Vorteile gegenüber den Barbitursäuren. Auch durch Metaqualon wird eine Abhängigkeit erzeugt. Polyneuritische Symptome sind bei chronischer Anwendung bekanntgeworden. Da Metaqualon in hohem Maße Protein-gebunden wird, hat bei der Entgiftung die Hämoperfusion gegenüber der Dialyse den Vorzug.

Monoureide sind Brom-substituierte Harnstoffderivate, von denen nur eine Aminosäure mit einer Carbonsäure substituiert Ist. Diese Stoffe sind bis auf Cabromal eus der „Roten Liste" verschwunden. Sie wurden ihrer schwachen hypnotischen Wirkung wegen ais nicht besonders gefährlich betrachtet. Jedoch hat sich bei der Intoxikation eine besondere Komplizierung durch die Schocklunge ergeben. Die Letalität dieses Vergiftungstyps war besonders hoch.

So lange Schlaf- und Beruhigungsmittel in unserem Arzneischatz enthalten sein werden, wird die Gefahr der mißbräuchlichen Anwendung nicht zu bannen sein. Wenn die Tendenz des Gebrauchs der Benzodiazepine anstelle der bisher bevorzugten Schlefmittel vom Barbitursäuretyp und den erwähnten verwandten Verbindungen weiter anhält, werden wir uns mit der Toxizität dieser Stoffkiasse zu beschäftigen haben. Gegenwärtig beunruhigt uns die weit verbreitete chronische Anwendung der Benzodiazepine, die in nicht seltenen Fällen Anlaß zu Mißbrauch und Ausbildung einer Abhängigkeit geben.

Professor Dr. W. Poeldinger, St. Gallen:

Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprophylaxe

Es ist ein großer Fortschritt, daß nicht nur darüber diskutiert wird, ob eine Suizidprophylaxe überhaupt sinnvoll ist, sondern über deren Möglichkeiten und Grenzen. Dabei unterscheiden wir drei Formen der Prophylaxe.

Unter tertiärer Prävention von Suizidhandlung verstehen wir elle Möglichkeiten, die die Wiederholung einer Suizidhendlung nach einem Suizidversuch verhindern sollen. Dazu gehört in erster Linie, deß jeder Mensch nach einem Suizidversuch von einem Psychiater oder einem Arzt mit Erfahrung im Umgang mit Suizidalen gesehen werden soll, welcher dann darüber zu entscheiden hat, ob es sich um eine Kurzschlußhandlung gehandelt hat, welche keiner weiteren Betreuung bedarf, oder aber um eine Erkrankung, welche entweder ambulante oder stetionäre Weiterbetreuung erfordert. Der Nachteil dieses Verfehrens ist der mehrfache Wechsel der Bezugspersonen. Bei der embulanten Betreuung ist es schon wesentlich einfacher – und hier ist besonders und als Vorteil das Heidelberger-Modell herauszustreichen. Bei diesem Modell wird so vorgegangen, daß jene Person, die auf der Notfallstetion dabei ist, wenn der Petient aus der Ohnmacht erwacht und mit ihm die ersten Worte spricht, nachdem dieser erkennt het, deß er weiter lebt, die Weiterbetreuung übernimmt.

Unter sekundärer Prävention verstehen wir alle Maßnahmen, welche beim Auftreten von Suizidalität verhindern sollen, daß es auch zu einem Suizidversuch kommt. Hier ist besonders zu erwähnen, daß etwa 80 Prozent aller Suizidalen ihre Absicht vorher enkündigen. Es handelt sich dabei um die Aufklärung eines alten Irrtums, der schon sehr vielen Menschen das Leben gekostet hat, und der immer noch, auch von manchen Ärzten geglaubt wird, nämlich: daß Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, nicht davon sprechen und solche, die davon sprechen, sich nicht wirklich das Leben nehmen wollen. Hier ist auch wichtig, daran zu erinnern, daß der Arzt oft die letzte Bezugsperson eines suizidalen Menschen ist. Verschiedene Untersuchungen haben uns gezeigt, daß Suizidale in den letzten Monaten, ja sogar Wochen vor einem Suizid oder Suizidversuch einen Arzt aufgesucht haben. Eine ganz besondere Bedeutung der sekundären Suizidprohylaxe kommt euch den verschiedenen Telefonnotrufen zu. Es ist dabei aber entscheidend, daß diese Dienste rund um die Uhr funktionieren und entsprechende personelle und technische Vorkehrungen getroffen sind, um mehr als einen Anruf gleichzeitig beantworten zu können. Vorurteile mancher Ärzte gegenüber diesen Diensten sollten schleunigst abgebaut werden, da deren Effektivität eußer Zweifel steht.

Unter primärer Prävention verstehen wir alle Maßnahmen, die einer suizidalen Entwicklung entgegenwirken, d. h., dafür sorgen, daß ein antisuizidales Klime entsteht. Leider sind wir davon heute weit entfernt. Betrachtet man die öffentlichen Diskussionen und die Massenmedien und auch so manche Fast-Diskussion, so hat man derzeit eher den Eindruck, daß ein suizidales Klima besteht. Denn die überwiegende Zahl der Selbstmorde entsteht aus einem suizidalen Klima, der Bilanzsuizid ist eine Seltenheit.

Referent:
Dr. med. E. Weber, Behnhofstraße 21, 8581 Creußen

Unkonventionelle Heilmethoden

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin am 24./25. März 1984

Zum 73. Male lädt das Collegium Medicum Augustanum zum Fortbildungskongreß nach Augsburg ein. Kongreßort am 24./25. März 1984 wird – wie immer in den letzten Jahren – die Kongreßhalle sein, in deren Foyer Sie eine umfangreiche Ausstellung der pharmazeutischen Industrie und Medizintechnik erwartet.

Mit dem Thema des 73. Kongresses „Unkonventionelle Heilmethoden" greifen wir ein brisantes Thema auf.

Die Arbeitsgemeinschaft der Akademie für ärztliche Fortbildung in der Bundesrepublik Deutschland berichtet durch ihren Vorsitzenden Dr. Kerger: „daß auch die ‚Naturheilkunde' in die Fortbildung mit einbezogen werden solle. Dies entspreche der Anregung vieler Kollegen. Einmal werden sogenannte ‚Außenseitermethoden' von immer mehr Kollegen praktiziert, weil sie in der ständig zunehmenden Zahl von Heilpraktikern eine Konkurrenz sehen. Auch die Diskussion in den öffentlichen Medien löse eine gewisse Abneigung gegen die offizielle Medizin aus." Dr. Kerger meint, „daß die Fortbildung sich diesen Wünschen nach der Darstellung anerkannter Methoden in der Naturheilkunde, die allerdings mit großer Kritik geschehen müsse, nicht verschließen dürfe, zumal die Naturheilkunde ja ein eigenes Gebiet sei und in der Weiterbildungsordnung als ein Bereich ausgewiesen werde".

Obwohl der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung das Thema noch nicht offiziell aufgegriffen hat, wird sich der Augsburger Kongreß intensiv, allerdings mit der notwendigen Kritik, dem Problem widmen. Unsere Patienten sind es ja, die uns täglich in der Sprechstunde oder in der Klinik nach dem Sinn und Wert unkonventioneller Heilmethoden fragen und durch die ständigen Verlautbarungen in Rundfunk, Zeitung und Fernsehen zu Zweifeln an der „Schulmedizin" angehalten werden.

Leider war es nicht möglich, gerade diejenigen Vertreter von Heilmethoden als Referenten nach Augsburg zu bekommen, die in großen Illustrierten sensationelle Erfolge angekündigt haben. Sie haben gekniffen. Um so mehr Respekt haben wir vor den Kolleginnen und Kollegen, die sich Ende März in Augsburg für ein Referat bereit erklärt oder zur Diskussion zur Verfügung gestellt haben.

Die Iscadorbehandlung ist nicht brendneu, aber die Diskussion um Erfolg oder Mißerfolg, besonders euch in der Karzinombehandlung, hält an. Dr. J. Hoffmann, Arlesheim, wohl einer der besten Kenner dieser Methode, eröffnet den Kongreß.

Decoder-Dermographie in der Praxis ist das Thema von Dr. H. Pflaum, Schweinfurt. Durch diese Methode sollen Funktionsstörungen ohne klinisch greifbaren Befund erfaßt werden. Sie dient als interessante Objektivierungsmethode zur automatischen Kontrolle von Therapieverläufen.

Die Möglichkeiten der Ohrakupunktur werden von Dr. H. Samiert, Hamburg, dargestellt. Die Zahl der deutschen Ärzte, die sich in China selbst die Grundbegriffe angeeignet oder dort weitergebildet haben, ist inzwischen sehr groß. Die Anwendung in freier Praxis hat ein enormes Ausmaß angenommen. Eine kritische Stellungnahme tut not.

Zusammenfassend wird Frau Professor Dr. I. Oepen, Marburg, arztrechtliche Argumente zur Anwendung unkonventioneller Heilmethoden in ihrer überzeugenden Art vorbringen.

Ein breiter Raum ist wieder der allgemeinen Diskussion, einschließlich der Podiumsdiskussion gewidmet und damit die Möglichkeit gegeben, an Ort und Stelle mit den Experten strittige Fragen zu besprechen.

Der Sonntagvormittag beschäftigt sich mit der zytoplasmatischen Therapie und der Serum-Desensibilisierung in der Praxis. Hier werden Professor Dr. K. E. Theurer und Dr. K. G. Theurer, Stuttgart, referieren.

Die Homöopathie in der Praxis fehlt selbstverständlich nicht. Wir freuen uns, einen Experten, nämlich Dr. A. Braun, Unterhaching, dazu begrüßen zu dürfen.

Die orale Strophanthintherapie, gerade in der letzten Zeit wieder als prophylaktische Maßnahme und als Therapie bei der koronaren Herzkrankheit propagiert, wird von Dr. J. Kreutzer, Bad Iburg, vorgetragen.

Das „Schulreferat" über Digitalis- und Nitrattherapie hält Professor Dr. B. Strauer, München, ein besonders kompetenter Kenner dieser Behandlungsmethoden. Auch für dieses Thema ist wieder eine ausreichende Diskussion vorgesehen.

Am Samstagnachmittag findet traditionsgemäß das „Sportmedizinische Seminar" unter Leitung von Dr. P. Konopka, Augsburg, statt, mit dem übergeordneten Thema: „Krebsproblem und Sport". Nach dem Referat von Dr. P. Konopka über „Moderne Aspekte der Krebsentstehung, Ätiologie, Pathogenese und Pathologie" berichtet Dr. G. Schlimok, Augsburg, über „Grundprinzipien und Grenzen der modernen Krebstherapie". Neben dem heutigen Stand der Hyperthermie in der Krebsbehandlung sowie der Sauerstoffmehrschritt-Therapie werden der Einfluß sportlicher Ausdauerbelastung auf das biologische Abwehrsystem des Menschen (Professor Dr. K. Jung, Mainz) und die biologische Kombination von Hyperthermie, Sauerstofftherapie und Immunstimulation mit Dr. van Aaken, Waldniel, das interessante Programm abrunden.

Neben den Hauptvorträgern hält Dr. H. Ringler, Bad Oeynhausen, in bewährter Form ein Balint-Seminar am Samstagvormittag und bei Bedarf auch am Samstagnachmittag. Hierzu ist Voranmeldung erbeten.

Das Collegium Medicum Augustanum würde sich freuen, wenn Sie von diesem nicht alltäglichen Fortbildungsangebot, das ja von besonderer Aktuelität ist, Gebrauch machen würden.

Im Rahmenprogramm wird Professor Dr. A. Schretzenmayr, Aystetten, dafür sorgen, daß der kulturhistorische Bezug unseres Kongresses nicht verlorengeht. Am Freitagabend sind alle Teilnehmer zum Dia-Vortrag über „Kelten, Römer, Alemannen – Väter einer Stadt" in den Mozartsaal der Kongreßhalle eingeladen. Eine kunsthistorische Exkursion unter der Leitung von Professor Schretzenmayr nach Dillingen, Lauingen und Faimingen am Samstagnachmittag ergänzt das Rahmenprogramm.

Selbstverständlich begleitet wie immer den Kongreß ein Laborseminar der Fa. Boehringer Mannheim.

Auf Wiedersehen im März in Augsburg

Ihr

Dr. K. Hellmann, Vorsitzender

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen
Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Professor Dr. F.-C. Loch

Leitsymptom: Bluthochdruck

Der Notfall: Hypertensive Krise

bearbeitet von Professor Dr. K. Loßnitzer und Professor Dr. R. Scharf, Sulzbach/Saar

Definition:

Plötzliche, erhebliche systolische und diastolische Steigerung des Blutdrucks aus normaler oder bereits erhöhter Ausgangslage mit Funktionsbeeinträchtigung bzw. Gefahr akuter oder chronischer, rasch progredienter Schädigungen von Augen, Hirn, Herz und Nieren. Die Definition der Hochdruckkrise ist nicht an bestimmte Blutdruckgrenzen gebunden, sondern wird von der klinischen Symptomatik geprägt.

Symptomatik:

Zumeist liegen die Blutdruckwerte über 240/140 mm Hg; doch können z. B. bei Kindern mit akuter Glomerulonephritis oder bei Frauen mit Schwangerschaftsgestosen, deren Blutdruck vorher relativ niedrig war, schon plötzliche Blutdrucksteigerungen auf Werte von z. B. 150/120 mm Hg einen hypertensiven Notfall auslösen. Die klinische Symptomatik wird durch die Unmittelbarkeit des Blutdruckanstiegs über den individuellen Ausgangswert und wesentlich von kardiovaskulären Begleitkrankheiten bestimmt.

Die gefährlichste Organkomplikation ist die hypertensive Encephalopathie mit den Symptomen occipitaler Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Sehstörungen, motorische Unruhe, Sensibilitätsstörungen, tonisch-klonische Krämpfe, Lähmungen und Bewußtseinstrübung bis zur Bewußtlosigkeit. Weiterhin stehen kardiale Symptome wie Herzjagen, Arrhythmien, Angina pectoris, Atemnot bis hin zum Lungenödem im Vordergrund.

Anamnese:

Es ist zu erfragen, ob Bluthochdruck bekannt ist und mit welchen Medikamenten er behandelt wird. Ist in letzter Zeit das Medikament Catapresan abgesetzt worden (Rebound-Phänomen)? Sind früher schon hypertensive Krisen vorgekommen und wie sind sie behandelt worden? Ist ein Phäochromozytom bekannt (spez. Therapie mit Regitin)? Werden MAO-Hemmer (z. B. Jatrosom) eingenommen? Ist evtl. unter dieser Therapie viel Käse gegessen und/oder Rotwein getrunken worden (erhöhte Zufuhr biogener Amine bedingt Auslösung der sog. Käsekrankheit)?

Sofortdiagnostik:

Wiederholte Blutdruckmessungen, orientierende neurologische Untersuchung und Augenhintergrundbeurteilung (Fundusblutung, Papillenödem), evtl. EKG.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Am liegenden Patienten unter laufender Blutdruckkontrolle

a) ½ Amp. Hypertonalum (150 mg Diazoxid) innerhalb von 10 bis 20 Sek. i.v.; evtl. bei nicht befriedigendem antihypertensiven Effekt nach ca. 5 Min. noch ½ Amp. langsamer nachinjizieren

b) oder 1 bis 2 Amp. Ebrantil (50 bis 100 mg Urapidil) innerhalb von 3 bis 5 Min. i.v.

c) oder ½ bis 1 Amp. Nepresol (12,5 bis 25 mg Dihydralazin) innerhalb von 3 bis 5 Min. i.v.

d) oder 1 bis 2 Amp. Isoptin (5 bis 10 mg Verapamil) innerhalb von 3 bis 5 Min. i.v. (Cave: Kranker Sinusknoten und AV-Überleitungsstörung im EKG!).

Kein Catapresan injizieren, da nach i.v.-Injektion anfänglich noch mit einer weiteren Blutdruckerhöhung gerechnet werden muß!

Evtl. können zusätzlich zu einer der oben genannten Maßnahmen noch 1 bis 2 Amp. Lasix (20 bis 40 mg Furosemid) i.v. verabreicht werden.

Speziell kann bei bekanntem Phäochromozytom ½ bis 1 Amp. Regitin (5 bis 10 mg Phentolamin) langsam i.v. injiziert werden.

Indikation für die sofortige Klinikeinweisung:

Mit Ausnahme von Patienten mit bekannten hypertensiven Krisen (zumeist Dialysepatienten), bei denen die Wirksamkeit von bestimmten antihypertensiven Maßnahmen genau bekannt ist, stellt die hypertensive Krise eine Indikation zur sofortigen Klinikeinweisung dar.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Nur bei starker motorischer Unruhe Sedativa injizieren. Diese sind möglichst zu vermeiden, da sonst die cerebrale Symptomatik bei einer späteren Beurteilung verwischt ist. Bei starken pectanginösen Beschwerden Nitrospray oder -kapseln, bei Lungenödem ebenfalls Nitro, Diuretika und Digitalisierung.

Aufzeichnung der Menge und Art der verabreichten Medikamente sowie des Zeitpunktes der Verabreichung.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die hypertensive Krise ist eindeutig definiert, es bedarf hierfür keiner differentialdiagnostischen Erwägungen. Ätiologisch kommen die maligne Hypertonie, das Phäochromozytom und die Schwangerschaftsgestose sowie alle übrigen Hochdruckursachen (z.B. die essentielle Hypertonie, die Glomerulonephritis, die chronische Pyelonephritis und renovaskuläre Hypertonie) in Frage. Es ist auch an Kreislaufregulationsstörungen bei cerebralen Insulten, Vergiftungen (Blei, Thallium), die akute Porphyrie, die sog. Käsekrankheit und z.B. das abrupte Absetzen der Dauertherapie mit Catapresan zu denken.

23. Bayerische Internistentagung in München

Für die Fortbildungsveranstaltung im Münchener Sheraton-Hotel, bei der ausschließlich Referenten eus dem Klinikum München-Großhadern zu Wort kamen, hatte Professor Dr. E. Wetzels (Rosenheim) u.a. aktuelle Themen aus Kardiologie, Gastroenterologie und Onkologie ausgewählt.

In seinem Vortrag **„Myokarditis — eine verkennte Diagnose?"** vertrat Professor Dr. H. D. Bolte den Stendpunkt, daß diese Erkrankung in der Vergangenheit häufig fehldiagnostiziert wurde, besonders wenn es darum ging, nicht näher geklärte elektrokardiographische Veränderungen oder Symptome zu interpretieren. Heute scheint das Umgekehrte der Fall zu sein: Die Diagnose „Myokarditis" wird zu selten gestellt. Man muß davon ausgehen, daß in etwa fünf Prozent aller sogenannten Virusinfekte mit einer begleitenden Herzerkrankung gerechnet werden muß.

Am Beispiel der Virusmyokarditis wurde gezeigt, daß sich diese als klinische Diagnose nicht aus einem einzelnen Merkmal stellen läßt, sondern daß sie als Syndrom aufzufassen ist, d. h. als eine Koinzidenz mehrerer Merkmalsgruppen, nämlich Allgemeinsymptome, kardiale Funktionsstörungen, serologische Befunde und myokardbioptische Untersuchungsergebnisse. Zu den Allgemeinsymptomen gehören die bei Virusinfektionen, beispielsweise bei einer Coxsackieinfektion, typischen Erscheinungen wie Nesen-Rachen-infekt, Lymphknotenvergrößerung, Myalgie, Fieber und Hypotonie.

Patienten, bei denen ein Verdacht auf eine Myokarditis gerechtfertigt ist, weisen els zweite Merkmalsgruppe kardiale Funktionsstörungen auf, vor allem Anzeichen einer Myokardinsuffizienz sowie Herzrhythmusstörungen, die sich zum Teil in bedrohlichen Symptomen, etwa in einer Synkope, äußern können. Bolte fand bei seinen Patienten in allen Fällen Störungen der Erregungsbildung sowie in einem hohen Prozentsatz eine Sinustachykardie bzw. ventrikuläre Extrasystolen. Das diagnostische Konzept einer Virusmyokerditis oder einer reversiblen Myokarditis wird noch dadurch erhärtet, wenn sich retrospektiv zeigt, daß sich eine vergrößerte Herzkonfiguration im weiteren Verlauf zur Norm zurückbildet.

Als dritte wichtige Merkmalsgruppe wurde das Befundmuster der Myokardbiopsie hervorgehoben: Man findet bei einer Myokerditis, gleich welcher Ätiologie, eine deutliche Infiltretion mit Lymphozyten, außerdem sind Nekrosen von Herzmuskelzellen nachweisbar. Im späteren Krankheitsverlauf entwickelt sich eine fokalbedingte interstitielle Fibrose. In diesem Zusammenhang wurde betont, daß eine Virusanzüchtung im entsprechenden Kulturmedium nur in einem Zeitraum von etwa zehn Tagen nach Beginn der Infektion zu erwarten ist.

Als vierte Merkmalsgruppe können serologische Befunde herangezogen werden. Mit Hilfe des sogenannten ELISA-Tests (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) ist es heute möglich, IgM-Antikörper gegen Viren im Serum nachzuweisen, die wegen der Spezifität einen hohen diagnostischen Aussagewert besitzen. Auch Neutralisationsteste sind von diagnostischer Bedeutung, sofern eine Titerbewegung um zwei Titerstufen nachgewiesen werden kann.

