

vielmehr eine der Komplexität und Vielschichtigkeit der behandelten Materie Rechnung tragende breit angelegte Interdisziplinarität auf inhaltlicher (curriculare Inhalte) wie auch formaler Ebene (Zusammensetzung von Studierenden und Lehrenden), wobei entgegen anderslautender Desinformationen selbstverständlich medizinische Einrichtungen an Forschung und Lehre beteiligt sind. Eine gestufte Schwerpunktbildung wird erst im zweiten Studienjahr von den Studierenden selbst vorgenommen, wobei eine Auswahl zwischen zur Zeit sechs Alternativen besteht, worunter auch ein Schwerpunktsbereich „Epidemiologie“ fällt, ein bislang sträflich vernachlässigtes Stiefkind gerade auch in der Mediziner Ausbildung. Es

bleibt zu hoffen, daß zukünftige Berichterstattung zu dieser Thematik im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT sich hinsichtlich inhaltlicher Korrektheit an der ansonsten gewohnten Seriosität des Blattes orientiert!

Martin Oehler, Weyermannstraße 3, 5653 Leichlingen 1

HEILPRAKTIKER

Zu dem „seite-eins“-Beitrag „Etikettenschwindel“ in Heft 46/1989:

Psychosoziale Kompetenz

Wenn es „hanebüchen“ ist, den Heilpraktikern ärztliche Fähigkeiten abzuverlangen, sieht das bei vielen Ärzten ähnlich aus, wenn sie auf

die krankmachenden Nöte ihrer Patienten eingehen sollen; diese liegen nicht in gesundheitspolitischen Dimensionen, auch die medizinische „Wahrheitsfindung“ geht oft daran vorbei. Gerade Wissenschaftsblindheit treibt die Patienten zu den Heilpraktikern, von denen nicht alle ihre Klienten mit obskuren Diagnosen, Wässerchen und Plazeboeffekten ausbeuten. Viele Heilpraktiker sind kompetente Psychotherapeuten, weil sie sehr wirtschaftlich (im kassenrechtlichen Sinn) arbeiten, indem sie nicht notwendige Aufblähungen wissenschaftlicher Art einsparen.

Die Ärzte täten gut daran, viel (einträgliches) Blendwerk (da stehen viele den Heilpraktikern nicht nach) einzusparen und statt dessen

psychosoziale Kompetenz (zum Beispiel einer Balintgruppe) zu erwerben. Dann würden sich Heilpraktikerdiskussionen und Psychotherapeutengesetz irgendwann allein erledigen.

Dr. med. Welf Raschke, Königswarterstraße 18, 8510 Fürth

GLOSSE

Offene Frage:

Weshalb?

Weshalb sind die Therapie-Erfolge bei Analphabeten so häufig?

Sie können die Beipackzettel nicht lesen!

Dr. med. Klaus Hardebeck, Zur kalten Kirche 35, 3202 Hermannsburg □

Grossreinemachen in den Atemwegen

- räumt schnell das zähe Sekret aus
- vermeidet überschießende Neuproduktion
- wirkt bei Bronchitis und bei Sinusitis

AKTUELLE LITERATUR:

R. Laszig, G. Hesse u. T. Lütgebrune: Die Behandlung der akuten Sinusitis mit Sekretolytika.

In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 65. Jg. (1989), Nr. 1/2, S. 19-21

G. Stussak u. K. Schumann: Behandlung der chronischen Sinusitis. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 63. Jg. (1987), Nr. 29, S. 869-871

P. Dorow, Th. Weiss, R. Felix u. H. Schmutzler: Einfluß ... auf die mukoziliäre Clearance bei

... Atemwegserkrankung. In: Arzneimittel-Forschung/Drug Research, 37. Jg. (III) (1987), Nr. 12, S. 1378-1381



Gelomyrtol® forte

Gelomyrtol® forte. **Zus.:** 1 Kaps. enthält 300 mg Myrtol, standardisiert auf mindestens 20 mg α -Pinen, 75 mg Limonen und 75 mg Cineol. **Ind.:** Akute und chronische Bronchitiden, Bronchiektasen, Emphysembronchitis, Sekretolyse bei Sinusitis, Pneumomykosen und Sillikose, Abhusten der Röntgenkontrastmittel nach Bronchografie. **Kontraind.:** Keine bekannt. **Nebenw.:** Durch Gelomyrtol® forte können vorhandene Nieren- oder Gallensteine in Bewegung gesetzt werden. **Anw./Dos.:** Bei akuten und entzündlichen Prozessen 3 bis 4 mal täglich 1 Kaps. Bei chronischen Prozessen 2 mal täglich 1 Kaps. Diese Dosierung kann unbedenklich über eine längere Zeit angewandt werden. Zum Abhusten nach Bronchografie 2-3 Kaps. Gelomyrtol® forte soll am besten eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten, jedoch nicht mit einem heißen Getränk eingenommen werden. **Handelsf.:** N 1: 20 Kaps. DM: 8,85; N 2: 50 Kaps. DM: 20,10; N 3: 100 Kaps. DM: 35,70; AP (Stand: 10/89).

G. Pohl-Boskamp
GmbH & Co., D-2214 Hohenlockstedt