Zu den notwendigen differentialdiagnostischen Überlegungen gehört die Abgrenzung der Myokarditis gegenüber der koronaren Herzerkrankung sowie gegenüber restriktiven Kardiomyopathien, z. B. bei einer generalisierten Amyloidose oder bei Perikarderkrankungen. Nicht selten ist eine Papillarmuskeldysfunktion oder ein Mitralklappenprolapssyndrom das einzige Zeichen einer abgelaufenen Myokarditis.

Abschließend beantwortete Bolte die in seinem Vortragstitel gestellte Frage dahingehend, daß eine Myokarditis fehldiagnostiziert werden kann, wenn man nur ein einzelnes Symptom oder eine einzelne Merkmalsgruppe zur Diagnosefindung heranzieht, und er zog dareus die Schlußfolgerung: „Myokarditis ist eine alte diagnostische Bezeichnung mit neuem Inhalt."

Die Prophylaxe und Therepie streßbedingter gastroduodenaler Blutungen war das Thema von Professor Dr. D. Engelhardt. Als pathogenetische Fektoren für die hierbei auftretenden akuten fokalen Nekrosen werden eine allgemeine Organminderperfusion bzw. eine auf die Magenschleimhaut beschränkte Minderdurchblutung diskutiert. Eine wesentliche Rolle kommt in vielen Fällen einer deutlich gesteigerten Salzsäuresekretion des Magens zu. So findet man insbesondere bei Patienten nach neurochirurgischen Eingriffen sowie bei Kranken mit Sepsis oder zerebralem Koma nicht selten eine derart gesteigerte Salzsäuresekretion, wie sie sonst nur beim Zollinger-Ellison-Syndrom enzutreffen ist.

Die Empfehlungen von Engelhardt zur Behandlung von akuten Blutungen aus dem oberen Gastrointestinaltrakt liefen darauf hinaus, bei einer arteriellen Blutung und eventuell auch bei einer Sickerblutung eine endoskopische oder — bei Erfolglosigkeit — eine operative Blutstillung als erste Maßnahme durchzuführen. Bei einem sichtbaren Gefäßstumpf bzw. bei einem haftenden Koagel im Bereich einer Läsion kann man entweder abwarten oder mit einer endoskopischen Maßnahme versuchen, ein Blutungsrezidiv zu verhüten. Bei einer endoskopisch gesicherten Läsion ohne Hinweis auf eine kürzlich aufgetretene Blutung ist eine primär medikamentöse Therapie als Verfahren der ersten Wahl empfehlenswert. Weiterhin sollten die erwähnten Blutungsarten bei andauernder Blutung oder auch bei erfolgreicher Blutstillung zusätzlich medikamentös behandelt werden, wobei eine Kombinationstherapie mit Cimetidin (1200 mg/24 Std. i. v.) + Pirenzepin (30 mg/24 Std. i. v.) + ein Aluminium-Magnesium-Hydroxid-Gemisch sinnvoll ist, um so eine Anhebung des Magensaft-pH über einen Wert von 3,0 zu erreichen. Wenn es unter einer solchen Dreifachtherapie nach wenigen Tagen wieder zu einer nachweisbaren Blutung kommt (eine massive oder arterielle Blutung muß endoskopisch ausgeschlossen werden), so können Sekretin (0,5 E/kg/Std. über 48 Std. i. v.) oder Somatostatin (250 µg/Std. über 48 Std. i. v.) zusätzlich eingesetzt werden. Ob eine zusätzliche lokele Fibrinolyse-

hemmung mit Tranexamsäure therapeutischen Gewinn bringt, ist derzeit noch nicht geklärt.

Da bei kritisch kranken Intensiv-Patienten – in Abhängigkeit von der Schwere der Grunderkrankung – mit einer Blutungsrate von 10 bis 50 Prozent gerechnet werden muß, sind prophylaktische Maßnahmen von besonderer Bedeutung. Die Ergebnisse von vier prospektiv-randomisierten Studien und seine eigenen Erfahrungen faßte Engelhardt dahingehend zusammen, daß Magnesium-Aluminium-Hydroxid zur Prophylaxe von akuten Streßblutungen geeignet ist, sofern durch regelmäßige Gabe des Antazidums der Magensaft-pH über 3,0 angehoben wird; Voraussetzung hierbei ist eine Magensonde und eine regelmäßige pH-Messung.

Cimetidin in Verbindung mit Pirenzepin, wahrscheinlich auch Cimetidin allein, sind ebenfalls effektiv. Bei etwa 20 Prozent der Patienten mit Polytrauma, zerebralem Koma oder Sepsis läßt sich jedoch mit einer solchen Kombination der Magensaft-pH nicht enheben, das Blutungsrisiko ist dann besonders hoch. In solchen Fällen sind regelmäßige pH-Messungen notwendig, erforderlichenfalls muß auf ein Magnesium-Aluminium-Hydroxid-Präparat umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, daß in drei der vier Studien der Haemoccult-Test zum Teil oder ausschließlich zum Nachweis von Blut im Magensaft verwendet wurde. Dies ist deshalb bedeutsam, da nach in vitro-Untersuchungen die Sensitivität des Haemoccult-Tests zum Nachweis von Blut im Magensaft durch Cimetidin signifikant erhöht wird und da der pH des Magensafts ebenfalls die Sensitivität dieses Tests beeinflußt.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über Fortschritte in der praktischen Onkologie kam Privatdozent Dr. R. Hartenstein zu Wort, der zur **Schmerztherepie bei Tumorpatienten** Stellung nahm und auf die Notwendigkeit hinwies, zwischen dem Rezeptorschmerz und dem Schmerz durch Schädigung neuraler Bahnen zu unterscheiden. Im ersten Fall erfolgt die Schmerzaufnahme in speziellen Schmerzrezeptoren, die sich in den Nervenendigungen der meisten Organe einschließlich Haut, Sehnen und Periost befinden. Diese Nozizeptoren werden durch körpereigene Substanzen (z. B. Bradykinin, Serotonin, Histemin, Prostaglandine), die bei Gewebsschädigungen freigesetzt werden, direkt erregt oder sensibilisiert. Neben den durch Erregung von Nozizeptoren entstehenden Rezeptorschmerzen gibt es auch solche, die durch Schädigung peripherer und zentraler Bahnen hervorgerufen werden. Hierbei werden afferente Nervenfasern, deren Funktion in einer Weiterleitung von Schmerzimpulsen besteht, irritiert und beginnen, selbst Impulse zu bilden. Ein Beispiel hierfür ist die Irritation der Spinalwurzel bei Wirbelkörperkompression durch Tumorinfiltration.

Vor Beginn einer Schmerztherapie muß abgeklärt werden, ob die Schmerzen durch den Tumor verursacht oder ob sie krankheitsbedingt, jedoch Tumor-unabhängig sind, oder

Wenn Sie Ihre Fortbildung für 1984 planen:

Der Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in

Gredo

findet statt

vom 3. bis 15. Juni

ob sie eine Therapiefolge (z. B. nach Zytostatikaapplikation) darstellen. Erst dann läßt sich entscheiden, ob eine kausale Schmerzbehandlung in Form chirurgischer, strahlentherapeutischer oder endokriner Maßnahmen möglich ist, oder ob eine symptomatische Behandlung in Form einer systemischen Pharmakotherapie oder alternative Maßnahmen (z. B. Nervenblockade, peridurale Opiatanalgesie, transkutane elektrische Nervenstimulation, Psychotherapie) gewählt werden müssen.

Bei der systemischen medikamentösen Schmerzbehandlung, so betonte Hartenstein, ist die Differenzierung von Rezeptorschmerz gegenüber Nervenschmerz wichtig. Die Erfahrung zeigt, daß der Rezeptorschmerz besonders gut auf einfache antiphlogistische Analgetika, wie Aspirin oder Benuron, reagiert; auch Novalgin, das in der Bundesrepublik Deutschland bei fieberhaften Zuständen nicht mehr eingesetzt werden soll, stellt bei der Bekämpfung von Krebsschmerzen nach wie vor eine unverzichtbare Alternative dar. Erst in zweiter Linie sollten beim Rezeptorschmerz zentral wirksame Analgetika vom Typ des Fortral oder Temgesic oder Morphine eingesetzt werden. Die analgetische Wirkung von Kortikoiden kenn ebenfells durch eine Hemmung der Biosynthese elgogener Substanzen – in diesem Fall der Arachidonsäure – erklärt werden. Neuroleptika (Fluanxol, Haldol, Neurocil u. a.) und Antidepressiva (Anafranil, Aponal, Saroten u. a.) sind zur Schmerzlinderung, weniger zur Schmerzbeseitigung geeignet. Sie wirken selbst analgetisch, Analgetika-potenzierend und Analgetikasparend. In vielen Fällen erweist es sich sinnvoll, Kombinationen von Rezeptor-wirksamen und zentral wirkenden Analgetika bzw. Psychopharmaka zur Verstärkung der Analgesie einzusetzen.

Die Besonderheit der Karzinomschmerzen infolge einer Nervenläsion besteht darin, daß sie durch peripher wirkende Analgetika nur unzureichend beeinflußt werden können. Hier sind die erwähnten zentral wirkenden Analgetika, also Opiate und Opioide, angezeigt, beide Substanzgruppen entfalten ihre analgetische Wirkung über Opiatrezeptoren, sowohl durch Aktivierung des Hemmsystems vom Hirnstamm aus als auch durch direkten hemmenden Angriff auf Rückenmarksneurone. Auch bei den Schmerzen durch Schädigung neuraler Bahnen ist eine Kombination von zentral wirkenden Analgetika mit Psychopharmaka möglich, sie wirkt zumeist synergistisch und dient der Einsparung von Opiaten und Opioiden.

Abschließend wies Hartenstein auf das heute allgemein akzeptierte Behandlungsprinzip hin, wonach Patienten durchgehend schmerzfrei im Sinne einer Schmerzprophylaxe gehalten werden sollten. Der meist chronische Schmerzcharakter bei Tumorerkrankungen bringt es mit sich, daß Schmerzmittel nicht nur „bei Bedarf" verordnet werden sollen, sondern – über Tag und Nacht verteilt – appliziert werden müssen. Rechtzeitig verabreichte Analgetika senken den Schmerzmittelverbrauch, da die Behandlung des starken, rezidivierenden Schmerzes mit hohem Ausgangsniveau entsprechend höhere Analgetikadosen erfordert.

Referent:

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

Sterbehilfe — kritisch gesehen

von W. Fick

Sterbehilfe wird heute viel diskutiert. Schemata, nach denen die psychischen Reaktionen des Sterbenden ablaufen oder ablaufen sollen, wurden aufgestellt und daraus Hilfsprogramme abgeleitet. Aber wurde damit nicht diese zutiefst ethische, aus dem Grund menschlichen Seins entspringende Hilfe zu etwas programmiert, was sich jeder Programmierung entzieht? Und wurden somit nicht Humanitätsmotive im Vollzug auf das Wertgefühl des Helfenden reflektiert, um so die Ohnmacht des Helfenden zu verwischen und seine Heilsfigur, die diese Hilfe verbürgt, zu retten? Denn der Helfende ist gegenüber dem Sterbenden immer in einer Vorteilssituation; er bleibt im Besitze des Lebens, das der andere, gehend, verliert. Eine Hilfe, die mehr oder weniger bewußt von diesem sicheren Port aus wirkt, verliert notwendigerweise an Hilfsqualität, es sei denn, der Helfende begibt sich wenigstens fiktiv dieses Vorteils in der tiefen aktuellen Erfahrung der Unsicherheit und Zeitlichkeit seines eigenen Daseins. Dies bedeutet Aufgabe der durchschimmernden Selbstgefälligkeit des eigenen Seinsbesitzes, die sowieso fraglich ist vor der kurzen Zeitspanne zwischen miterfahrener und selbsterlebter Daseinsnichtung.

Sterben ist psychisch — ausgenommen das Suizid — ein passiver Vorgang, weil in diesem Geschehen ohne Wahl für eine aktive Freiheitsentscheidung für Leben und Tod kein Platz mehr ist. Damit ist das Sterben unmittelbar, denn in ihm wird der Mensch auf sein ureigenstes Selbst zurückgeworfen. Sterben entzieht sich damit schematisierter Vorgänge aus zwei Gründen: es entzieht sich ihnen aufgrund seines biologischen Geschehens, das auf verschiedene Weise erfolgen kann: in einen Zeitpunkt zusammengerafft (plötzlicher Tod durch Infarkt, Unfall o. ä.) oder Sterben in Zeitdehnung mit einer mehr oder weniger großen Spanne dieses Zeitraums. Dazu kommt noch entscheidend die Bewußtseinslage des Sterbenden: klar, getrübt oder nicht mehr vorhanden mit allen Abstufungsmöglichkeiten dazwischen. Und es entzieht sich ihnen durch die psychisch-charakterlich-intellektuelle Struktur des Individiums, da ja sein Sterben seine eigenste und individuellste Angelegenheit ist.

Folgende Faktoren dürften für die psychische Haltung des Sterbenden mitentscheidend sein:

Allgemein gilt: je höher die Intelligenz, d. h. das sich selbst erkennende Bewußtsein, entwickelt ist, desto schwerer der Abschied von einer Welt, mit der sich der Schauende mehr oder weniger identifiziert hat. Sie ging als Erinnerungsspeicherung in sein Selbstbewußtsein ein und dieser Erinnerungsspeicher bil-

Zur perkutanen Rheuma-Therapie

Marament® Gel

50 g 9,30 DM

Marament® ist zuverlässig und besonders wirtschaftlich.

Marament® Gel
Zusammensetzung: 100 g Gel enthalten: 2,5 g Campher, 1,0 g Methylsalicylat, 0,15 g Benzylnicotinat, 2,0 g Kiefernadelöl in 2-propanolhaltiger Gelgrundlage.
Anwendungsgebiete: Bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen; Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken.
Gegenanzeigen: Bei Schwangeren und Kleinkindern sowie bei vorgeschädigter Niere ist eine Langzeitbehandlung auf großen Flächen zu vermeiden.

Anwendung: Marament® Gel mehrmals täglich auf die schmerzenden Stellen — bei intakter Haut — auftragen und leicht einmassieren.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:
Marament® Gel 50 g DM 9,30
Marament® Gel 100 g DM 15,13
Marament® Balsam N 100 ml DM 10,40
Marament® Balsam N 250 ml DM 21,10

Dr. Wider GmbH & Co.,
Postfach 1862, 7850 Leonberg

det in den sich wandelnden Lebensjahren die Identität in der Zeitlichkeit im Sinne Heideggers, die alle Lebensabläufe von der Geburt bis zum Tode in einen Punkt, nämlich das Ich, zusammenfaßt. Nur in dieser Speicherung der Erinnerungen des sich wandelnden Subjekts und des es treffenden Umweltgeschehens bleibt das Ich während seines Lebensdurchleufes mit sich selbst identisch. Damit aber wird die Welt ein Teil von ihm und geht mit ihm unwiederbringlich unter. Dies ist ein allgemeinmenschliches, aber für die abendländische Kultur besonders typisches Phänomen, denn seine Spitze erreichte dieses Ich-Welt-Bewußtsein im deutschen Idealismus, in dem das Bewußtsein als alleiniges und eigentliches Sein erscheint. Auch beim einfach denkenden Menschen findet sich dieser intellektuell-emotionale Erlebnisgang: „mit mir ist alles aus, alles, was ich erlebt, erkannt, gefühlt habe und alle Erinnerungen, die damit verbunden sind." Es ist die Resignation des sublim entwickelten Individuellen gegen den Sieg des Allgemeinen, des Naturgesetzes, des Seins als Wechsel gegen das Sein als Bleibendes, da Sein als Bleibendes nur als Wandel bleibt. Je höher die Intelligenz entwickelt ist, desto mehr ist sie sich auch der Vergänglichkeit des Daseins bewußt und vermag die noch verbleibende Zeit einzuschätzen. Je mehr in einem Menschen dieses Selbstbewußtsein entwickelt ist, desto mehr ähnelt er einem zum Tode Verurteilten, der um die Gewißheit der Exekution, wenn auch nicht um den genauen Zeitpunkt weiß. Menschen, die oberflächlich leben und sich aufgrund ihrer intellektuell-psychischen Grundstruktur um den Tod nicht kümmern, leben leichter und sterben meist auch leichter, da sie sich über die Drohung des nahenden Todes hinwegtäuschen lassen.

In vielen Fällen des Sterbens bietet die Natur ihre eigene Hilfe an. Der Sterbende sträubt sich bis zuletzt gegen die Erkenntnis vom Sterben. Dieses Sich-sträuben verläuft zweigleisig: im Unter- oder Halbbewußtsein ist sich der Sterbende seiner Situation bewußt, aber der Selbsterhaltungstrieb dominiert und interpretiert alle auf den nahen Tod hinweisenden Ereignisse in Richtung der Erhaltung und des Lebens. Diese Gespaltenheit ist typisch für viele Sterbende. Sie flüchten in jene nicht logischen Bezüge, die mehr oder weniger richtungsgebend auch für ihr Leben waren. Die psychischen Stationen ihres Sterbens verlaufen nicht logisch klar schematisch, sondern im Zwielicht, das „die Neigung zum Zweideutigen" (Thomas Mann) beinhaltet. Das Sterben ist meist kein psychisch fortschreitender Prozeß. Hier wird ein logischer Bewußtseinsbezug vorausgesetzt, der auch im Leben als „vorvollziehendes Sterben" nicht stattfand. Das Leben als Sterben, das dem Tod als Nichtmehr-leben vorausgeht, findet in einem Zwischenbereich von Erkennen und Nicht-erkennen-wollen, eigentlichem Wissen und besänftigendem Nicht-wissen-wollen statt, wobei das Nicht-wissen-wollen durch die allgemeine Beschränktheit menschlichen Wissens ihre Rechtfertigung erfährt.

Diese psychischen Bezüge bilden die Grundstruktur des Menschen und den notwendigen Ausgleich zwischen dem Erhaltungstrieb und der Errungenschaft des Selbstbewußtseins mit dem Wissen um die eigene Vernichtung, denn von diesem Bewußtsein, das in seiner Selbstspiegelung auch das Wissen um seine eigene Vergänglichkeit beinhaltet, geht alle Sterbensaporetik aus.

Nach den beiden Endbereichen von dieser Mitte als „Mittelmaß" des Sterbens liegen der plötzliche Tod, der eine Auseinandersetzung mit dem Sterben nicht mehr zuläßt und den Sterbenden durch das Momentane des Vorganges seiner Ängste enthebt, und das bewußte Sterben mit dem Wissen darum bis zuletzt, das die volle Auseinandersetzung mit dem Ende des in sich selbst zurückschließenden Lebens mitbeinhaltet. Hier wird es sich vor allem um ein Geschehen handeln (z. B. bei Krebserkrankungen), das sich relativ langsam vollzieht und für den Sterbenden die Endzeichen immer deutlicher werden läßt. In diesen Fällen wird der Helfende wohl noch am fruchtbarsten tätig sein können, sich der Persönlichkeitsstruktur und dem Lebensbild des Sterbenden in der Auseinandersetzung mit dem Tod anpassend, Tröstungen und ein Gefühl des Naheseins vermittelnd, das das Erleben des Alleingelassenseins zurückzudrängen vermag. Wohl wissend, daß „die letzten Ängste" (Thomas Mann) bleiben im Vollzug des kreatürlichen Schicksals, das „zu überstehen" im zwangsläufigen und unabänderlichen Geschehen „alles" (Rilke) ist.

So ist klar, daß die Problematik des Sterbens nur beschränkte psychische Verhaltensweisen zuläßt: totale Verleugnung des Todes, brutale Anerkennung oder, wie in vielen Fällen, eine Mischung aus Negation und Anerkennung, eine Vermischung von „ich" und „es", eine halbe Wahrheit und eine halbe Lüge, da das „es" ja im Gegensatz zum „ich" nicht stirbt. Das nicht-individuelle Prinzip dauert im Wechsel des Seienden als solches fort.

Weltanschaulich-religiöse Momente beeinflussen die Situation des Sterbenden. Es gibt zwar eine vergleichende Religionswissenschaft, aber es gibt noch nicht genügend wirklich zuverlässige Untersuchungen über leichteres oder schwereres Sterben, je nach Religion oder Weltanschauung. Solche Untersuchungen wären wohl auch vieldeutig, da es einsichtbar ist, daß hier die seelische Verarbeitung des Sterbegeschehens von der Intensität des Glaubens abhängt. Christliche Märtyrer gingen froh in den Tod und Buddhisten sterben leichter in dem Glauben an eine Wiedergeburt. Andererseits werden Menschen, die nur oberflächlich und pro forma glauben, keinen Trost in diesem Glauben finden, da ein solcher Glaube das seelisch zutiefst substantiell verleufende Geschehen nicht wirkend zu erreichen vermag. Sicher ist, daß der Glaube sehr intensiv und in der psychischen Struktur verenkert sein muß, um die Ängste um die Vernichtung des jeeigenen Daseins aufzuheben oder zu kompensieren.

Bei jeder Sterbehilfe geht es allein um das Ich, da dieses in seiner Individualität genichtet wird. Sterbehilfe kann somit nur individuell sein, wo-

bei dieser individuellen Hilfe Grenzen gesetzt sind, da die eigentliche und im letzten gefregte Hilfe, das Sterben aufzuhalten und zurück zum Leben zu wenden, ja nicht geleistet werden kann. Einen Sterbenden zu geleiten, ist im Grunde nicht vollziehbar, es sei denn, der Begleitende würde mitsterben, und auch dann könnte er den anderen nur bedingt begleiten, da an der Scheide vom Leben zum Tod er den Begleiteten auf jeden Fall verlassen müßte.

Sterbehilfe ist deshalb nie eine substantielle, sondern nur eine „attributive" Hilfe. Als substantielle Hilfe aufgefaßt, bleibt sie ein ideologisches Theorem und eine Illusion. „Sterben, ach Sterben, soll ich allein" (Storm). So ist Helfen beim Sterben ein Helfen in Ohnmacht, ein Helfen, das tröstenden Charakter hat und im Angesicht der Vernichtung des individuellen Daseins nur Beschränktes zu leisten vermag.

Das Sterben ist ein jeeigenes Geschehen, bei dem der Mensch – oft zum erstenmal – seine ureigenste Existenz erfährt und in dem er radikal auf sich selbst zurückgeworfen wird. Dieser Verhalt wird um so drohender empfunden, je mehr sein Leben in der Mentalität einer sich nach eußen verflachenden und in der Anonymität beheimateten Umwelt verläuft. Frühere Generationen, verwurzelter im Ablauf des natürlichen Geschehens, empfanden den Tod noch mehr als etwas dem Lebenskreislauf Eingeordnetes und nicht els gnadenlos Gegenüberstehendes („und nichts als ... gegenüber". Rilke, DE), als nichts Böses also letzthin, da Dynamik des Lebens und Ruhe des Todes ineinander übergingen und im Kreis sich schlossen. Freilich, ein Rest bleibt zurück. Das Sterben ist nun einmal dem Erhaltungstrieb entgegengesetzt und Aufgabe von allem, mit dem das Individuum in dem kurzen Zeitraum seines Lebensdurchlaufs sich identifizierte.

Sterbehilfe ist eine Hilfe, die deshalb mehr oder weniger palliativ bleibt, da die helfende Hand ja, wenn auch nur für eine Kürze, weiter pulst, während die gehaltene schon erkaltet ist. Sterbehilfe hat aus diesen Gründen früher einzusetzen als erst beim Sterben, bei der Bewußtmachung nämlich lange vorher, daß der Mensch in den natürlichen Kreislauf der Dinge eingebettet ist, hat einzusetzen im Wissendmachen um das jederzeit mögliche Sterben und der Auseinandersetzung mit ihm, im Vorlaufen also auf sein Sein zum Ende (Heidegger), und im Akzeptieren der Ganzheit des Lebens, das das individuelle Schicksal in Geburt und Tod mit einschließt. Die Hilfen schließen jene ein, die jeweilige Weltanschauung und Religion zu geben vermögen.

Da das Sterben individuell ist, können auch die Hilfen nur individuell sein. Das Geschehen des Sterbens geschieht am einzelnen, der letztlich allein damit gelassen werden muß, da es ihm nicht ebnehmbar ist. Es ist das in keiner Weise delegierbare, weil ureigenste Erleben des Menschen, in dem er in Wehrheit auf sich selbst gestellt und zurückgeworfen ist.

Es ist ein so passiv und zwangsweise ablaufendes Geschehen, daß es „jedem gelingt auf das erste Mal" (E. T. A. Hoffmann).

Die dabei entstehenden Ängste sind im Grunde nicht aufhebbar, wenn sie auch durch Zuwendung zu mildern sind.

Die Art des Sterbens richtet sich nach Persönlichkeitsstruktur und äußeren Umständen, wobei die erstere den jeeigenen Tod bestimmt. Allein auf sich zurückgeworfen und sich zurückziehend in die Einsamkeit, wie wir es von Tieren kennen, oder die Hand eines anderen Menschen haltend bis zuletzt: Es bleibt ein Rest, der Schweigen ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. W. *Fick*, Internist, 8901 Kutzenhausen

Fakultäten

Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. Friedrich Wolf, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Nuklearmedizin, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. Reinhard Flesch, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik, wurde zum Prodekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. Martin Röllinghoff, bisher Universität Mainz, wurde zum ordentlichen Professor für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie I und zum Direktor des Instituts für Klinische Mikrobiologie und Infektionshygiene berufen.

Zum Professor – C 3 wurden ernannt: apl. Professor Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Walter Kinzel, Psychiatrische Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Johannes Schramm, Neurochirurgische Klinik mit Poliklinik.

Privatdozent Dr. med. habil. Walter Huk, Neurochirurgische Klinik mit Poliklinik, wurde zum Professor – C 2 ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. habil., Dr. med. vet. Hans Brunner, Pathologisches Institut der Städtischen Krankenanstalten Aschaffenburg; Privatdozent Dr. med. habil. Sigurd Domschke, Medizinische Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Helga Schüßler, Institut für Radiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Manfred Weidenbecher, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke; Privatdozent Dr. med.

Preisvergleich lohnt
Allopurinol von Tempelhof
50 Tabl. DM 16.04 300 mg
100 Tabl. DM 29.71
TEMPELHOF
Preuß & Temmler Berlin
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 300 mg 1 H-Pyrazolo (3,4-d) pyrimidin-4-ol
Anwendungsgebiete: Hyperurikämie, Gicht
Gegenanzeigen: Schwangerschaft, Stillzeit
Nebenwirkungen: Überempfindlichkeitsreaktionen, Übelkeit, Brechreiz, Blutbildveränderungen
Hinweis: Wechselwirkungen mit Ampicillin, Saluretika, 6-Mercaptopurin, Azathioprin, Antikoagulantien beachten
Dosierung: Initialbehandlung 1-3 Tabl. allopurinol 300 mg/Tag
Darreichungsform: Tabletten

habil. Matthias Wenderlein, Frauenklinik mit Poliklinik.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Martin Brandl für Anästhesiologie; Dr. med. habil. Uta Bruntsch für Innere Medizin; Dr. agr., Dr. med. habil. Sunna Hauschildt für Physiologische Chemie; Dr. med. habil. Henning König für Innere Medizin; Dr. med. habil. Jürgen Plötz für Anästhesiologie und Wiederbelebung; Dr. med. Paul Thierauf für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie mit besonderer Berücksichtigung der Neuropathologie.

Privatdozent Dr. med. habil. Gerhard Koniszewski, Augenklinik mit Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum Akademischen Oberrat ernannt.

Dr. med. Manfred Herbst, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, wurde zum Akademischen Direktor ernannt.

Universität München

Professor Dr. med. Wolfgang Spann, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. Hans Frick, Vorstand des Anatomischen Instituts, wurde zum Prodekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. habil. Frank Höpner wurde zum Professor — C 4 und zum Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung an der Technischen Universität München ernannt.

Zum Professor — C 4 wurden ernannt: Professor Dr. med. Hans-Beat Hadorn, Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (bisher Universität Graz); Professor Dr. med. Hermann Rudolf Hepp, Frauenklinik im Klinikum Großhadern (bisher Universität Homburg); Professor Dr. med. Parviz Mehraein, Institut für Neuropathologie (bisher Medizinische Hochschule Hannover).

Zum Professor — C 3 wurden ernannt: Professor Dr. med. habil. Frank-Detlef Goebel, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Lanksch, Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Edmund Lengfelder, Strahlenbiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Volker Terruhn, Frauenklinik im Klinikum Großhadern.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Jochen Abb, Medizinische Mikrobiologie und Hygiene; Dr. med. Dieter Athen, Forensische Psychiatrie; Dr. med. Hartwig Bauer für Urologie; Dr. med. Oskar Joseph Beck für Neurochirurgie; Dr. med. habil. Wolfram Bender für Psychiatrie; Dr. med. Christoph Hans Döhlemann für Kinderheilkunde; Dr. med. Eckart Fleck für Innere Medizin; Dr. med. Niels Franke für Anästhesiologie; Dr. med. Peter Grafe für Physiologie; Dr. med. Berthold Höfling für Innere Medizin; Dr. med. Hans-Uwe Janka für Innere Medizin; Dr. med. Dieter Jüngst für Innere Medizin; Dr. med. Bernhard-Michael Kemkes für Herzchirurgie; Dr. med. habil. Hans-Joachim Klose für Kinderheilkunde; Dr. med. habil. Kaj Krejci für Klinische Biochemie; Dr. med. Bernhard Leisner für Klinische Radiologie; Dr. med. Christoph Luderschmidt für Dermatologie und Venerologie; Dr. med. Cordula Nitsch für Neuroanatomie; Dr. med. Gerd-Rudolf Pape für Innere Medizin; Dr. med. Michael Roggendorf für Medizinische Mikrobiologie; Dr. med., Dr. rer. nat. sc. Rainer Sinz für Medizinische Psychologie; Dr. med. Florentin Andreas Spengel für Innere Medizin; Dr. med. Ladislaus Szinicz für Pharmakologie und Toxikologie; Dr. med. Andreas Schalhorn für Innere Medizin; Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Peter Schmiedek für Neurochirurgie; Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Andreas Schwab für Physiologische Chemie; Dr. med. Ingeborg Walter-Sack für Innere Medizin; Dr. med. Peter Weisweiler für Innere Medizin

Dr. med. Uwe Neubert, Dermatologische Klinik mit Poliklinik, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Technische Universität München

Professor Dr. med. Hans-Werner Pabst, Direktor der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

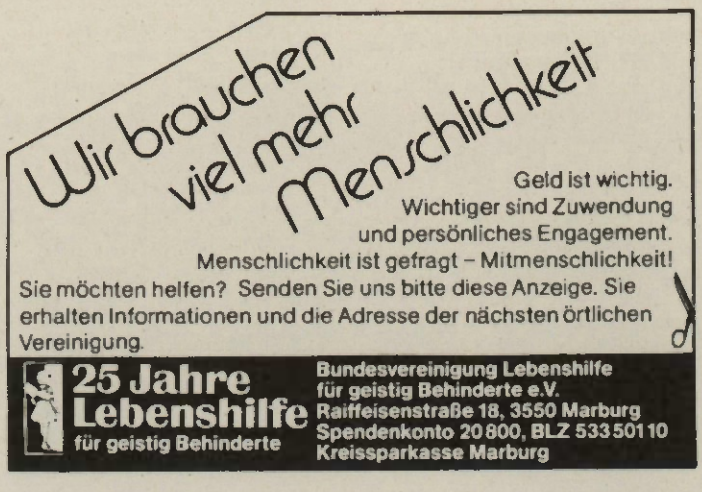
Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Götz Buttermann, Nuklearmedizinische Klinik; Privatdozent Dr. med. habil. Manfred Mertz, Augenklinik.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Manfred Hölscher für Chirurgie; Dr. med. habil. Ludwig Schmid für Nuklearmedizin.

Universität Würzburg

Professor Dr. med. Volker ter Meulen, Vorstand des Instituts für Virologie und Immunbiologie, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Professor Dr. med. Johannes Lang, Vorstand des Anatomischen Instituts, wurde zum Prodekan gewählt.



(Fortsetzung von Seite 122)

rufes führen. Schließlich wirft eine solche Lösung verfassungsrechtliche Probleme auf. Es ist zweifelhaft, ob es mit dem in Artikel 12 Grundgesetz verbürgten Grundrecht der Freiheit der Berufswahl vereinbar wäre, die Zulassung als Kassenarzt von Ausbildungsvoraussetzungen abhängig zu machen, obwohl die Approbation als Arzt die volle Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes beinhaltet."

„Im übrigen könnte der Bund wegen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern die Anforderungen an eine solche Weiterbildung nicht regeln, da er nach Artikel 74 Nr. 19 GG nur eine Gesetzgebungsbefugnis für die Zulassung zum ärztlichen Beruf besitzt. Der Bundesgesetzgeber könnte daher die bei einem solchen Eingriff im Hinblick auf Artikel 12 GG notwendigen gesetzlichen Leitentscheidungen nicht selbst treffen und eine bundeseinheitliche Weiterbildung nicht sicherstellen. An eine Neugestaltung des Berufsrechts der Ärzte durch Ersetzung des Arztberufes durch den Beruf des Allgemeinarztes und den Beruf des Facharztes, für die der Bund Zulassungsregelungen auf der Grundlage des Artikels 74 Nr. 19 GG treffen könnte, ist nicht gedacht."

Dem ist voll zuzustimmen. Der Bund regelt die Zulassung zum Beruf des Arztes. Was dafür erforderlich ist, muß also vor der Approbation geregelt werden, denn sie ist das Dokument für die Zulassung zur Ausübung der Heilkunde als Arzt. Der approbierte Arzt kann die Heilkunde schlechthin ausüben. Die Grenzen seines Wissens und Könnens muß er selbst bestimmen. Dabei empfehlen wir jedem jungen Arzt, vor einer selbständigen Niederlassung mehrere Jahre im Krankenhaus zu arbeiten. Wollte man den Arzt aber zwingen, eine Weiterbildung vor der Kassenzulassung oder gar der Niederlassung abzuschließen, so müßte dies vor der Zulassung zum Beruf in die Ausbildung eingeordnet werden, die nach dem Hochschulstudium zu absolvieren ist. Dafür bedürfte es einer Änderung der im Grundgesetz geregelten Zuständigkeiten mit der Folge, daß es eine Weiterbildung als Berufsausübungsregelung im Landesrecht nicht mehr gäbe, dafür aber in Zukunft eine durch Bundesrecht geregelte Ausbildung und als Folge eine Zulassung zum Beruf des Allgemeinarztes, des Augenarztes, Frauenarztes, Urologen usw. Die Einheit des Arztberufes würde damit aufgegeben, den Beruf „Arzt" gäbe es dann nicht mehr. Man sollte sich die Folgen einer solchen Entwicklung in Ruhe vor Augen führen.

Und warum das Ganze? Gibt es für eine so grundlegende Änderung überzeugende Argumente? Ich sage nein! Der „Arzt im Praktikum" soll ärztliche Aufgaben unter Aufsicht und Anleitung von Ärzten erbringen, dabei lernen und zunehmend selbständiger werden. Hätte der junge Arzt in der gleichen Zeit seines beruflichen Werdeganges die Approbation in der Tasche, so würde er haargenau das gleiche tun. Das hat der Bundesgerichtshof gerade vor kurzem festgestellt. Von der Sache her also nicht der leiseste Unterschied!

Bleibt die Frage nach dem „Image". Ist er ein „besserer Arzt", wenn er die zwei Jahre in Weiterbildung verbracht hat statt in Ausbildung? Ich sage wiederum nein! Auch finanzielle Argumente überzeugen nicht. Es ist — wie schon ausgeführt — undenkbar, daß jährlich 12 000 Neuapprobierte eine planmäßige Assistentenstelle bekommen können. Die Behauptung, ein Gutteil dieser Neuapprobierten bräuchte diese Zeit überhaupt nicht, ist abwegig. Weder Bundeswehr noch öffentlicher Gesundheitsdienst oder Pharmaindustrie sind an jungen Ärzten ohne praktische Ausbildung interessiert, von der geringen Bedarfszahl ganz abgesehen. Daß möglicherweise ein Drittel der Jungärzte an einer Berufsausübung überhaupt nicht interessiert seien, ist ein Wunschtraum, trotz des hohen Anteils an weiblichen Studierenden.

Auf eine durchaus ernst zu nehmende Sorge muß noch eingegangen werden. Wird die Zeit von sechs Jahren Universitätsstudium und anschließenden zwei Jahren praktische Ausbildung bis zur Approbation nicht zu lange, vor allem wenn man an diejenigen denkt, die noch eine Weiterbildung anschließen wollen? In der Begründung zum Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung wird dazu bereits zum Ausdruck gebracht, daß Zeiten der praktischen Ausbildung nach Möglichkeit auf die Weiterbildung angerechnet werden sollten. Eine solche Regelung könnte in der Weiterbildungsordnung durchaus vorgesehen werden. Die Auswirkungen auf die Gesamtzeit wären naturgemäß unterschiedlich. Wenn das Praktikum strukturiert und auf allgemeinärztliche Tätigkeit ausgerichtet würde, könnte man die zwei Jahre voll auf die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anrechnen, so daß nach der Approbation nur noch weitere zwei Jahre Weiterbildung erforderlich wären. Für Ärzte, die diesen Weg wählen, ergäbe sich also überhaupt keine Verlängerung. Für Ärzte, die eine Spezialisierung in einem Fachgebiet anstreben, sind die Anrechnungsmöglichkeiten zwangsläufig geringer. Ein Jahr dürfte aber in den meisten Gebieten anrechnungsfähig sein. Es gibt wohl keinen vernünftigen Grund, die Spezialisierung noch mehr zu erleichtern. Wir „produzieren" zu viele Spezialisten und haben zu wenig Allgemeinärzte. Die günstigeren Anrechnungsmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin und die zwangsläufig geringeren Möglichkeiten für Spezialisten könnten gut und gerne in Kauf genommen werden,

Preisvergleich lohnt
Cinnarizin von Tempelhof
50 Tabl. DM 6,73
100 Tabl. DM 11,71
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 75 mg Cinnarizin.
Anwendungsgebiet: cerebrale und periphere Durchblutungsstörungen
Dosierung: 1 - 2 - 3 Tabletten/Tag
Nebenwirkungen: Zu Beginn der Therapie kann dosisabhängig Müdigkeitsgefühl auftreten, das u. U. die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt, jedoch ohne Dosisreduzierung meist nach wenigen Tagen abklingt.
Unverträglichkeiten und Risiken: Keine bekannt
Hinweis: cinnarizin forte tabletten während der Schwangerschaft nur auf ärztlichen Rat
Darreichungsform: Tabletten

wenn es dann in Zukunft mehr Ärzte gäbe, die allgemeinmedizinisch als Hausärzte tätig sind und dafür weniger Spezialisten. Das wäre geradezu ein positives „Nebenprodukt".

Ich fasse noch einmal zusammen: Die Forderung nach einer Pflichtweiterbildung approbierter Ärzte mit der Folge, daß der einzelne Arzt nur noch in dem Gebiet tätig sein darf, dessen Weiterbildung er abgeschlossen hat, ist nach dem Grundgesetz der Bundesrepublik nicht möglich. Die Approbation, also die Zulassung zum Berut des Arztes, berechtigt zur vollen und uneingeschränkten Berufsausübung. Die Weiterbildung nach der geltenden Weiterbildungsordnung ist eine Berufsausübungsregefung nach Landesrecht, die nur als Angebot verstanden werden kann, von dem der Arzt, wenn er dies wünscht, freiwillig Gebrauch macht. Inhalt und Ziel der Weiterbildungsordnung ist deshalb auch nicht die Genehmigung für bestimmte ärztliche Tätigkeiten, sondern lediglich zur Führung bestimmter Bezeichnungen. Wollte man die derzeitige Weiterbildung zur Pflicht machen, dann müßte sie in die Ausbildung nach Bundesrecht einbezogen werden. Die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen" nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes könnte denn aber keine Approbation als Arzt mehr sein, sondern eine Zulassung zum Beruf des Allgemeinarztes, des Augenarztes, des Urologen usw. Dies wäre das Ende des einheitlichen Arztberufes. Dieser Weg kann und darf nicht gegangen werden. Es gibt dafür auch kein überzeugendes Argument.

Der Vollständigkeit halber muß in diesem Zusammenhang auch noch auf den Entwurf für eine EG-Richtlinie über die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin eingegangen werden. Durch diese Richtlinie soll in jedem Mitgliedsland der EG für allgemeinärztlich tätige Ärzte eine Bezeichnung vorgesehen werden, die nur geführt werden darf, wenn der Arzt eine zweijährige „Vollzeitausbildung", davon sechs Monate in anerkannten Allgemeinpraxen, abgeleistet hat. Diese Bestimmung soll am 1. Januar 1987 in Kraft treten. In einer zweiten Stufe ist dann vorgesehen, daß ab 1. Januar 1990 „die Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen eines Sozialversicherungssystems vom Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises" abhängt. Das bedeutet, daß von diesem Zeitpunkt an ein Arzt, der allgemeine ärztliche Tätigkeit ausüben möchte, die Kassenzulassung nur noch erhält, wenn er die zweijährige Weiterbildung abgeleistet hat und die Anerkennung als „Arzt für Allgemeinmedizin" besitzt. Diese Bezeichnung, für die in der Bundesrepublik derzeit eine vierjährige Weiterbildung erforderlich ist, sieht die Richtlinie nach zweijähriger „Vollzeitausbildung" für die Bundesrepublik vor. Hier wird nun eingewandt, daß die zwei Jahre als „Arzt im Praktikum" den Antorderungen dieser Richtlinie nicht entsprechen würden, denn sie müßten nach der Approbation abgeleistet werden. Dem kann nicht gefolgt werden. Der deutsche Rechtsbegriff „Approbation" mit der Folge, daß wir von einer Ausbildung zum Arzt bis zur Approbation und einer Weiterbildung des Arztes nach der Approbation sprechen, ist dem EG-Recht fremd. Deshalb spricht auch die Richtlinie von 1975 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome nicht von der Approbationsurkunde, sondern von dem „Zeugnis über die ärztliche Staatsprüfung". Die anderen EG-Länder unterscheiden auch nicht zwischen Ausbildung und Weiterbildung. Der Richtlinienentwurf spricht auch in Artikel 2 nicht von einer nach der Approbation abzuleistenden Zeit, sondern schreibt vor: „Sie ist nach Abschluß und Anerkennung von mindestens sechs Studienjahren im Rahmen des Ausbildungsganges ... zugänglich." Es kann also keinem Zweifel unterliegen, daß die zwei Jahre, welche der Arzt im Praktikum ableistet, der EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin" entsprechen, wenn diese zwei Jahre, ausgerichtet auf allgemeinmedizinische Tätigkeit, strukturiert werden. Offen bleibt dann lediglich die Einordnung der geforderten sechs Monate in einer anerkannten Allgemeinpraxis. Sie könnten, wenn man von der Mindestanforderung der Richtlinie ausgeht, natürlich auch in die strukturierten zwei Jahre einbezogen werden. Bei dem zu erwartenden Mißverhältnis zwischen der hohen Zahl der Studienabgänger und den zur Vertügung stehenden Lehrpraxen wird das nur teilweise möglich sein. Es bestünden aber auch keine Bedenken dagegen, diese Zeit nach der Approbation abzuleisten, wenn ein Arzt die Bezeichnung Allgemeinarzt erwerben will. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, daß die freiwillige Weiterbildungszeit derzeit in der Bundesrepublik vier Jahre beträgt. Man muß sich natürlich fragen, ob diese vier Jahre gehalten werden können, wenn der aus EG-Staaten zu uns kommende Arzt das gleiche Ziel bereits in zwei Jahren erreicht. Es würde dann nämlich die groteske Situation eintreten, daß der aus dem EG-Nachbarland kommende Kollege nach zwei Jehren die Bezeichnung Allgemeinarzt führt, während der junge deutsche Arzt, welcher die bei uns verlangten zusätzlichen zwei Jahre Weiterbildung nicht ableistet, seine Praxis unter der Bezeichnung „praktischer Arzt" eröffnen müßte. Als vernünttiger Mittelweg würde sich deshalb anbieten, in unserer Weiterbildungsordnung die zwei Jahre als Arzt im Praktikum voll enzuerkennen und dann nach der Approbation lediglich noch die sechs Monate in einer anerkannten Allgemeinpraxis zu fordern.

Schwieriger wird es, wenn die zweite Stufe der Richtlinie in Kraft tritt, die Zulassung zur Kassenpraxis für allgemeinärztliche Tätigkeit also nur noch denjenigen offensteht, die die Bezeichnung Arzt für Allgemeinmedizin erworben heben. Ärzte, die nech der Approbation eine Weiterbildung in einem anderen Gebiet abgeschlossen haben, könnten denn eine derzeit mögliche Kassenzulassung als praktischer Arzt nicht mehr erhelten, obwohl sie durch die Approbation zur vollen ärztlichen Berufsausübung berechtigt sind. Wenn ellerdings alle Ärzte eine auf allgemeinmedizinische Tätigkeit ausgerichtete zweijährige Zeit als Arzt im Praktikum durchlaufen haben und für den Erwerb der Bezeichnung Arzt für Allgemeinmedizin dann nach der Approbation nur noch die sechs Monate in einer Allgemeinprexis gefordert würden, wäre diese Einschrënkung so gering, daß sie im allgemeinen Interesse wohl hingenommen werden könnte. Der Arzt, welcher eine Weiterbildung in einem enderen Gebiet abgeschlossen het und dann dennoch allgemeinärztlich tätig werden möchte, müßte dann diese sechs Monate in einer Allgemeinpraxis noch nachholen. Dies wäre auch für seine spätere Tätigkeit von so großem Nutzen, daß auch aus dieser Sicht keine Bedenken gegen die geringe Einschränkung des eus der Approbation erwachsenden Rechtes erhoben werden könnten. Wir hätten dann ein insgesamt geschlossenes System und damit gute Voreussetzungen für eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik. Bundesärzteordnung, Approbationsordnung, Weiterbildungsordnung und EG-Recht würden eufeinander abgestimmt sein.

Personalia

Professor Witt 70 Jahre

Professor Dr. med. Alfred Nikolaus Witt, em. Ordinarius für Orthopädie an der Universität München, Burgstallerstraße 3, 8184 Gmund, konnte am 9. Februar 1984 seinen 70. Geburtstag feiern.

Professor Witt, ein Schüler von Professor Dr. Max Lange, war zunächst Ordinarius für Orthopädie an der Freien Universität Berlin und kehrte 1968 nach München zurück, wo er den Lehrstuhl seines Lehrers sowie die damit in Personalunion verbundene Leitung der staatlichen orthopädischen Klinik Harlaching übernahm. Hier hat er u. a. eine orthopädische Unfallstation und als erster in der Bundesrepublik Deutschland ein biomechanisches Labor eingerichtet.

Professor Witt wurde vor kurzem mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

ad multos annos!

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München, Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, wurde zum „honorary trustee of the Gürson Child Health Foundation" gewählt. Gleichzeitig wurde ihm von der Türkischen Gesellschaft für Kinderheilkunde die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

MU Dr./Univ. Prag Václav Vojta, Stellvertretender Direktor des Kinderzentrums München, Güllstraße 3, 8000 München 2, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Verdienstmedaille

Dr. med. Josef Schulz, Allgemeinarzt, Balthasar-Neumann-Straße 17, 8722 Werneck, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Klaus Heilmann, Augenarzt, Beethovenplatz 2-3, 8000 München 2, wurde zum Consulting Scientist of the Crump Institute for Medical Engineering der Universität von Kalifornien, Los Angeles, berufen.

Dr. med. Werner Schmidt, Kinderarzt, Pfluggasse 1, 8400 Regensburg, wurde anläßlich der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e. V. zum Präsidenten gewählt und Professor Dr. med. Franz Schmid, Chefarzt der Städtischen Kinderklinik, Am Hasenkopf 1, 8750 Aschaffenburg, als einer der Beisitzer.

Dr. med. Helmfried Ernst Klein, Nervenarzt, bisher Oberarzt an der Nervenklinik der Universität München, wurde zum Direktor des Bezirkskrankenhauses Regensburg ernannt.

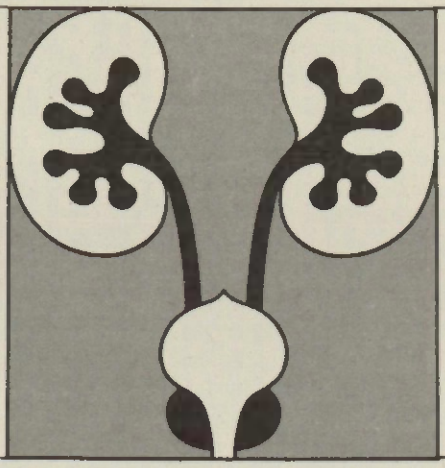
Professor Dr. med. Kurt Meinicke, Hautarzt, Ludwig-Thoma-Straße 39 A, 8022 Grünwald, wurde zum Präsidenten der Europäischen Vereinigung der Fachärzte, Sektion Dermatologie/Venerologie gewählt.

Professor Dr. med. Hans-Konrad Selbmann, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik zum 1. Vizepräsidenten gewählt.

Professor Dr. med. Helmut Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde vom Bundesminister der Verteidigung für weitere vier Jahre in den Wissenschaftlichen Beirat für das Sanitäts- und Gesundheitswesen berufen.

Professor Dr. med. Eberhard Zeitler, Chefarzt der zentralen Radiodiagnostischen Abteilung im Radiologischen Zentrum des Klinikums der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, wurde zum Präsidenten des 66. Deutschen Röntgenkongresses gewählt.

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



SOLIDAGO® ›Dr. Klein‹

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.
Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.
Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche 20 ml DM 7,48, 50 ml DM 14,95, 100 ml DM 25,43.

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

Brief aus Bonn

Aufgaben Blüms

Bundesarbeitsminister Blüm ist auf dem besten Weg, sich politisch zu übernehmen. Er hat sich ein Gesetzgebungsprogramm aufgeladen, das seriös nicht zu bewältigen sein wird. Der Minister hat einmal gesagt: „Ich heiße Blüm, nicht Hercules". Jetzt tut er so, als sei er Hercules. De gibt es den Gesetzentwurf zur Einführung des Vorruhestandsgeldes und einen Gesetzentwurf zur Einschränkung der sogenannten „59er Regelung". In seinem Ministerium wird ein „Omnibus-Gesetz" zusammengestellt, in des vor allem Vorschritten gepackt werden sollen, die dareuf zielen, des Arbeitsrecht flexibler zu gestalten und Arbeitslosen bessere Einstellungschancen zu erötfnen.

Blüm ist in Verzug geraten, einen Gesetzentwurf zu präsentieren, der den Auftreg des Verfassungsgerichts erfüllt, Witwer und Witwen in der Hinterbliebenenversorgung gleichzustellen. Blüm hat die „Teilheberente" zu den Akten gelegt, um eine völlig neue Konzeption zu präsentieren. Sodann wird die Strukturreform der Rentenversicherung vorbereitet, bei der es um eine neue Anpassungsformel für die Rentenversicherung sowie um die Frage geht, ob Renten voll besteuert oder durch steuerähnliche Abzüge gemindert werden sollen. In jedem Projekt stecken große sachliche Probleme und viel politischer Sprengstoff. Das könnte Blüms Neigung fördern, das Kebinett und das Parlament unter Zeitdruck zu setzen, um seine Pläne möglichst unverändert durch die Gesetzgebung zu bringen. Davor kann nur gewarnt werden.

Als Beispiel tür eine problematische Gesetzgebung kenn man das Vorruhestandsgeld werten. Richtig ist sicherlich, daß die Bundesregierung und die Arbeitgeber in der Auseinandersetzung mit den Gewerkschaften über die 35-Stunden-Woche durch das Angebot des Vorruhestandsgeldes artikulationsfähiger geworden sind. Es liegt eine Alternative euf dem Tisch. Aber die Bonner Offerte ist doch so mager, daß die Gewerkschatten daran wenig Geschmack finden dürtten. Den Kraftekt mit der IG Metell wird man mit diesem Angebot nicht vermeiden können. Bonn bietet für die 59jährigen einen Zuschuß von 40 Prozent zu einem taritlichen Vorruhestendsgeld von 65 Prozent des vorherigen Bruttoerbeitsverdienstes, das die Arbeitgeber zahien sollen. Bislang ist es für die Arbeitgeber billiger, wenn sie die älteren Arbeitnehmer mit 59 entlassen. Sie haben nämlich der Nürnberger Bundesanstalt nur für ein Jahr das Arbeitslosengeld zu erstatten. Danach tritt dann die Rentenversicherung ein.

Blüm hat netürlich gesehen, daß sein Vorruhestandsgeld keine Chance hat, solange es die heutige „59er-Regelung" gibt. So will er den billigeren Weg verschließen. Künftig sollen die Arbeitgeber bei der Entlassung eines 59jährigen also nicht nur des Arbeitslosengeld für ein Jahr, sondern euch noch die Rente für zwei Jahre bezehlen. Des sind im Schnitt annähernd 70 000 DM. Notleidende und subventionierte (Groß-)Betriebe werden von der Erstattungsptlicht befreit. Blüm schimpft, daß bisiang vor ellem Großbetriebe die „59er-Regelung" eusgenutzt hätten. Des ist richtig. Aber sollte diesen Betrieben künftig dieser Weg versperrt werden, sich von älteren Arbeitskräften zu trennen, und sollte es auch keine Vereinbarung über ein Vorruhestandsgeld geben, so werden die Betriebe eben jüngere Arbeitskrätte entlassen müssen, vielleicht 50- bis 55jährige, die dann mit Sicherheit keinen Arbeitsplatz mehr finden werden, aber euch noch keinen Anspruch auf Rente haben. Sozialer Fortschritt?

Wes bislang den Großbetrieben möglich wer, soll künftig kleinen Betrieben bis zu 20 Beschäftigten gestattet werden. Diese sollen sich tariflichen Vorruhestands-Vereinbarungen entziehen können; sie erhelten statt dessen die Möglichkeit, ihre 59jährigen Arbeitnehmer ohne jede Belestung zu entlassen. Wohl niemand wird eine Prognose geben können, ob es nach dieser Gesetzgebung mehr oder weniger Arbeitslose geben wird. Neue Arbeitsplätze werden jedenfells nicht geschaffen, selbst wenn die Arbeitgeber und die Steetskesse kräftig belestet würden. Auch das ist Wende-Politik. Sie schadet möglicherweise wenig, eber sie hilft sicherlich euch nicht. Bis April muß eiles beschlossen sein.

Gefährlicher sind Blüms Pläne für die Rentenversicherung. Blüm will die Hinterbliebenenrente mit Einkommensanrechnung kreieren. Es geht um folgendes: Witwer sollen wie Witwen einen Anspruch euf Hinterbliebenenrente eus den Anwartschetten des verstorbenen Ehepartners erhalten. Diese Ausweitung des Leistungsangebots ist eber nicht zu finenzieren. Daher ist vorgesehen, eigene Einkommen des überlebenden Ehepartners euf die Hinterbliebenenrente beim Überschreiten eines Freibetreges (800 bis 1000 DM) anzurechnen. Zu den eigenen Einkommen sollen euch Renten der Betriebe und der berutständischen Versorgungswerke zählen. Im Klartext heißt das: Die Rentenversicherung kenn ihre Leistungen kürzen wenn der Versicherte auch privat angesammelte Versorgungsbezüge erhält.

Dieses Konzept kann dazu führen, daß das gegliederte Alterssicherungssystem Schritt tür Schrtit ausgehebelt, die private Vorsorge diskriminiert und die Hinterbliebenenversorgung nivelliert wird. Wen wird es noch reizen, Vorsorge für die Lebensrisiken zu tretten, wenn dies am Ende nur der Rentenversicherung zugute käme? Jedentalls wird sichtbar, daß Blüm daran denkt, Hinterbliebenenrenten den Charakter einer Versicherungsleistung zu nehmen und zu einer Sozialleistung zu mechen, deren Höhe sich nach der Bedürftigkeit richtet. Auch das gehört wohl zu der Politik, die Rentenversicherung „schlanker zu machen".

Das „Omnibus-Gesetz" ist euch für die Ärzte von Bedeutung, und zwar vor allem wegen der Absicht, Arbeitnehmer künftig auch teilarbeitsunfähig oder teilarbeitsfähig schreiben zu können. Der Gedanke klingt vernünttig, er wird eber nur schwer in der Praxis umzusetzen sein. Der Arzt muß schon präzise wissen, wes tür eine Arbeit der Arbeitnehmer, der nicht ganz krenk, eber auch nicht ganz gesund ist, euszutühren hat. Er wird sich auf die Angaben des Arbeitnehmers verlassen müssen. Weiche Risiken eber übernimmt der Arzt, wenn etwes schiefgeht und er sich guten Gleubens euf falsche Angaben verlessen hat? Auch über diesen Vorschlag wird noch gründlich nachzudenken sein, wenn etwas Vernünftiges dabei herauskommen soll.

bonn-mot

Landespolitik

Verfassungsrang für Umweltschutz

Als erstes Land der Bundesrepublik wird Bayern den Schutz der Umwelt in seiner Verfassung verankern. Den unmittelbaren Anstoß hierfür hatte kurz vor Jahresende der SPD-Fraktionsvorsitzende vor dem Hintergrund des Waldsterbens und des „sauren Regens" gegeben, als er eine „große Koalition" zur Durchsetzung eines bayerischen Dringlichkeitsprogrammes forderte. Sollte sich die Regierungspartei gegen solche Sofortmaßnahmen sperren, kündigte der Oppositionschef ein Volksbegehren dazu an. Nur wenige Tage später bekundete die Staatsregierung ihre Bereitschaft, den Umweltschutz verfassungsmäßig zu verankern. Zur Begründung hieß es, Ministerpräsident Strauß habe in einem Gespräch mit Bundeskanzler Kohl den Vorschlag einer Sachverständigen-Kommission aufgegriffen, die sich für eine Verankerung des Umweltschutzes im Grundgesetz ausgesprochen hatte. Da nach Auskunft Kohls mit einer solchen Ergänzung in absehbarer Zeit nicht zu rechnen sei, beschloß die Staatsregierung, den Umweltschutz in der Bayerischen Verfassung „noch stärker als bisher zu verankern", in deren Artikel 141, Absatz 2 es bislang heißt: „Der deutsche Wald, kennzeichnende Orts- und Landschaftsbilder und die einheimischen Tier- und Pflanzenarten sind möglichst zu schonen und zu erhalten." Eine Bestimmung, die übrigens auf Wilhelm Hoegner zurückgeht und von der Verfassungsgebenden Landesversammlung 1946 ohne Debatte akzeptiert wurde.

Nur viermal ist seit damals die Bayerische Verfassung geändert worden, da der Weg für Korrekturen und Ergänzungen außerordentlich kompliziert ist. Die erste Änderung betraf die Einführung der christlichen Gemeinschaftsschule (Art. 135 vom 22. Juli 1968). Dann folgten das Wahlalter, das das Alter für das aktive Wahlrecht auf 18, für das passive auf 21 Jahre herabsetzte (Art. 7, Abs. 1 bzw. Art. 14, Abs. 2 vom 15. Juni 1970), und das Wahlrecht, indem die zehnprozentige Sperrklausel auf Regierungsbezirksebene abgeschafft und landesweit die Fünfprozent-Klausel als Voraussetzung für den Einzug in den Landtag festgesetzt wurde (Art. 14, Abs. 1 und Abs. 4 vom 19. Juli 1973). Schließlich wurde mit dem neuen Verfassungsartikel 111 a ebenfalls am 19. Juli 1973 die Rundfunkfreiheit proklamiert und private Rundfunkanstalten in Bayern ausgeschlossen.

Im Vergleich zu diesen vier Verfassungsänderungen in Bayern wurde das Grundgesetz seit seinem Inkrafttreten rund hundertmal geändert. Die Bayerische Verfassung kann nämlich nur über einen Volksentscheid geändert werden. Ihm geht entweder ein Volksbegehren voraus, für das die Antragsteller die Unterschrift von einem Zehntel der knapp acht Millionen bayerischen Wahlberechtigten brauchen. Erst dann kann es dem Wahlvolk zur Entscheidung vorgelegt werden. Der andere Weg, die Verfassung zu ändern, führt über den Landtag. Eine mit Zweidrittel-Mehrheit, für die die 133 CSU-Abgeordneten in der 204 Sitze zählenden Kammer Stimmen der Sozialdemokraten benötigen, gebilligte Vorlage kann gleichfalls dem Volk zur Entscheidung vorgelegt werden, das dann mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen entscheidet. Als Termin für den Volksentscheid über den neuen Umwelt-Artikel in der Verfassung – seine Einführung wird rund anderthalb Millionen Mark kosten – kristallisierte sich in der politischen Debatte der 17. Juni, der Tag der Wahlen zum Europäischen Parlament, heraus.

Wenn es nach den Vorstellungen der Staatsregierung und der CSU geht, so soll dann der Artikel 3 der Verfassung neben der bestehenden Bestimmung „Bayern ist ein Rechts-, Kultur- und Sozialstaat. Er dient dem Gemeinwohl," einen zusätzlichen Absatz 2 erhalten: „Er schützt die natürlichen Lebensgrundlagen und die kulturelle Überlieferung." Der Artikel 141, Absatz 1 und 2 erhalten folgende Fassung: „1. Staat, Gemeinden und Körperschaften des öffentlichen Rechts haben die Aufgabe, die Denkmäler der Kunst, der Geschichte und der Natur sowie die Landschaft zu schützen und zu pflegen, herabgewürdigte Denkmäler der Kunst und der Geschichte möglichst ihrer früheren Bestimmung wieder zuzuführen, die Abwanderung deutschen Kunstbesitzes zu verhindern. 2. Staat, Gemeinden und Körperschaften des öffentlichen Rechts haben im besonderen die Aufgabe, die natürlichen Lebensgrundlagen Boden, Wasser und Luft zu bewahren, die Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts zu erhalten und zu verbessern, den Wald wegen seiner besonderen Bedeutung für den Naturhaushalt zu schützen, kennzeichnende Orts- und Landschaftsbilder und die heimischen Tier- und Pflanzenarten möglichst zu schonen und zu erhalten." Der Absatz 3 des Artikels 141 bleibt unverändert.

Die Sozialdemokraten freilich zeigten sich mit der geplanten Verfassungsänderung nicht voll zufrieden. Sie verlangten zusätzlich dazu ein Ausführungsgesetz zur Bekämpfung des Waldsterbens und zur Verbesserung des Umweltschutzes. Es soll festlegen, daß die Schadstoffemissionen in staatlich kontrollierten Kraftwerken und Unternehmen innerhalb der nächsten drei Jahre um ein Viertel verringert werden. Staat, Gemeinden und Körperschaften des öffentlichen Rechts sollen verpflichtet werden, umweltschonende, energiesparende, lärmarme und schadstofffreie Geräte und Produkte zu verwenden und bis 1985 ihre Kraftfahrzeuge auf schadstoffarmen Betrieb umstellen. Weitere Bestimmungen gelten der Verbesserung der Wasserqualität, der Emissionssenkung und dem Energiesparen sowie dem Schutz der Tier- und Pflanzenarten. Damit will die SPD verhindern, daß die Bestimmungen der neuen Verfassungsartikel unterlaufen werden können.

Bei der Staatsregierung und der CSU bestand jedoch wenig Neigung, ein Ausführungsgesetz mit dem Volksentscheid kombinieren zu wollen. So kritisierte Ministerpräsident Strauß in einer Regierungserklärung bei der Einbringung der Verfassungsänderung im Landtag die Unbestimmtheit der SPD-Forderungen und gab bekannt, daß seine Regierung bereits den Auftrag erteilt habe, alle für den Umweltschutz relevanten Landes- und Bundesgesetze auf mögliche Änderungen hin zu überprüfen. Beide Seiten signalisierten einander jedoch Verhandlungsbereitschaft, um nach Konsequenzen für die Umweltpolitik in Bayern zu suchen, die sich aus der Verfassungsänderung ergeben. Dazu wurden zwischenzeitlich im Maximilianeum hinter verschlossenen Türen Verhandlungen aufgenommen, um zu einer grundsätzlichen Übereinkunft zwischen Regierungspartei und Opposition zu gelangen.

Micheel Gscheidle

Lesung der Landesgruppe beim Kumpfmühler Symposion

(Schluß)

Vom 22. bis 25. September 1983 fand im Dollingersaal des Alten Rathauses in Regensburg das VIII. Kumpfmühler Symposion statt, über das bereits berichtet wurde. Sein Veranstalter, unser cfr. Max Josef Zilch, hat die Landesgruppe zu einer Lesung zum gleichen Thema eingeladen, die am Sonntag, 25. September, im Rahmen einer Matinee durchgeführt wurde, bei der zunächst Professor Dr. med., Dr. phil., Dr. med. h. c. Heinrich Schipperges Grußworte sprach. Anschließend hielt cfr. Gerhard Vescovi einen umfassenden und tiefschürfenden Vortrag über „Heilkräfte des Schönen". Umrahmt wurde dieser Teil von den Vorträgen eines hervorragenden Klangkörpers, des Chor-Ensembles „Amici cantandi".

Nach einer kurzen Pause las dann die Landesgruppe unter Moderation des Vorsitzenden, cfr. Professor Schmid, Aschaffenburg, der zunächst einleitende Grußworte sprach und cfr. Zilch für die Einladung dankte. Es lasen die cfrs. Last, Reger, Rottler, Schmid, Stetter und Zilch. Cfr. Paschke mußte leider kurzfristig aus Gesundheitsgründen absagen; sein Gedicht wurde aber verlesen.

52 i. e. sehr kurze Gedichte und drei Kurzgeschichten kamen zur Lesung. Eine Fülle von Gedanken leuchtete auf, deren geistiges Band etwe so zu beschreiben ist: Arzenei aus Liebe – Eindrücke eus der ärztlichen Praxis – heilende Kräfte wie Mutterliebe – geistige und tegespolitische Situation des Arztes – Gefahren durch zu starke und falsche Psychologisierung des Lebens – persönliche Bekenntnisse – Medizin und Wissenschaft – Ermutigung zum Leben. Cfr. Professor Schmid brachte ein gewisses Kontrestprogremm, d. h. eine kontrestierende Thematik, mit herein, „damit nicht elles auf einer einzigen Welle läuft". Entwicklungsfregen beim Kind und Medizin- und Sozialkritisches standen dabei im Vordergrund. Er hette euch heitere Beiträge zur Auflockerung.

Doch nun ist es besser, als über Gedichte zu reden, die Autoren selbst zu Wort kommen zu lessen. Freilich können es nur kleine Ausschnitte sein.

Max Josef ZILCH eus:

Heilsemes Ur-Symbol: Mutter und Kind

Könnt nimmer Ihr en Wunder gleuben,
weil Euer Denken nur noch
erdgebunden ist,
in einer Welt des Wissens und der Lüge,
dann merket Euch:
Mit jedem Kind wird neugeboren
das Gotteswort,
des heilsam wirkt,
wie Mutterliebe,
die sich zur Nächstenliebe wendelt,
euch für den Feind,
den uns der Teufel zeigt,
der keinen Frieden will,
und keinen Gott,
nur Heß.

Die Botschaft von der Gottesmutter
mit dem Gotteskind
bringt Euch das Wissen von der Gotteswirklichkeit,
in der sich jede andere Wirklichkeit
geborgen findet,
ohne Beweis,
wenn sich der Mensch zurückbesinnt
en jenes erste Wort,
das ihm die Seele gab,
die sich nicht lösen kenn
vom Schöpfergott
als Urgrund elles Seins.
Hört drum das Reunen aus den Augen,
dann könnt Ihr glücklich wieder glauben
an den,
der Euch ins Leben rief,
der mit Euch lebt und liebt und leidet,
der elle Wunden, jede Krankheit heilt,
der weiß um jedes Menschen Schuld
und Leid,
der die Erlösung bringt,
das Heil für immer,
für jeden, der dem Leben dient,
zum Frieden hin,
in Demut,
im Gebet.

Günter LAST:

Psychoenelytische Liebe

Meine Seele bekem
Goldene Flügei;
Zum Flug an die Front
Deines Leidens,
Zu dir.
Bin bei dir stets
Alle Stunden und Tege.
Stütze dein Ich
Im Jetzt und im Hier.

Du wolltest die Freiheit.
Ich schenke sie dir.
Willst nicht mehr leiden.
Drum bleib ich bei dir.
Ich bin dir Schutz,
Dein wärmend Gewand.
Halte dich fest
Mit liebender Hand.

Robert PASCHKE:

Nächtliche Fahrt des Arztes*)

Schwüle Gewitternächte
Blitze am Himmel stehn,
drohen himmlische Mächte
irdischen Menschen Vergehn?!

Einsam oft sind die Stunden,
führen den Arzt übers Lend;
legt er euf schwärende Wunden
still seine heilende Hand.

Blitze durchzucken die Ferne,
feurig im Widerschein;
goldene, gleißende Sterne
funkeln dazwischen herein.

Heimwärts in langsamem Rollen
fährt er sinnend ellein;
weit in der Ferne grollen
Donner in fahlem Schein.

Wilhem REGER:

Bärendienste

Ein Mensch von sehr robustem Wesen
reinigt 'ne Uhr mit einem Besen.
Dem Besen schedet so wes nicht;
die Uhr en solchem Tun zerbricht.
Es gibt auch Dr. Eisenbärthe, –
bekriegen mit dem scherfen Schwerte,
was man mit Tee und warmen Dämpfen
rationeller könnt' bekämpfen.
Es geht so mencher Saubermann
zu eggressiv die Umwelt an.
Es kommt das Heil im Erdensein
von Schwert und Besen nicht allein.

Alfred ROTTLER:

Tönende Worte

Da, habt Ihr eine handvoll hoher Worte:
Gewalt, Geduld, Gerechtigkeit und Gott,
Der Stern, das Böse, Ewigkeit und Tod
Und noch ein paar von dieser besten Sorte;

Unschuld, der Krieg, das Leben,
Himmelspforte,
Das All, das Licht, die Zeit, die Sünde,
Not, Gebet, Unsterblichkeit, das heilig' Brot.
Steckt sie zu Guß und Sud in die Retorte.

Nun fehlen mir noch zwei zu dem Gedicht.
ihr überlegt gespannt, was übrig bliebe,
Ihr werdet ärgerlich und retet nicht.
Wißt Ihr Bescheid, auch wenn ich es nicht schriebe?
So muß ich wohl, der Reim machts mir zur Pflicht.
Es ist ein wenig Herz und viel, viel Liebe.

*) aus „Alter – Krankheit – Tod", Gedichte eines elten Arztes; 1971, Europäischer Verlag, Wien

Franz SCHMID:

Der Erfolgsmensch

Auf dem Kletterweg zur Rose des Erfolges
steigt man auf den Dornen
himmelwärts
getretene Blätter fallen
oder welken seitlos dahin.

Der Griff zur Rose,
die das Licht der Sonne
in die schönsten Farben zaubert,
verdeckt den Blick
nach unten
auf zertretenes Grün.

Die Dornen sind
die „anderen", benutzt als Stufen,
die Blätter die Kinder,
der Stiel die Frau,
mißbenützte Mittel
auf dem Weg zur Blüte.

Oben jedoch ist's einsam
und windgefügig
der kahlgetretene Stiel;
er merkte es erst,
als er erfolgsgeblendet
ohne Auffangblätter fiel.

Erwin STETTER:

Arzt und Wissenschaft (II)

Die Wissenschaft verehrte viel
ist nicht des Menschen allerhöchste Kraft,
Doch ist ein Wirken ohne sie
Vabanquespiel nur. Allein sie schafft,

Daß par distance Erkenntnis reift,
Die recht gewonnen zwingend gültig ist,
Die vieles Gegenständliche begreift,
Es katalogisiert und mißt.

Damit ist ihre Möglichkeit
Beendet allerdings – ein „instrument"
Mit aller seiner Sprödigkeit,
Doch – recht, wenn angewendet – sehr potent.

Dasselbe von der Technik gilt.
Wieviel Genie ist darein investiert!
Sie ist ein Werkzeug. Nimmer schilt
Das Instrument, wenn fälschlich es dosiert!

Auf den, der sie gebraucht, kommt's an.
Er muß die Grenzen kennen, kritisch sein
Und souverän. Nur *der* das kann,
Der Wissenschaft studiert hat, er allein.

Natürlich ist das Arztsein mehr,
Als Wissenschaft und Technik anzuwenden.
Es darf sein Tun damit nicht enden –
Sie geben nur die Instrumente her.

Referent:
Dr. med. Erwin Stetter, Wichernstraße 7, 8450 Amberg

Kongresse – Allgemeine Fortbildung

73. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

am 24./25. März 1984 in Augsburg
Wissenschaftliche Leitung: Collegium Medicum Augustanum
Kongreßleitung: Dr. K. Heilmann, Augsburg
Thema: Unkonventionelle Heilmethoden
Ort: Kongreßhalle der Stadt Augsburg

Samstag, 24. März 1984

9.00–13.00 Uhr:
Eröffnung
Dr. K. Heilmann, Augsburg

Probleme der Iscadorbehandlung in der Praxis
Dr. J. Hoffmann, Ariesheim

Die Decoder-Dermographie in der Routinepraxis zur Erfassung von Funktionsstörungen ohne klinisch greifbaren Befund, als Objektivierungsmethode in Kombination mit den verschiedensten Regulationstestverfahren incl. Medikamententestung zur automatischen Kontrolle von Therapieverläufen
Dr. H. Pflaum, Schweinfurt

Möglichkeiten der Ohrakupunktur
Dr. H. Samiert, Hamburg

Ärztrechtliche Argumente zur Anwendung unkonventioneller Heilmethoden
Frau Professor Dr. I. Oepen, Marburg

Podiumsdiskussion

14.30–18.00 Uhr:
Sportmedizinisches Seminar: Krebsproblem und Sport unter besonderer Berücksichtigung von Hyperthermie und Sauerstoffmehrschritt-Therapie
Leitung: Dr. P. Konopke, Augsburg

Parallelveranstaltungen:

e) Balint-Seminar
Dr. H. Ringler, Bad Oeynhausen
– Voranmeldung erbeten –

b) Laborseminar für medizinische Assistenzberufe
Fa. Boehringer Mannheim

Sonntag, 25. März 1984

9.00–12.00 Uhr:

Zytoplasmatische Therapie und die Methoden der Serum-Desensibilisierung in der Praxis
Professor Dr. K. E. Theurer/Dr. K. G. Theurer, Stuttgart

Homöopathie in der Praxis
Dr. A. Braun, Unterhaching

Die orale Strophanthintherapie
Dr. J. Kreutzer, Bad Iburg

Nitrattherapie
Professor Dr. B. Strauer, München

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (0821) 3256-200

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

7. April 1984
7. Juli 1984
29. September 1984
17. November 1984

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-788, Frau Kiockow, zu richten bis 30. März, 29. Juni, 21. September und 9. November 1984.

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

Fortbildungstagung der Gesellschaft für Neurootologie und Aequilibriometrie e.V.

vom 19. bis 25. März 1984 in Bad Kissingen

Leitung: Professor Dr. C. F. Cleussen, Würzburg

Thema: Die neurootologische Diegnostik im Alter (Presbyvertigo, Presbyataxie, Presbytinnitus)

Ort: Steigenberger Kurhotel, Bad Kissingen

Auskunft und Anmeldung:

Gesellschaft für Neurootologie und Aequilibriometrie e.V., Kurhausstreße 12, 8730 Bad Kissingen, Telefon (0971) 64832

Wissenschaftlicher Kongreß und Arbeitstagung des Landesverbandes der Bayerischen Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte

vom 30. März bis 1. April 1984 in Bad Bocklet

Theme: Psychosometische Erkrenkungen und ihre Behandlung

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro des Landesverbandes der Bayerischen Vertreuens- und Rentenversicherungsärzte e.V., Frankenstraße 36, 8733 Bad Bocklet

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(Innen)

vom 2. bis 13. April 1984 in Erlengen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoreussetzung:
Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telelon (089) 41 47-778

Seminare „Analytische Selbsterfahrungsgruppen"

Veranstalter: Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse M. A. P.

vom 12. bis 16. April 1984 und vom 31. Mei bis 4. Juni 1984 in München

Leitung: Privatdozent Dr. P. Haerlein

vom 31. Mei bis 3. Juni 1984 in Oberwössen

Leitung: Professor Dr. P. M. Pflügler

Beide Seminare sind als Weiterbildungsgänge für Psychotherepie/Psychoanalyse enrechenbar.

Auskunft und Anmeldung:

Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanelyse M. A. P., Bauerstraße 15, 8000 München 40, Telefon (089) 271 59 66

Fortbildungsveranstaltung des Nervenkrankenhauses Bayreuth

am 7. April 1984 in Beyreuth

Thema: Die lumbale Bendscheibenerkrankung in der ärztlichen Sprechstunde

Zeit und Ort: 9.30 Uhr — Nervenkrenkenhaus, Cottenbacher Straße 23, Bayreuth

Auskunft:

Dr. B. Kügelgen, Nervenkrankenhaus Bayreuth, Cottenbacher-Streße 23, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 283308

Tagung des Deutschen Grünen Kreuzes

gemeinsem mit dem Berufsverband der Kinderärzte in Beyern

em 14. April 1984 in München

Verenstalter: Kinderpoliklinik der Universität München

Leitung: Professor Dr. H. Spiess, München

Thema: Mehr Gesundheit für unsere Kinder

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 13.00 Uhr

Ort: Hotel Bayerischer Hof, München

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 4 Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit § 3 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte". Zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde müssen beide Teile absoviert werden. — Die Kursgebühr für den gesamten Einlührungslehrgang (Teil I und II) beträgt DM 500,—.

   E-Kurs I: vom 14. bis 25. Mai 1984
   E-Kurs II: vom12. bie 23. November 1984

2. Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin". — Die vierwöchigen Weiterbildungskurse A, B und C sind gebührenpflichtig, die Gebühr beträgt pro Vier-Wochen-Kurs und Teilnehmer DM 400,—.

   B-Kurs für Arbeitsmedizin: 25. Juni bie 20. Juli 1984
   C-Kurs für Arbeitsmedizin: 1. bis 26. Oktober 1984

   A-Kurs f0r Arbeitsmedizin: 25. Februer bis 22. März 1985
   B-Kure für Arbeitsmedizin: 24. Juni bis 19. Juli 1985
   C-Kurs für Arbeitsmedizin: 30. September bis 25. Oktober 1985

   A-Kurs für Arbeitsmedizin: 17. Februer bis 14. Mörz 1986
   B-Kurs f0r Arbeitsmedizin: 23. Juni bie 18. Juli 1986
   C-Kurs für Arbeitsmedizin: 29. September bis 24. Oktober 1986

Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

Zimmerbestellungen: Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (089) 23911

Auskunft:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozielmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (089) 2184-259 oder 2184-260

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

10. März 1984

Bayreuther Kerdiologenseminar „Der kerdiale Notfall — Aktuelle Aspekte der Diegnostik und Therapie"
Ort: Stadthalle, Bayreuth

21. März 1984

Kolorektale Erkrankungen, Diagnose und Therapie
Privatdozent Dr. Th. Hager, Kronach
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

4. April 1984

Ultreschalldiegnostik des Abdomens und Ausblicke auf technische Neuentwicklungen
Professor Dr. Lutz, Bayreuth
Ort: Stadthalle, Bayreuth

9. Mai 1984

Moderne Ulkustherapie
Prolessor Dr. Miederer
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

19. Mai

6. Bischofsgrüner Kerdiologengespräche
Ort: Höhenklinik, Bischofsgrün

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 292-291 oder 292-215

Bei leichter Hypertonie die patientenfreundliche Therapie

POLYPRESS®

POLYPRESS®
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 0,548 mg Prazosinhydrochlorid (entspr. 0,5 mg Prazosin) und 0,25 mg Polythiazid. **Anwendung:** Bluthochdruck. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Prazosin, Sulfonamide, Coma hepaticum, Niereninsuffizienz mit Anurie, therapieresistente Hypokaliämie, vorerst während der Schwangerschaft, Stillzeit und bei Kindern unter 12 Jahren. **Nebenwirkungen:** Wenn überhaupt, dann meist zu Behandlungsbeginn: Orthostotische Dysregulation, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen, Störungen im Bereich der Verdauungsorgane, wie Übelkeit etc. Seltener Verringerung von Kalium bzw. Erhöhung von Harnsäure oder Glucose im Blut. Äußerst selten, nur von den Einzel-Komponenten bekannt: Intrahepatischer cholestat. Ikterus, Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Kollaps.
PFIZER GmbH · 7500 Karlsruhe 1

Wechselwirkungen: Möglich sind: verminderte Blutzuckersenkung von Antidiabetika, vermehrte Kaliumausscheidung mit Glucocorticoiden, verstärkte Herzglykosidwirkung bei Kaliummangel, verstärkte cardio- und neurotoxische Wirkung von Lithium in höheren Dosen, verringerte Wirkung von Noradrenalin bzw. verstärkte von Curare und Derivaten. Reaktionsbeeinträchtigung bei Alkoholgenuß. Verstärkte Wirkung mit anderen Antihypertonika. **Hinweise:** Bei gleichzeitigem Diabetes mellitus, Gicht und bei Patienten mit eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion Stoffwechsel bzw. Elektrolyte enger überwachen. **Dosierung:** Beginn: 1 x 1 Tablette morgens, wenn nötig nach 2 Wochen 1 x 2 Tabletten morgens, in seltenen Fällen zusätzlich 1 oder 2 Tabletten abends mit etwas Flüssigkeit. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten (N 1) DM 24,40; 50 Tabletten (N 2) DM 53,90; 100 Tabletten (N 3) DM 100,95.
Stand: Dezember 1983

Pfizer PFIZER GmbH · Karlsruhe

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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288

Augenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung der Münchener Universität am 28. März 1984

Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund

Beginn: 16.00 Uhr — Ende: ca. 18.00 Uhr

Ort: Augenklinik der Universität München, Hörsael, Mathildenstraße 8, München 2

Thema: Entzündliche Erkrankungen des äußeren Auges

Auskunft und Anmeldung:
Prolessor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität München, Mathildenstreße 8, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60-38 01

Augenärztlicha Fortbildungstagung der Würzburger Universität em 7. April 1984

Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg (Kopiklinikum)
Direktor: Prolessor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 13.00 Uhr

Thema: Augenärztliche Hilfe in der dritten Welt — Diskussion nach den Vorträgen

Auskunit und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, Telelon (09 31) 2 01-24 02

Elektrokardiographie

Fortbildungskurs in der Elektrokardiographia des Kindesalters der Erlanger Universität am 30./31. März 1984

Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kardiologische Abteilung/Herzzentrum Universität
Direktor: Prolessor Dr. K. Stehr

Leitung: Prolessor Dr. H. Gutheil

Beginn: 30. März 14.30 Uhr — Ende: 18.00 Uhr; 31. März 9.00 Uhr — Ende: 14.00 Uhr

Teilnehmegebühr: DM 50,—

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Kerdiologischen Abteilung der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau Kreller, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telelon (09131) 85-3750

Fortbildungsseminar I vom 4. bis 6. Mai 1984 (Einführungssaminar) und Fortbildungsseminar II vom 18. bis 20. Mei 1984 (Seminar lür Fortgeschrittene) der Technischen Universität München

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

Leitung: Prolessor Dr. C. S. So, Plettling

Beginn: Freitag, 17.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Hörseal der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: Teil I 25. April 1984 (Posteingang); Teil II 8. Mai 1984 (Posteingang)

Einlührungslehrgang (Teil I) em 4./5. Mai 1984 und Fortgeschrittenenseminar (Teil II) am 11./12. Mai 1984 in Bernried

Klinik Höhenried lür Herz- und Kreislaulkrankheiten
Direktor: Privatdozent Dr. H. Hofmann

Leitung: Professor Dr. P. Mathes

Beginn: jewells Freitag, 14.00 Uhr — Ende: jewells Samstag 17.00 Uhr

Teil I: Elektrophysiologische Grundlagen — Ableitungssysteme — Normales EKG — Nomenklatur — Legetypen — Vorhol-EKG — Linksventrikuläre Hypertrophie — Schenkelblockbilder — AV-Blocklerungen — Schrittmacher-EKG

Teil II: Vektorielle Betrachtungsweise — Herzinlarkt — Belestungs-EKG — Repolarisationsstörungen — Elektrolytstörungen — Medikamentöse Einflüsse — WPW-Syndrom und endere Präexzitationssyndrome — Faszikuläre Blocklerungen — Vorhofrhythmusstörungen — Kemmerrhythmusstörungen — Elektrotherapie der Rhythmusstörungen

Teilnehmergebühr: DM 90,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunit und Anmeldung:
Prolessor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telelon (08158) 24340

März — Mai 1984

7. März
Augenheilkunde, München

14. März
Innere Medizin, Würzburg

16./17. März
Sonographie, München

21. März
Neurochirurgie, Günzburg

23. bis 25. März
Nervenheilkunde, Erlengen

28. März
Augenheilkunde, München

30./31. März
Elektrokardiographie, Erlangen

30./31. März
Innere Medizin, München

31. März/1. April
Sonographie, Bernried

6./7. April
Sonographie, München

7. April
Augenheilkunde, Würzburg

27./28. April
Sonographie, München

4./5. Mai
Elektrokardiographie, Bernried

4./6. Mai
Elektrokardiographie, München

5./6. Mai
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, München

5./6. Mai
Radiologie, Deggendorf

11./12. Mai
Elektrokardiographie, Bernried

11./12. Mai
Frauenheilkunde, München

17. bis 19. Mai
Sonographie, München

18. bis 20. Mai
Elektrokerdiogrephie, München

Frauenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung der Münchener Universität am 11./12. Mei 1984

I. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Prolessor Dr. J. Zander

Freiteg, 11. Mei 1984

8.30 bis ce. 19.00 Uhr:
Klinische Problemetik von Erkrankungen der Vulva — Das äußere Genitale in verschiedenen Lebensphesen der Frau — Verletzungen im Bereich des äußeren Genitales — Virusinlektionen — Entzündliche Veränderungen — Gutartige Tumoren — Wertigkeit diagnostischer Methoden — Dystrophische Veränderungen — Lichen sclerosus et atrophicus — Cercl-

noma in situ – Das mikroinvasive Kerzinom – Morbus Paget – Das Melenom eus dermatologischer und gynäkologischer Sicht – Anwendung des CO_2-Lasers

Samstag, *12. Mai 1984*

8.45 bis ca. 17.00 Uhr:

Histopathologie und Ausbreitung des invesiven Vulvakarzinoms – Operetive Behandlung – Elektrokoagulation und Elektroresektion – Strahlenbehandlung – Rediologische Behandlungsmethoden – Zytostatische Behandlung – Behandlung des Vulvakarzinoms in USA – Wiederherstellungschirurgie

Ort: Großer Hörsaal der I. Frauenklinik der Universität München, Maistraße 11, München 2

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. J. Baltzer, I. Frauenklinik der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, Telefon (089) 5 39 71

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungswochenende in plastischer Kopf- und Halschirurgie am 5./6. Mai 1984 der Technischen Universität München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar
Direktor: Professor Dr. W. Schwab

Leitung: Privatdozent Dr. W. L. Mang

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Hörsaal B der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Themen: Diagnostik und Therapie von Mißbildungen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich – Heutiger Stand der Implantate in der wiederherstellenden Kopf- und Halschirurgie

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. W. L. Mang, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-23 90

Innere Medizin

2. Münchener Fiberbronchoskopieseminar am 30./31. März 1984 der Technischen Universität München

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar
Direktor: Professor Dr. H. Blömer

Leitung: Professor Dr. S. Daum, Dr. H. P. Emslander

Zeit: Freitag, 13.00 Uhr – 20.00 Uhr; Samstag, 8.00 Uhr – 13.30 Uhr

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

Themen: Fiberbronchoskopie in Anästhesie und Intensivmedizin – Diagnostik mit dem Fiberbronchoskop – Demonstrationen – Gruppenübungen – Rundtischdiskussion

Kursgebühr: DM 100,–

Begrenzte Teilnehmerzahl (30)

Anmeldeschluß: 15. März 1984 (Posteingang)

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

Nervenheilkunde

12. Fortbildungsverenstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete der Erlanger Universität vom 23. bis 25. März 1984

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. Daun
und
Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen

Beginn: 9.00 Uhr bzw. 17.00 Uhr – Ende: 19.00 Uhr bzw. 13.00 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, Erlangen, und Großer Saal der Stadthalle im Kongreßzentrum, Rathausplatz 1, Erlangen

Themen: Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems, neues in Diagnostik und Therapie – Neuere Ergebnisse in der Suizidforschung – Schädel-Hirntraumen, Nachbehandlung, Rehabilitation, Begutachtung – Videodemonstrationen – Posterdemonstration

Auskunft und Anmeldung:
Neurologische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau K. Paschke, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4563 oder 85-4564, und Psychiatrische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau U. Brinkert, Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4160 oder 85 41 66

Neurochirurgie

Fortbildungsveranstaltung der Neurochirurgischen Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus Günzburg am 21. März 1984

Chefarzt: Professor Dr. K. Schmidt

Beginn: 20.00 s. t. – Ende: ca. 22.30 Uhr

Themen: Das Karpaltunnel-Syndrom – Stabilisierungsoperationen bei Wirbelsäulenverletzungen und -tumoren – Onkologische Konzepte in der Neurochirurgie – Kausale operetive Therapie der Trigeminusneuralgie – Chemonukleolyse

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. P. C. Pothoff, Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus Günzburg, 8870 Günzburg, Telefon (08221) 96442

Fortbildungsveranstaltung des Münchner Blutdruck-Programms (MBP)

am 24. März 1984 in München

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

Ort: Sheraton Hotel, Kongreßsaal A, Arabellastraße 6, München 81

Leitung: Professor Dr. H. Holzgreve, München

10.00–13.00 Uhr:

Begrüßung und Einführung
Dr. H. Hege, München

Einfluß von sozialen Faktoren auf das kardiovaskuläre Risiko
Dr. U. Keil, München

Bedeutung des Zentralnervensystems für die Entstehung der Hypertonie: Fakten – Hypothesen
Privatdozent Dr. Th. Unger, Heidelberg

Blutdruck-Selbstmessung zu Hause
Professor Dr. M. Anlauf, Essen

Sind Therapiegruppen zur Behandlung der Hypertonie erfolgreich?
Frau Dr. R. Mölders-Kober, Hannover

Gibt es eine Differentialtherapie der Hypertonie?
Professor Dr. H. Holzgreve, München

– Nach jedem Vortrag Diskussion –

Auskunft und Anmeldung:
Münchner Blutdruck-Programm (MBP), Brienner Straße 23, 8000 München 2, Telefon (089) 55874-0 und 3874-5382

Intensivmedizin

Symposion „Therapeutische Aspekte bei diffuser fibrinös-eitriger Peritonitis" am 24. März 1984 in München

Institut für Anästhesiologie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar
Direktor: Professor Dr. E. Kolb

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 16.00 Uhr

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

Themen: Zusatztherapie mit Immunglobulinen (Ergebnisse einer multizentrischen Studie) – Chirurgische Aspekte bei diffuser Peritonitis

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. J. Schneck, Institut für Anästhesiologie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2505

Sonographie

Seminar für Sonographie (Aufbaukurs) (Abdominelle Organe) bestehend aus zwei Teilen:

Teil A am 16./17. März 1984 und Teil B vom 17. bis 19. Mai 1984 in München

Stiftsklinik Augustinum, München
Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Leitung: Dr. W. Zimmermann

Teilnehmergebühr: Teil A und B insgesamt DM 200,–

Letzter Anmeldetermin: 6. März 1984 (Posteingang)

---

6. Höhenrieder Echokardiographie-Seminar am 31. März/1. April 1984 in Bernried

Einführungs- und Fortbildungsseminar in die M-Mode

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten
Direktor: Privatdozent Dr. H. Hofmann

Leitung: Dr. A. Schinz

Beginn: Samstag, 9.00 Uhr – Ende: 17.45 Uhr; Beginn: Sonntag, 9.30 Uhr – Ende: 12.30 Uhr

Wochenendveranstaltung mit Fachvorträgen und Demonstrationen

Teilnehmergebühr: DM 90,– (einschließlich Kosten für die Mahlzeiten)

Auskunft und Anmeldung:
Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (08158) 241

Fortbildungsseminar I (Anfänger) am 6./7. April 1984 und Fortbildungsseminar II (Fortgeschrittene) am 27./28. April 1984 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 190,– für niedergelassene Ärzte und Oberärzte; DM 140,– für Assistenzärzte

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I 27. März 1984 (Posteingang); Teil II 17. April 1984 (Posteingang)

Radiologie

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft am 5./6. Mai 1984 in Deggendorf

Kreiskrankenhaus Deggendorf, Radiologisches Institut

Leitung: Dr. P. Reindl, 1. Vorsitzender der Bayerischen Röntgengesellschaft

Beginn: 8.30 – Ende: 17.00 bzw. 13.00 Uhr

Ort: Aula des Robert-Koch-Gymnasiums, Deggendorf

Themen: Die Radiologie des Hüftgelenkes – Sonographie und CT in der Weichteildiagnostik – NMR

Am Freitag, 4. Mai 1984, werden im Kreiskrankenhaus Deggendorf Seminare abgehalten (u. a. Ultraschall – Digitale Angiographie – Interventionelle Radiologie – CT)

Beginn: 14.00 – Ende: 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr (nur für Nichtmitglieder): Niedergelassene und selbständige Ärzte, Chefärzte in leitender Stellung sowie Angestellte der Wirtschaftsunternehmen DM 30,–; Assistenzärzte DM 20,–; Sonntag einheitlich DM 10,–

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. P. Reindl, Radiologisches Zentrum des Kreiskrankenhauses Deggendorf, Perlasberger Straße 41, Telefon (0991) 3426 2

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

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)

Band 62 „Kontroverse Ansichten in Diagnostik und Therapie – Obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, atypische Pneumonien und diffuse Lungenerkrankungen – Rationelle Arzneimitteltherapie"
(Vorträge des 33. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1982)

Investmentkonto in der Schweiz — der richtige Zeitpunkt für Deutsche?

Als anregenden Lesestoff will eine deutsche Public-Relations-Agentur im Auftrag eines eidgenössischen Kunden in deutschen Zeitungen und Zeitschriften einen Text über eine Vermögensbildung deutscher Anleger direkt in der Schweiz unterbringen. Als neu für deutsche Anleger stellt sie ein laufendes Konto Deutscher für Anteile Schweizer Investmentfonds vor.

Dieses Investmentkonto bei einer schweizerischen Großbank biete dem Anleger nicht nur den wirtschaftlichen Erfolg kompetent geleiteter Investmentfonds, heißt es da. Von ebenso großer Bedeutung sei die Qualität des Anlagelandes Schweiz. Die Eidgenossenschaft sei mehr denn je eines der sichersten und stabilsten Länder mit einer Währung, die auch in Zukunft ihren Wert behalten werde, preist die PR-Agentur.

Manche Leute hören aus dieser alten Platte die Kretzer noch immer nicht heraus. Was die Geldentwertung engeht, wer die Bundesrepublik in den letzten dreieinhalb Jahrzehnten vergleichbar der Schweiz stabil. Der Innenwert der Währungen hat sich weder da noch dort andersartig verändert.

Der Außenwert des schweizerischen Frenken lag von 1950 bis 1974 unter einer DM, 1975 bei einer DM und 1976 wieder darunter. 1978 begann er extrem zu klettern und liegt jetzt bei 1,27 DM. Das bedeutet für die schweizerische Wirtschaft eine ernsthafte Bedrohung ihrer Wettbewerbsfähigkeit vor ellem gegenüber ihrem stärksten Abnehmer Deutschlend. Entsprechend dieser extremen Kurshöhe verteuern sich die Schweizer Waren, aber auch die Fremdenverkehrsorte der Eidgenossenschaft für Deutsche. Im benachbarten Schwarzwald lebt der Urleuber bei vergleichbarer Leistung um 40 Prozent billiger.

Kein Wunder, daß die Wirtschaft der Schweiz den Notenbankpräsidenten des Landes, Dr. Leutwiler, zu einer Kurspflege der DM drängt. Der Franken muß für Deutsche wieder billiger werden, will man einen drastischen Rückgang der Geschäfte mit der Bundesrepublik, aber auch mit anderen, für die Schweiz sehr wichtigen Staaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) nicht riskieren.

So schnell, wie der Franken von 1982 bis 1983 um rund siebeneinhalb Prozent gestiegen ist, kann sich sein Kurs auch wieder ermäßigen. Bei sechs Prozent Rückgang ist er wieder auf ca. 1,19 DM gelandet. Daher verstehe ich den Auftraggeber der PR-Agentur nicht, ausgerechnet jetzt Deutsche zur Anlage in einem schweizerischen Investmentfonds bewegen zu wollen.

Dazu müssen Sie für Ihre DM schweizerische Franken kaufen. Die sind zur Zeit extrem teuer. Wenn Sie eines späteren Tages Ihr Investmentkonto in der Eidgenossenschaft auflösen, bekommen Sie Franken und wollen dafür DM erwerben. Allein bei einem Kursrückgang des Frenken auf 1,19 nach einem Jahr büßen Sie durch einen solchen Währungsverlust zwei Drittel, drei Viertel und mehr Ihres Anlage-Erfolges in einem solchen Fonds ein.

Was über die Fonds gesagt wird, können nur Annahmen und Hoffnungen sein, beispielsweise die Feststellung, ein schweizerischer Immobilienfonds investiere in Schweizer Wohn- und Geschäftsliegenschaften mit hohem Wertsteigerungspotential. Gerade in den letzten Monaten war von einer Stagnation und Rückbildung von Immobilienwerten in der Eidgenossenschaft wie in Südfrenkreich die Rede.

Außerdem wird ein Fonds mit schweizerischen Aktien vorgestellt. Andererseits besitzen die Schweizer mehr amerikanische Wertpapiere els die anderen Europäer, nämlich 43 bis 45 Prozent der von Europäern gehaltenen US-Effekten. Selbst wenn darin auch Engagements von Ausländern über Schweizer Banken stecken, werden die ihren Kunden die amerikanischen Papiere ja auch empfohlen haben.

Warum nicht Wertpapieranlage in der und über die Schweiz? Dann aber sollten Sie einen günstigeren Zeitpunkt vor ellem für Franken-Titel abwarten, els er sich heute darstellt.

Horst Beloch

„Doppelverdiener"-Unsinn

Wieviele „Doppelverdiener" überschrieb ein Graphik-Dienst, dessen Vordergründigkeit häufig nur durch die Simplizität seiner Derstellung übertroffen wird, eine seiner statistischen Zeichnungen.

Demnach sind bei Landwirten von je einhundert Ehefrauen 90, bei Selbständigen 66, bei Arbeitern 45 und bei Angestellten und Beamten 43 erwerbstätig. Die Landwirte und die Selbständigen können demnach den Hels nicht voll genug kriegen, so scheint es demnech — und das in einer Periode hoher Arbeitslosigkeit.

Gerade bei diesen Gruppen erbeiten die Ehefrauen oft mit ihrem Ehemann zusemmen und übernehmen relativ einfache Tëtigkeiten wie die einer Magd in der Landwirtschaft, einer Verkëuferin im Einzelhendel oder einer Spechstundenhilfe in der Prexis.

Die Finanzämter echten darauf, daß ihnen angemessene Vergütungen ausgesetzt werden, nicht mehr, els eine fremde Mitarbeiterin für den gleichen Aufgabenbereich verdienen würde.

Im übrigen wird der Begriff „Doppelverdiener" seit Jehrzehnten falsch angewendt. Ein Doppelverdiener ist ein Arbeitnehmer mit einem zweiten Arbeitsplatz oder els Schwerzerbeiter.

Sachlich zutreffend wëre von Gemeinsemverdienern zu sprechen, so sprachlich unschön diese Prëgung klingt. Solange keine bessere gefunden wird, vermeidet dieser Begriff wenigstens Mißverständnisse, wie sie des Wort Doppelverdiener häufig genug hervorruft.

Prosper

Kurz über Geld

WECHSELKURSRELATIONEN der DM zum US-Dollar und zum Schweizer Franken sollten jetzt beobachtet werden, um sich gegebenenfalls von Anlagen in diesen Währungen zu trennen, bevor ein Währungsverlust droht.

PERSERTEPPICHE eus Indien erheblich billiger. Gute Nechknüpfungen für 1000 DM/qm gegen Teppiche eus dem Iran für 2600 DM/qm.

ERTRAGREICHER els festverzinsliche Wertpapiere werden deutsche Aktien in diesem Jehr sein, prognostiziert die österreichische Lendesbenk.

ALTERSRENTEN-ANSPRÜCHE an gesetzliche Rentenversicherung ab 65 jetzt bereits bei Nachweis von 60 Beitragsmonaten.

WERTPAPIERE in- wie ausländischer Herkunft eus Sicherheits- wie Spesengründen niemels privet, nur vom Kreditinstitut kaufen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Dezember 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose nahm im Dezember weiter ab, und zwar von 45 Fällen im November auf 36 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Geringfügig, nämlich von 15 auf 17 Fälle je 100 000 Einwohner, stieg gleichzeitig die Erkrankungsziffer an übrigen Formen der Enteritis infectiosa (übertragbare Darmentzündung) an.

An Virushepatitis erkrankten Menschen im Dezember annähernd ebenso häufig wie im November, nämlich 24 je 100 000 Einwohner.

Leicht erhöhte sich im Berichtsmonat die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis, die entsprechende Ziffer nahm von 4 im Vormonat auf 6 je 100 000 Einwohner zu.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. November 1983 bis 1. Januar 1984 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		endere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepetitis B		nicht bestimmbare 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	7	–	5	2	3	–	–	–	147	1	67	–	46	–	34	–	19	–
Niederbayern	–	–	1	–	–	–	5	–	51	–	8	–	4	–	13	1	4	–
Oberpfalz	1	–	7	–	1	–	9	–	40	–	17	–	4	–	9	1	4	–
Oberfranken	1	–	5	–	–	–	3	–	21	–	9	–	3	–	7	–	3	–
Mittelfranken	1	–	2	1	1	–	1	–	49	–	45	–	22	–	13	1	7	–
Unterfranken	4	1	4	–	–	–	3	–	37	–	18	–	9	–	9	1	8	–
Schwaben	2	1	2	–	–	–	–	–	37	–	20	–	15	–	22	–	2	–
Bayern	16	2	26	3	5	–	21	–	382	1	184	–	103	–	107	4	47	–
Vormonat	5	2	16	3	3	–	11	1	382	–	124	1	95	–	90	1	22	–
München	5	–	3	2	2	–	–	–	44	1	42	–	30	–	16	–	5	–
Nürnberg	–	–	2	1	–	–	–	–	9	–	8	–	6	–	5	–	4	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	7	–	3	–	6	–	8	–	1	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	2	–	–	–	1	1	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	3	–	1	–	1	–	1	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	1	–	7	–	–	–	1	–	2	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	10	–	–	–	1	–	1	–

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Ornithose		Leptospirose		Brucellose		Angeb. Toxoplasmose		Lepra				Tollwutverdacht 2)
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	–	–	1	–	18	1	3	–	3	–	1	–	–	–	–	–	1	–			63
Niederbeyern	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			3
Oberpleiz	–	–	–	–	1	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–			14
Oberfrenken	–	–	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–			24
Mittelfranken	2	–	–	–	8	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–			5
Unterfranken	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–			12
Schwaben	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–			65
Bayern	2	–	1	–	35	1	3	–	10	–	1	–	1	–	1	–	1	–			186
Vormonat	2	–	–	–	30	–	3	–	6	–	–	–	4	–	7	1	–	–			166
München	–	–	1	–	12	1	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–			10
Nürnberg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			1
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Regensburg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Würzburg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
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 infectiose 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.

Schnell informiert

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

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

1. Kurzer Lebenslauf und Einzelheiten über die derzeitige berufliche Stellung

2. Beabsichtigtes Aufenthaltsprogramm, einschließlich Einzelheiten über Land (Länder) und Hochschule(n), die besucht werden, Dauer des Aufenthaltes und voraussichtliche Höhe der Reisekosten

3. Begründung des Aufenthalts unter Angabe seines Zwecks und der späteren Verwendung der so gewonnenen Erfahrungen und Informationen

4. Angaben über Kenntnisse in der (den) Sprache(n) des (der) zu besuchenden Landes (Länder)

5. Erklärung, daß die zu besuchende(n) Hochschule(n) mit dem beabsichtigten Studienaufenthalt einverstanden ist (sind)

Apotheker- und Ärztebank im neuen Haus in Nürnberg

Die Niederlassung Nürnberg der Deutschen Apotheker- und Ärztebank steht den Heilberufsangehörigen nunmehr unter folgender Anschrift zur Verfügung: Spittlertorgraben 3, 8500 Nürnberg 80, Telefon (0911) 2721-0

Video-Band: Erkrankungen der Prostata

Die Mediothek der Universität Basel hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Robapharm GmbH, Badenweiler, diesen Video-Film für die ärztliche Fortbildung entwickelt. Es werden die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der männlichen Vorsteherdrüse im Zusammenwirken mit der Blase, der Miktion und deren Störungen dargestellt. Ein besonderes Anliegen war den wissenschaftlichen Autoren (Professor Dr. H. P. Rohr und Dozent Dr. G. Bartsch) die Differentialdiagnose zu den verschiedenen Formen des Prostatakarzinoms.

Die Serie ist in vier Teile gegliedert, von denen der erste Teil zusammen mit einer ergänzenden Broschüre abgerufen werden kann. — Video-Bänder für VHS, Betamax, Video 2000, können ausgeliehen werden bei: Deutsche Robapharm GmbH, Postfach 520, 7847 Badenweiler 3, Telefon (07632) 6025

Broschüre: Ambulante Herzgruppen heute

Diese neue Broschüre aus der Reihe „Kardiologie in der Praxis" von Boehringer Mannheim, herausgegeben von R. Hopf und M. Kaltenbach (Frankfurt), greift verschiedene Aspekte wie z. B. medizinische, gruppentherapeutische, versicherungstechnische und rechtliche Fragen auf, die in diesem Zusammenhang auftauchen. — Sie kann bei Boehringer Mannheim GmbH, Sandhofer Straße 116, 6800 Mannheim 31, angefordert werden.

Wahlen in der Bayerischen Krebsgesellschaft

Anläßlich der Mitgliederversammlung der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. wurde der Vorstand neu gewählt.

Professor Dr. Hans Ehrhart, München, wurde als Präsident in seinem Amt bestätigt, ebenso Professor Dr. Alfred Breit, Passau, als Stellvertreter.

Wiedergewählt wurden:

Professor Dr. Julius Ries, München, als Geschäftsführer, und Privatdozent Dr. Hans Lochmüller, München, als sein Stellvertreter;

Professor Dr. Hans-Jürgen Soost, München, als Schatzmeister;

als weitere Beiräte Professor Dr. Walter Gallmeier, Nürnberg, und Dr. Wolfgang Zierhut, München.

Professor Dr. Jörg-Rüdiger Siewert, München, wurde neu in den Beirat gewählt.

Einbanddecke 1983 für das „Bayerische Ärzteblatt"

Die Einbanddecke 1983 für das „Bayerische Ärzteblatt" kann zum Preis von DM 9,75 + MWSt. und Versandkosten direkt bestellt werden bei: Buchbinderei M. Ruflert, Sommerstraße 46, 8000 München 90.

Preise: Ausschreibungen

Film- und Fernsehpreis 1984 — Der Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Bonn — schreibt diesen Preis für einen Film oder einen Fernsehbeitrag aus, der Patient und Arzt gemeinsam berührende Probleme in objektiver und verständlicher Form wirklichkeitsnah schildert. Der Beitrag muß in der Zeit vom 1. August 1983 bis 31. Juli 1984 erstaufgeführt oder gesendet worden sein oder werden. — Einsendeschluß: 13. August 1984. Weitere Auskünfte erteilt: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (0228) 373045

Paul-Martini-Preis 1984 — Die Medizinische Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. schreibt hiermit gemeinsam mit der Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. den mit DM 20 000 dotierten Paul-Martini-Preis aus für Arbeiten, die zur Weiterentwicklung wissenschaftlicher Methoden in der Beurteilung klinisch-pharmakologischer und therapeutischer Maßnahmen beitragen. — Einsendeschluß: 30. April 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Medizinische Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., Bildhildisstraße 2, 6500 Mainz, Telefon (06131) 233841.

Max-Rubner-Preis 1984 — Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung schreibt hiermit diesen mit DM 10 000 dotierten und von E. Merck, Darmstadt, gestifteten Preis aus für Arbeiten, die sich mit Fragen der Ernährungstherapie und -prophylaxe beschäftigen. — Einsendeschluß: 1. Juni 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1, Telefon (0611) 720146.

Preis der Deutschen Therapiewoche 1984 — Das Kuratorium der Deutschen Therapiewoche, die Stadt Karlsruhe und die Firmen Dr. W. Schwabe und Pfizer GmbH schreiben hiermit diesen mit DM 15 000 dotierten Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung wissenschaftlicher therapiebezogener Arbeiten. — Einsendeschluß: 15. Mai 1984. Weitere Auskünfte erteilt der Ärztliche Geschäftsführer der Deutschen Therapiewoche, Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1, Telefon (0721) 843021.

Buchbesprechungen

Eine Gesellschaft verdirbt ihre Kinder

Schriftenreihe Medizin im Wendel

Herausgeber: Dr. K. G. Conrad, 123 S., kart., DM 25,—. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Was muß em Kinde geschehen, damit später der Erwachsene in Harmonie mit sich selbst und seinen Mitmenschen ein geordnetes Leben führen kenn? Elf Autoren äußern sich dazu von unterschiedlichen Standorten eus. Ohne daß auf besonders eindrucksvolle (Kriminalstatistik, S. 66) oder auf besonders anfechtbare („Generationenvertreg", S. 74) Ausführungen im einzelnen eingegangen werden kann, soll die Grundrichtung engedeutet werden: Wärme und Geborgenheit sind von den Eltern zu spenden. Die Mutter eines Kleinkindes soll ihre Berufstätigkeit unterbrechen. Schon in den ersten Lebensmonaten braucht des Kind euch die Zuwendung des Vaters. Auf überzeugende Art erinnert das Büchlein en bisweilen vergessene Selbstverständlichkeiten.

Dr. med. R. Althammer, Scheidegg

Psychoanalyse und Moreltheologie

Band I: Angst und Schuld

Herausgeber: E. Drewermann, 208 S., DM 29,80. Metthias-Grünewald-Verlag, Mainz.

Der bekannte Autor schlägt sowohl methodisch-theoretisch eine Brücke in dem wissenschaftlichen Konflikt zwischen Tiefenpsychologie und Moraltheologie, els er auch dem Mediziner in der Praxis viele Anregungen zur psychosomatischen Betrachtungsweise und Ganzheitsmedizin vermittelt. In zahlreichen Beispielen aus der Literatur, von Kehlil Gibrans „Sand und Schaum" bis zu Hermann Hesses „Glasperlenspiel", und anschaulichen Kasuistiken werden die Möglichkeiten der Überwindung von Angst und Schuld eufgezeigt. Zum Studium generale darf die Lektüre dieses Buches allen ganzheitsmedizinisch interessierten Ärzten, eber euch Pädagogen oder Telefonseelsorgern wärmstens und dringend empfohlen werden.

Dr. med. A. Taller, Welden

Strehlenschutz in der Kinderradiologie

Herausgeber: Dr. H. Fendel/Professor Dr. F.-E. Stieve, 120 S., 17 Abb., 29 Tab., DM 29,80. H. Hoffmann Verlag, Berlin.

Zwischen der Kinderrediologie und der allgemeinen Radiologie gibt es in vieler Hinsicht Unterschiede. In Erkenntnis dieser besonderen Bedingungen hat National Council on Rediation Protection and Measurements Empfehlungen zum Strahlenschutz ausgearbeitet und els NCRP-Bericht Nr. 68 veröffentlicht. Ziel dieses Berichts ist, eine praktische Anleitung zu geben, wie Röntgenuntersuchungen bei Kindern durchzuführen sind, um die Strahlendosis der kleinen Patienten und der sie betreuenden Personen herabzusetzen. Er ist hauptsächlich für Kinderärzte, Radiologen, Röntgenassistenten und solche Ärzte gedacht, die zu diagnostischen Zwecken Röntgenuntersuchungen von Kindern veranlassen.

Reisen im Alter

Urlaub und Kur für ältere und behinderte Menschen

Herausgeber: I. Füsgen, 228 S., 37 Abb., DM 14,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York.

In diesem Buch werden Fragen der Verkehrsmittel, der Orts- und Zeitwahl, der Klimatologie, der Bäderbehandlung und Diätetik sowie der Kosten und Kostenrückerstattung (Bundessozialhilfegesetz, steuerliche Abzugsfähigkeit u. ä.) eusführlich erörtert. Ein Abschnitt über spezifische Probleme bei chronischen Krankheiten und Behinderungen rundet die Darstellung ab.

Entzündliche Erkrankungen des Dünn- und Dickdermes

Hereusgeber: F. P. Gall/H. Groitl, 288 S., 65 ferb. Abb., 92 schwarz-weiß Abb., kart., DM 96,—. perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Es handelt sich um den Berichtsstand über ein Symposion, das an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen abgehalten wurde. Im Vordergrund der Erörterungen stehen aktuelle Fragen zur Ätiologie und Therepie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa. So werden Fragen der Ernährung, der Immunologie, genetische Aspekte und der ursächliche Einfluß durch infektiöse Agentien diskutiert. Beiträge zur Pathologie, zur Klinik, insbesondere zur Differentialdiagnose beider Erkrankungen, sowie zur konservativen und chirurgischen Therapie runden das Bild ab.

Daneben enthält der Band aber euch eine Reihe von Referaten zur Stomatherapie, von Problemen der chirurgischen Anlage des Stomas, über den Erlanger Magnetring bis hin zur Stomapflege. Gerade diese Beiträge enthelten eine Reihe von wichtigen Hinweisen für die praktische Arbeit bei Stomaträgern.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Klinisch-anetomische Tafel: Computertomographie des Thorex

Herausgeber: K.-F. Gürtler/R. Buurman/K. Lackner, 57 Abb., 107 x 85 cm, mit Holzleisten, in einer Rolle, DM 120,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York.

Die auf 57 Abbildungen wiedergegebenen Befunde sind in sieben Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt Anatomie werden die anatomischen Strukturen einschließlich des Herzens in Zuordnung zu einem Röntgenübersichtsbild dargestellt. In den drei folgenden Abschnitten Herz, Herzbeutel und Gefäße sind die wichtigsten computertomographisch erfaßbaren pathologischen Befunde, wie Vergrößerung der einzelnen Herzhöhlen, Herztumoren und Thromben, Perikarderguß, Gefäßanomalien und Aortenaneurysmen abgebildet. Entsprechend der klinischen Bedeutung betreffen die meisten Abbildungen im folgenden Abschnitt pathologische, zystische, solide und entzündliche Mediastinalprozesse. Die beiden letzten Abschnitte zeigen vorwiegend tumoröse Erkrankungen der Lungen und der Thoraxwand. Die Legenden enthalten die Diagnose.

Andreas Hofer und die Beyern in Tirol

Herausgeber: D. Stutzer, mit einem Beitreg v. H. Hanko, 296 S., 8 s/w-Tafeln, Leinen, DM 38,—. Rosenheimer Verlagshaus.

War der Tiroler Volksaufstand von 1809 ein Freiheitskampf oder ein Krieg um Wirtschaftsinteressen? Dietmer Stutzers Ergebnisse zwingen in mancher Hinsicht zur Revision des überkommenen Geschichtsbildes sowohl von der bayerischen Verwaltung in Tirol als auch vom Aufstand des Andreas Hofer.

Kinderpsychopathologie

Herausgeber: H. St. Herzka, 249 S., 68 Tab., geb., DM 72,–. Verlag Schwabe & Co. AG, Basel-Stuttgart.

Ziel des Buches: „Eine Auswahl knapp formulierter Kenntnisse über seelische und seelisch-körperliche Entwicklungsstörungen und Krankheiten des Kindes- und Jugendalters zu vermitteln." Es ist gegliedert nach den Altersstufen des Kindes. Einer einleitenden Darstellung der Grundlagen der Kinderpsychopathologie folgt die Besprechung der Störungen und Krankheiten der einzelnen Entwicklungsabschnitte. Den Abschluß bildet ein Kapitel über die Methoden diagnostisch-therapeutischen Vorgehens. In einer klaren Ausdrucksweise wird praxisbezogenes Elementarwissen dargeboten. Hervorzuheben sind die instruktiven, grau unterlegten Tabellen, die eine konzise Übersicht des Stoffes geben und dem Leser helfen, sich das notwendige Wissen stichpunktartig zu vergegenwärtigen und einzuprägen. Sinnvoll ist es, sie auswendig zu lernen. – Insgesamt ein hervorragender Leitfaden, der als Arbeitsbuch konzipiert die gedankliche Mitarbeit des Lesers in besonderem Maße zu aktivieren vermag. Das Buch gehört in die Handbibliothek von Pädiatern und Kinder behandelnden Allgemeinärzten und Internisten.

Dr. rer. nat. M. Wolf, Kinderarzt, Waldkraiburg

Arbeitsdiagnose – Neue Wege der chirurgischen Diagnose und Therapie

Herausgeber: M. Hobsley, Übersetzung v. C. Mendler, 488 S., 37 Abb., 1 Tab., brosch., DM 98,–. Verlag S. Karger AG, Basel.

Das diagnostische und therapeutische Vorgehen in der täglichen chirurgischen Praxis wird, nach Leitsymptomen geordnet, eindrucksvoll erläutert. Das Buch besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil „Elektive Chirurgie" werden allgemeinchirurgische Situationen abgehandelt, die keiner dringenden Sofortmaßnahmen bedürfen, wobei dem Leser differentialdiagnostische Überlegungen und weiterführende Untersuchungen systematisch aufgezeigt werden. Im zweiten Teil wird das konsequente Vorgehen bei chirurgischen Notfällen dargelegt. Ausgangspunkt jeder weiteren Handlung ist jeweils die schwerwiegendste aller möglichen Diagnosen aufgrund der augenblicklich vorliegenden Befunde, die sogenannte „Arbeitsdiagnose". Durch fortwährende Entscheidungen von Ja/Nein-Alternativen wird die Arbeitsdiagnose immer wieder geändert oder bestätigt, und so die endgültige Diagnose immer mehr eingekreist. Flußdiagramme am Ende jedes Kapitels erleichtern die rasche Rekapitulation. Sehr zu empfehlen für PJ-Studenten und chirurgisch noch wenig Erfahrene.

Dr. med. H. Dietz, Landshut

Sammlung von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe

Herausgeber: R. Luyken/Professor G. Pottschmidt/H. G. Thoelke/Dr. F. Wandtke/J. Zitzmann/Dr. H. Weil, 1188 S., Loseblattwerk in 2 Plastikordnern, DM 132,–. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Das Werk beschränkt sich nicht nur auf die Entscheidungen zur ärztlichen Berufsordnung, sondern umfaßt alle akademischen Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker). Dieses Loseblattwerk gibt somit einen Überblick über die gesamte bisherige Rechtsprechung der Heilberufsgerichte, soweit sie für die Auslegung und Anwendung des Berufsrechts der Heilberufe von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Arzneimittel in der allgemein-ärztlichen Praxis

Tabellen – Preise – Begründungen

Herausgeber: M. Kochen/H. Kewietz/G. Härter, 160 S., 42 Tab., geh., DM 20,–. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Dieses praxisbezogene Taschenbuch bietet vor allem dem niedergelassenen Arzt erstmalig eine zeitsparende Orientierungshilfe, um sich im Überangebot des Arzneimittelmarktes zurechtzufinden. Aufgrund vornehmlich praktischer Erwägungen wie Verträglichkeit und Wirtschaftlichkeit wurden erprobte Pharmaka nach Indikationsgebieten in Tabellen zusammengestellt, wobei die Einteilung im wesentlichen der „Roten Liste 1982" entspricht.

Die Tabellen umfassen den Generic name der Wirksubstanz, Beispiele für Handelspräparate, Handelsform, Kostenbereich für die Tagesdosis sowie einige praktische Hinweise. Der bewußt knapp gehaltene Text wird durch Literaturhinweise ergänzt.

Dr. med. Charlotte Herrlinger, Erlangen

Augenheilkunde

Herausgeber: Professor Dr. W. Leydhecker, 317 S., 313 z. Teil farb. Abb. in 402 Einzeldarst., geh., DM 58,–. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York.

Der ursprünglich von Schieck 1919 angelegte Charakter des Buches wurde weiterhin gewahrt: Kürze der Ausdrucksweise, instruktive Abbildungen, Betonen des Wichtigsten u. a. durch Umrandungen oder eine besondere Farbgebung. Neben den Kapiteln Anatomie, Physiologie, Krenkheiten der einzelnen Augenabschnitte und Störungen des beidäugigen Sehens, wurden den Augenleiden im Kindesalter, den Altersveränderungen, dem Glaukom sowie den Verletzungen gesonderte Abschnitte gewidmet. Die arbeitsmedizinischen, sozialophthalmologischen und gutachtlichen Fragen sowie Kapitel über Kontaktlinsen und Pharmokologie der Pupille konnten neu eutgenommen werden. Ein Repetitorium in Fragenform und eine Quizsammlung schließen das Lehrbuch ab, das als Standardwerk den Studierenden aber auch allen in der Praxis tätigen Kollegen weiterhin sehr empfohlen werden kann.

Professor Dr. med. Lieselotte Toppel, München

Einführung in die praktische Elektrokardiographie

Herausgeber: Dr. G. Meyer-Hofmann/Dr. T. Kentschew, 2. überarb. u. erw. Aufl., 251 S., 217 Abb., 21 Tab., Taschenbuch, DM 19,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Dieses Buch macht sicherlich als Einführung mit den Grundbegriffen der Elektrokardiographie vertraut, dennoch erscheint es in manchen Abschnitten nicht immer ganz verständlich und übersichtlich. So ist das differentialdiagnostische Tabellarium nicht mit Leitüberschriften versehen, ebensowenig wie die Abbildungen zum Belastungs-EKG mit Legenden oder die Abbildung 65 (Schenkelblockbilder) mit Bezeichnung der jeweiligen Ableitung. Im Sachregister vermißt man eine fettgedruckte Bezifferung zum rascheren Auffinden der wesentlichen Kapitel. Auch Hinweise z. B. auf das Long-QT-Syndrom oder die Kardiomyopathien vermißt man. – So scheint das Buch wohl als Einführung in die Grundlagen des EKGs in Frage zu kommen, jedoch für die „praktische Elektrokardiographie" angesichts der zur Verfügung stehenden Literatur nicht unabdingbar.

Dr. med. A. Greiner, Bad Kissingen

Medikamentöse Augentherapie

Herausgeber: Dr. P. U. Fechner/Dr. K. D. Telchmenn, 270 S., 21 Abb., 27 Tab., DM 88,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die vorliegende Zusammenstellung der medikamentösen Augentherapie gibt nicht nur einen umtassenden Überblick der derzeitigen konservativen Behandlungsmögfichkeiten sondern macht in übersichtlicher Gliederung detaillierte Angaben zu einzelnen therapeutischen Maßnahmen. Debei sind neben den Dosierungsschemata euch die Nebenwirkungen und Komplikationen berücksichtigt, so daß die Monographie über einen streng ophthalmologischen Rahmen hinaus auch wichtige Informationen für die anderen medizinischen Disziplinen enthält und nicht ellein dem Augenarzt zu empfehlen fst, da fnsbesondere dem ausführiichen Therapievorschlag eine Beschreibung des Krenkheitsbildes vorangeht.

Professor Dr. med. Liselotte Toppel, München

Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie

Logotherapie in der Beretungspraxis

Herausgeber: Dr. E. Lukas, 432 S., Serie „Wegzeichen", Taschenbuch, DM 16,90. Verlag Herder, Freiburg.

Die Autorin versucht in ihrem Buch durch ein Hervorheben der positiven Seiten der von V. E. Frankl geschaftenen „Logotherapie" eine breuchbare Alternative zur Tietenpsychologie in der täglichen Praxis psychotherapeutischer Behandlungsmethoden anzubleten. Der erste, etwas inhomogene Teil der Lektüre wendet sich en den Ratsuchenden und besteht aus veröttentlichten Reteraten und aus Fachzeitschritten. Der zweite Abschnitt ist auf den Ratgebenden ebgestimmt und gibt einen Überblick über Inhalt und praktische Anwendung der Logotherapie, wobei theoretische Überlegungen durch ausgiebige Kasuistik verdeutlicht werden. Dadurch liest sich das Buch sehr lebendig und sticht in erfreulicher Weise von ähnlicher (pseudo-)wissenschaftlicher Literatur ab.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

Spondylosis hyperostotice

Herausgeber: Prof. Dr. V. R. Ott, 120 S., 79 Abb., 34 Teb., kart., DM 48,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Spondylosis hyperostotica ist eine entzündungsfreie, proliferative und osteoplastische Systemerkrankung des periossären und inserierenden straffen Bindegewebes mit vorwiegender Manifestetion an der Wirbelsäule. Krankheiten, die einen „interdisziplinären Charakter" heben, und dies ist bei Krankheiten des Skelettsystems häufig enzutreffen, werden nicht selten stiefmütterlich behandelt. Eine Überweisung zum nächsten Kollegen, dem die Beurteilung überlassen wird, ist bequem.

Zur Spondylosis hyperostotica äußerten sich im vorliegenden Kongreßbericht fnternisten (rheumatologischer-, endokrinologischer-, physikelischer-belneologischer Prägung), Radiologen, Orthopäden, Neurochirurgen und Pathologen in ausführlicher Form. Diese zusammenfassende Darstellung hilft ellen Disziplinen, auch dem Allgemeinmediziner, brauchbare fnformationen über eine degenerative Krenkheit und ihre Differentialdiegnose zu erhalten, wenn auch aus den einzelnen Beiträgen zu ersehen ist, daß es noch viel Unbekanntes, vor allem hinsichtlich der Ätiologie und Pethogenese dieses auch geschichtlich interessanten Krankheitsbildes zu erforschen gibt.

Dr. med. H.-K. Golschke, Bad Brückenau

Klinische Transfusionsmedizin

Hereusgeber: W. Schneider/R. Schorer, 375 S., 32 Abb., 73 Teb., DM 88,—. edition medizin im Verfeg Chemie/Physik, Weinheim.

Die Autoren, zumeist Angehörige der Tübinger Kliniken, geben einen umfassenden Überblick über Indiketion, Grenzen, Gefahren und mögfiche Komplikationen von Transtusionen. Hierbei wird Wert gelegt auf die „Transfusion nach Maß", d.h. eut die geziefte Substitution der notwendigen Blutbestendteile. Eingehend werden Technik und sachgemäße Bereitstellung von Blutkonserven und Blutderivaten abgehandelt. Die Darstellung der serologischen Grundlagen der Blutkörperchen und der Pathophysiologie des akuten Blutverlustes führt schfießlich zur Hämotherapie der Unfall- und operativen Medizin, der inneren Medizin, Geburtshilte und Gynäkologie sowie der Perinatalperiode und Pädiatrie. Sehr wichtig erscheint mir die Ergänzung des Buches durch Fragen aus der Rechtsmedizin mit Definition von Rechtsvorschriften, in denen die Verantwortung des transtundierenden Arztes festgelegt ist. So kann dieser Band als wertvoller Leitfaden für alle Fregen der Transfusionsmedizin sehr empfohlen werden.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Teschenbuch der unerwünschten Arznefwirkungen

Herausgeber: Professor Dr. E. Weber, 729 S., DM 78,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Das vorliegende Werk im handlichen Taschenbuchformat ist auf die Anforderungen der Praxis zugeschnitten. Es bietet eine einheitliche, übersichtliche Gliederung, durch die das Wesentliche rasch erfaßt werden kann. Die Substanzen sind in alphabetischer Folge der Freinamen in Kürze dargestellt. Hauptstichworte: Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen — Liste der wichtigen Handelspräparate — Interaktionen. Große Arzneimittelgruppen werden zudem in Übersichtstabellen vergleichend erschlossen. Zusammen mit dem umfangreichen Register ist dieser Band ein zuverlässiger Ratgeber.

Berge und Seen

Herausgeber: K. Schubert/H. Heyn, 192 S., davon 96 S. Kunstdruckteil, 48 z. T. doppelseitige Farbtafeln, Leinen, DM 65,—. Rosenheimer Verlagshaus.

Schuberts Bilder sind Malerei mit der Kemera. Durch sein Objektiv gesehen verliert die Landschaft ihre Gegenständlichkeit und wird zur Empfindung. Ergänzt werden diese Bilder durch literarische Impressionen von J. W. Goethe bis Chr. Morgenstern, die Heyn zusammengetragen hat. Wer das Lend der Berge und Seen liebt, wird sich bezeubern lassen von den Stimmungen dieses Fotokunstbandes.

Unsere Liebe Freu im Jehr

Merienlob in Lied und Legende

Herausgeber: S. Lendmann, 176 S., davon 16 Farbtafeln und 60 s/w-Abb., 80 Notenbeispiele, lam. Pappband, DM 19,80. Rosenheimer Verlagshaus.

Zahflose Volkslieder und Legenden ranken sich um die vielen Marienfeste und -gedenktage, die in dichter Folge durchs Jahr führen. Die schönsten davon sind in diesem Band zusammengetragen und mit Mariendarstellungen eus dem Bereich der Volkskunst illustriert.

Kongreßkalender

Rückfragen nur bei den jeweils angegebenen Auskunftsstellen. – Angaben im Kongreßkalender ohne Gewähr.

April 1984

1.–7. **Davos:** 16. Internationaler Diagnostik-Kurs. – Auskunft: IDKD, Postfach 2132, CH-8028 Zürich.

2.–13. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen). – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

3.–13. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz auf allen Anwendungsgebieten für Naturwissenschaftler und Ingenieure im medizinischen Bereich. – Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

4. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.

5.–7. **Köln:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin. – Auskunft: Technischer Überwachungsverein Rheinland e. V., Direktionsbereich G, Konstantin-Wille-Straße 1, 5000 Köln 1.

5.–7. **Salzburg:** 3. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für künstliche Ernährung. – Auskunft: Dr. H. Lochs, Lazarettgasse 14, A-1090 Wien.

6.–7. **München:** Sonographisches Fortbildungsseminar für Anfänger. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

6.–8. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. – Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

7. **Bad Aibling:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. – Auskunft: Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.

7. **Bayreuth:** Fortbildungstagung „Die lumbale Bandscheibenerkrankung in der ärztlichen Sprechstunde". – Auskunft: Dr. B. Kügelgen, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth.

7. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

7. **Würzburg:** 8. Ärztliche Fortbildungstagung. – Auskunft: Professor Dr. K. Kochsiek, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

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

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

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

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

Meine Anschrift BA

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

7. **Würzburg:** Augenärztliche Fortbildungstagung. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.

7.–8. + 14. **Bad Nauheim:** Fortbildungstagung der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen. – Auskunft: Akademie für Ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.

9.–13. **Bad Brückenau:** Intensivkurs-Woche für homöopathische Medizin in den Kursstufen A, B, C und D. – Auskunft: Dr. W. Buchmann, Hammersteindamm 123, 2000 Hamburg 26.

9.–19. **Neutreuchburg:** Kurs für Grundlagen und Techniken der Physikalischen Therapie unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.

10.–13. **München:** Analytica '84. – Auskunft: Dr. R. Vogel, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2.

11. **Bad Kissingen:** Weiterbildungslehrgang „Psychotherapie-Psychoanalyse". – Auskunft: Alfred Adler, Institut für Individualpsychologie e. V., Dall'Armistraße 24, 8000 München 19.

12.–14. **Salzburg:** 1. Kongreß deutschsprachiger Neurologen. – Auskunft: Professor Dr. H. Lechner, Auenbruggerplatz 15, A-8010 Graz.

12.–16. **München:** Seminar „Analytische Selbsterfahrungsgruppen". – Auskunft: Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse, Bauerstraße 15, 8000 München 40.

13. **Wien:** Jehrestegung der Österreichischen Radioonkologen. – Auskunft: Prim. Dozent Dr. G. Alth, Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien.

13.–15. **Bad Wörishofen:** 40. Seminer „Autogenes Treining" des Kneipp-Bundes e.V. – Auskunft: Kneipp-Bund e.V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.

14. **München:** Tagung des Deutschen Grünen Kreuzes. – Auskunit: Prolessor Dr. H. Spiess, Pettenkolerstraße 8 e, 8000 München 2.

14.–15. **München-Grünweld:** Tegung der Internationalen medizinischen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke e.V. – Auskunft: Internationele medizinische Geselischeit lür Neureltherepie nech Huneke e.V., Eichelbechstreße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.

16.–27. Meren: XVI. Internationaler Seminerkongreß für prektische Medizin der Bundesärztekemmer und der Österreichischen Ärztekemmer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekemmer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

16.–28. **Brixen:** 17. Internetionaler Oster-Seminer-Kongreß lür pädiatrische Fortbildung. – Auskunit: Berulsverband der Kinderärzte Deutschlands e.V., Bergisch Gladbecher Straße 735, 5000 Köln 80.

18. **München:** Augenärztliche Fortbildungsverenstaltung. – Auskunft: Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.

22.–26. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar. – Auskunit: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

24. 4.– 5. 5. **Lindau:** 34. Lindeuer Psychotherapiewochen. – Auskunit: Sekreteriat der Lindeuer Psychotherapiewochen, Orlendostraße 8/IV, 8000 München 2.

25.–28. **München:** 101. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunit: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Elektrastraße 5, 8000 München 81.

25.–28. **München:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie im Rahmen des 101. Kongreß der Deutschen Gesellschaft lür Chirurgie. – Auskunft: Professor Dr. H. Mildenberger, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover.

26.–28. **Berlin:** 10. Symposion über Pädietrische Intensivmedizin. – Auskunft: Privetdozent Dr. H. Schachinger, Heubnerweg 6, 1000 Berlin 19.

26.–28. **Veitshöchheim:** 10. Gemeinsame Tegung der Beyerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft lür Urologie. – Auskunit: Professor Dr. H. Frohmüller, Luitpoldkrankenhaus, 8700 Würzburg.

27.–28. **München:** Sonographisches Fortbildungsseminar für Fortgeschrittene. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

27.–29. **Frenklurt:** I. Internetioneler Kongreß der Sportphysiotherapie. – Auskunit: medicel-concept, Wollgang-Zimmerer-Straße 6, 8056 Neufahrn.

27.–29. **Mennheim:** 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauflorschung. – Auskunit: Professor Dr. P. R. Lichtlen, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover.

28.–29. **München:** Internationales Symposion „Moderne Nahtmaterialien und Nahttechniken in Gynäkologie und Geburtshilfe". – Auskunft: Privatdozent Dr. P. Scheidel, Marchioninistreße 15, 8000 München 70.

28. **Wiesbeden:** Internisten-Jogging im Rahmen des Endoskopieseminares. – Auskunit: Deutscher Verband langlaufender Ärzte e.V., Prinzregentenstreße 1, 8900 Augsburg.

28. 4.– 1. 5. **Bad Aussee:** 30. Bad Ausseer Symposion. – Auskunft: Dr. R. Kurz, Heinrichstraße 31, A-8010 Graz.

29. 4.– 3. 5. **Wiesbaden:** 90. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. – Auskunit: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Humboldtstraße 14, 6200 Wiesbaden.

29. 4.– 8. 5. **Bad Brückenau:** Lehrgang für Physiotherapie der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e.V. Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e.V., Fritz-Frey-Straße 21, 6900 Heidelberg.

30. 4.– 1. 5. **St. Peul/Lavanttal:** Organisation in der Notlall- und Katastrophenmedizin. – Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien.

30. 4.– 4. 5. **Kleppholttal:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft lür Gesundheitsvorsorge e.V., Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.

„Bayerisches Ärzteblatt". Hereusgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inheber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperscheft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hens Joachim Sewering, Dr. med. Hermenn Breun, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verentwortlich für den redaktionellen Inheit: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verleg und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstreße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 551 77-0, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: etlesprese. Für den Anzeigenteil verentwortlich: Alexender Wisetzke.

Druck: Druckerei und Varleg Hene Zauner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotogratie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprechen für elle veröffentlichten Beiträge vorbehelten.

Nechdruck, auch euszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlegs. Rücksendung nicht verlengter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereitater Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinscheft Leserenelyse medizinischer Zeitschriften e.V.

ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Ganz sicher für die Praxis

Ausgabe 7 vom 10. 3. 1984

Leberschädigung durch Medikamente
Können leberschädigende Nebenwirkungen durch Medikamente auftreten?

Leberschädigung durch Industrieschadstoffe und Nahrungsgifte
Welche Industrieschadstoffe und Nahrungsgifte verursachen Leberschäden?

Leberschädigung durch Alkohol (1)
Pathogenese und Biochemie

Leberschädigung durch Alkohol (2)
Morphologie und Klinik – Therapie und Prognose

Asbest – ein Umweltproblem?
Die Problematik der Asbestbelastung für die Umwelt

Außerdem wie immer

ZFA TELEX ZFA TELEX

mit aktuellen Meldungen in jeder Ausgabe

HIPPOKRATES VERLAG GMBH

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

In unserer vertrauensärztlichen Dienststelle Fürth ist wegen Eintritts des bisherigen Stelleninhabers in den Ruhestand die Stelle des

Leitenden Arztes

zum nächstmöglichen Zeitpunkt neu zu besetzen.

Eine längere Praxis oder klinische Erfahrung, auch auf dem Gutachtersektor, sowie umfassende allgemeinmedizinische Kenntnisse und Interesse an der sozialmedizinischen Aufgabenstellung werden vorausgesetzt. Die Anerkennung als Internist oder als Arzt für Allgemeinmedizin ist erwünscht. Neben organisatorischen Fähigkeiten ist vor allem die Eignung zur Personalführung erforderlich.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis vorgesehen. Die Stelle ist mit Besoldungsgruppe A 16 – Leitender Medizinaldirektor – ausgewiesen.

Die Vergütung und alle sonstigen Leistungen richten sich nach den Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes. Es werden Gelegenheiten zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Fachkongressen eingeräumt. Die Dienstzeit gewährleistet eine Fünf-Tage-Woche ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Nachweise über ärztliche Tätigkeit, Lichtbild usw.) richten Sie bitte an die **Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken,** – Personalreferat –, Wittelsbacherring 11, **8580 Bayreuth,** Telefon (09 21) 607-226.

Für weitere Auskünfte an interessierte Bewerber stehen unser **Landesvertrauensarzt, Leitender Medizinaldirektor Dr. Gröninger,** Telefon (09 21) 607-640 sowie der **Leiter der Abteilung Verwaltung, Leitender Regierungsdirektor Büttner,** Telefon (09 21) 607-222, gerne zur Verfügung.

STADT **BAYREUTH**

Die Stadt Bayreuth
sucht für ihre Städtischen Krankenanstalten zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine(n) Oberarzt (-ärztin)

für die **Kinderklinik**

(Leitender Abteilungsarzt Privatdozent Dr. G. F. Wündisch).

Die Kinderklinik verfügt über 83 Planbetten mit Frühgeborenenstation, Intensivstation, Infektionsstation, Säuglingsstation, Kinderstation und Aufnahmestation, Pädiatrische Radiologie, EKG, Echo-, Sonographie- und EEG-Labor.

Der Leitende Abteilungsarzt ist zur vollen Weiterbildung zum Kinderarzt ermächtigt.

Bewerber um die Stelle müssen Gebietsarzt für Kinderheilkunde sein und über umfassende Erfahrungen auf dem Gebiet der gesamten Kinderheilkunde verfügen. Die Bewerber sollen besonders weitergebildet sein in pädiatrischer Intensivmedizin/Neonatologie/Perinatologie sowie pädiatrischer Radiologie und Sonographie. Weitere Spezialkenntnisse sind wünschenswert. Der/die Bewerber(in) muß in der Lage sein, den Leitenden Abteilungsarzt voll zu vertreten.

Die Vergütung richtet sich je nach Berufsjahren nach VergGr. Ib/Ia des Bundesangestellten-Tarifvertrags (BAT). Hinzu kommen Vergütungen aus der Rufbereitschaft. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Die Städtischen Krankenanstalten Bayreuth (560 Planbetten) umfassen eine Allgemeinchirurgische Klinik, eine Unfallchirurgische Klinik, zwei Medizinische Kliniken (Kardiologie und Gastroenterologie), eine Gynäkologisch-Geburtshilfliche Klinik, eine Kinderklinik, eine Anästhesieabteilung, Belegabteilungen für Kieferchirurgie, Ophtalmologie sowie HNO, drei Intensivstetionen, eine Strahlentherapeutische Abteilung, eine Röntgendiagnostische Abteilung, ein Pathologisches Institut sowie verschiedene Lehranstalten (Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule). Auf dem Areal der Städtischen Krankenanstalten betreibt die Stadt Bayreuth eine Lehranstalt für med.-techn. Assistentinnen und eine Krankengymnastikschule.

Die Festspielstadt Bayreuth (71 000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz in Oberfranken. Bayreuth verfügt über eine neue Universität, sämtliche weiterführenden Schulen und eine Vielzahl Berufsfachschulen. Ein reges kulturelles Leben, sehr gute Sportanlagen und Wintersportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot bestimmen den hohen Freizeitwert der Stadt. Ein neues Zweckverbandskrankenhaus, in welches die Städt. Krankenanstalten übergehen sollen, befindet sich derzeit im Bau. Die Inbetriebnahme ist für Mitte des Jahres 1986 geplant.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebenslauf (tabellarisch), Zeugnissen (mit Prüfungsergebnissen) und Unterlagen über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an:

Städtische Krankenanstalten, Postfach 28 40, 8580 Bayreuth.

Der Leitende Abteilungsarzt der Kinderklinik steht für fachliche Rückfragen unter Ruf-Nr. (09 21) 404-326 zur Verfügung.

Stellenangebote

Nicht-kommunaler Krankenhausträger in München sucht für seine Abteilung **Innere Medizin**

1 Leitenden Arzt

Derzeit sind insgesamt 90 Betten aufgestellt, davon 4 Intensivbetten.

Der Leitende Arzt sollte die Genehmigung für Interne Röntgendiagnostik und spezielle Kenntnisse in Gastroenterologie besitzen. Neben der üblichen Vergütung für die zu besetzende Stelle, wird dem Abteilungsarzt Liquidationsrecht für ambulante und stationäre Privatpatienten eingeräumt.

Anfragen unter Chiffre 2064/92 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Neu für alle Chefärzte und niedergelassene Ärzte:

Liquidation an Privatpatienten und komplette Sofortfinanzierung innerhalb von 8 Tagen!

- Einfache, zeitsparende Leistungserfassung ohne EDV-Kenntnisse
- Schnelle, automatische Rechnungslegung durch Großcomputer bei MEDKONTOR nach GOÄ 82
- Medizinisch fundierte Begründungen und angemessene Multiplikatoren für erhöhte Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umstände
- Binnen 8 Tagen erhalten Sie einen Sammelscheck über Ihr volles Honorar plus Besondere Kosten und Medikamente
- Kostensparende, komplette Überwachung des Zahlungseingangs durch uns
- Fragen Sie uns: Sie sparen zudem Kosten!

Fordern Sie weitere Informationen an bei

MEDKONTOR

Arzthonorar-Verrechnungsgesellschaft mbH
Max-Eyth-Str. 9, 7150 Backnang
Telefon (07191) *61097

---

dynavit-Ergometer

dadurch erhöhte Arbeitsfreude

- für Praxis und Heim
- stabilisiert labilen Kreislauf
- steigert Fitneß
- ideal für Belastungsergometrie

Bräunungsgeräte
Massagesessel
Ergometer

GERT LÜDERS · Gröbenzell, Telefon 0 81 42 / 98 41

Verkauf und Kundendienst

Das Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München sucht für die Abteilung für Gefäßchirurgie zum 1. April 1984 oder später einen

Assistenzarzt

Gesucht wird ein deutscher Kollege mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie. Erwünscht, aber nicht Voraussetzung sind gefäßchirurgische und intensivmedizinische Vorkenntnisse. Außer Begeisterung für die klinischen (diagnostischen und operativen) Belange wird kollegiale Zusammenarbeit im Team und Interesse für wissenschaftliche Arbeit erwartet.

Planstelle für Besoldungsgruppe A 13, bei Bewährung kann der Vertrag nach Erlangung der Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie verlängert werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an: **Prof. P. C. Meurer, Vorstand der Abteilung für Gefäßchirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Str. 22, 8000 München 80.**

Privatnervenklinik Gauting

bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütskranken, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (089) 8506051
wochentags auch Telefon (089) 532002

Für zentralgelegenes Praxisgebäude, Nürnberg-Süd

Einzugsgebiet 50 000 Einwohner werden

Gebietsärzte gesucht

Praxiseinteilung nach Wunsch. Aufzug und PKW-Stellplätze vorhanden. Unverbindliche Beratung. **Telefon (0911) 883288**

Wir suchen in

Mallersdorf-Pfaffenberg/Niederbayern

niederlassungswillige Gebietsärzte für Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Wir bieten: Individuell ausbaufähige Praxisräume in einem stark frequentierten Geschäftshaus mit Apotheke, Einkaufsmarkt, Internistenpraxis zu günstigen Bedingungen. Mithilfe des Marktes und Landkreises **bei Bedarf von Belegbetten.** Einzugsgebiet ehemals Landkreis Mallersdorf 30 000 Einwohner; alle Schulen und Freizeitanlagen; 35 km nach Landshut, Straubing, Regensburg.

Auskunft: Telefon (08772) 1420 oder (08733) 205.

Luxuriöse Praxisräume in München-West

individueller Neubau in bester Ausstattung (120 qm) zu vermieten. Hervorragende Lage an U-Bahn-Station.

Bauinnung München, Westendstraße 179, 8000 München 21, Telefon 571886, Auskunft erteilt Harr Brendl.

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 (niedergelassene Ärzte, Chefärzte, Verwaltungen der Krankenhäuser) liest den Kleinanzeigenteil regelmäßig.

Wir würden Sie gerne unverbindlich beraten.

ATLAS VERLAG UND WERBUNG GMBH
Anzeigenmarketing Bayerisches Ärzteblatt, Sonnenstraße 29,
8000 München 2, Telefon (089) 55177-212