



## Ist der Arzt zur Erstattung von Gutachten verpflichtet?

von W. WeIßauer

Diese Frege gewinnt zunehmend praktische Bedeutung. Der Ausbau des Systems der sozialen Vorsorge erweitert die Zahl und den Umfang der Leistungen, deren Anspruchsgrundlagen nur aufgrund medizinischer Gutachten beurteilt werden können. Eine ähnliche Entwicklung ergibt sich im forensischen Bereich aus der Zunahme der Unfälle, vor allem im Bereich des Straßenverkehrs, aber auch aus der Tendenz der Patienten, den behandelnden Arzt für eine mißglückte Heilbehandlung zivil- oder strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen.

Die Aufgaben des Arztes als Gutachter sind vielfältig. Sie reichen — je nach den Zwecken, denen das Gutachten dienen soll — von der Feststellung medizinischer Befunde über Aussagen zur Kausalität bestimmter in der Vergangenheit liegender Ereignisse (z. B. der ausgeübten Berufstätigkeit oder eines Unfalls) für die festgestellten Krankheiten oder Verletzungen und hin bis zur Prognose, welche weitere medizinische Entwicklung bei einer festgestellten Krankheit oder Verletzung zu erwarten ist und wie diese sich auf die Leistungsfähigkeit der zu begutachtenden Person (Arbeitsfähigkeit, Erwerbsbehinderungen) auswirken wird. Weiter bestehen aber auch aufgrund der einschlägigen Rechtsvorschriften in den einzelnen behördlichen und gerichtlichen Verfahren, für die ärztliche Gutachten benötigt werden, deutliche Abstufungen hinsichtlich des Grades der Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit, mit dem das Vorliegen bestimmter Sachverhalte festgestellt werden muß, so z. B. bei der Prüfung der Kausalität eines bestimmten Ereignisses für einen Körperschaden in der Kriegsopferversorgung und im Strafprozeß. Während für die Beurteilung der „Wahrscheinlichkeit“ durch den Sachverständigen oft eine relativ kurze Untersuchung und die Verweisung auf allgemein zugängliche Handbücher genügen mag, wird der Nachweis eines Kausalzusammenhanges mit der im Strafprozeß notwendigen „an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit“ unter Umständen gründliche stationäre Untersuchungen und die Heranziehung der einschlägigen in- und ausländischen Literatur erfordern.

Aufträge zur Erstattung von Gutachten, die der Arzt nicht von vorneherein in sein Arbeitspensum einzuplanen vermag, können für ihn eine ernsthafte Beeinträchtigung seiner gesamten Arbeitsplanung bedeuten. Für den freipraktizierenden Arzt, dessen Praxisunkosten weiterlaufen, kann insbesondere die zeitraubende forensische Gutachtertätigkeit, die nach relativ niederen Sätzen vergütet wird<sup>1)</sup>, zu beträchtlichen finanziellen Verlusten führen. Auch wird sich der behandelnde Arzt im Hinblick auf das bestehende Vertrauensverhältnis nicht immer die für eine objektive Beurteilung erforderliche Unbefangenheit zutrauen. Es wird sich deshalb für den Arzt die Frage stellen, ob und unter welchen Voraussetzungen er einen Gutachtensauftrag ablehnen darf.

Auszugehen ist bei der Beurteilung der Rechtslage von dem Grundsatz, daß der Arzt zur Erstattung von Gutachten nicht verpflichtet ist. Eine generelle ärztliche Gutachterpflicht gibt es ebensowenig wie eine generelle ärztliche Behandlungspflicht. Von diesem Grundsatz gibt es jedoch Ausnahmen.

Eine Verpflichtung des Arztes zur Erstattung von Gutachten kann sich ergeben:

### 1. Aus einem öffentlichrechtlichen Dienstverhältnis oder einem privatrechtlichen Arbeitsvertrag

Es gibt zunehmend Formen der Berufsausübung, vor allem bei beamteten und angestellten Ärzten, bei denen die Erstattung der vom Dienstherrn oder Arbeitgeber benötigten Gutachten zu den Dienstaufgaben oder den arbeitsvertraglichen Verpflichtungen des Arztes gehört und einen wesentlichen, wenn nicht sogar den weit überwiegenden Teil seiner Arbeitskraft in Anspruch nimmt. Dies gilt z. B. für die Amtsärzte, Vertrauensärzte und Landgerichtsärzte, zum Teil aber auch für angestellte Ärzte privatrechtlicher Versicherungen und für beamtete und angestellte Ärzte öffentlichrechtlicher und privater Krankenhausträger<sup>2)</sup>. Chefärzte werden in den Anstellungsverträgen gelegentlich verpflichtet, Gutachten über den Gesundheitszustand des Krankenhauspersonals zu erstatten. Darüber hinaus werden Chefärzte und nachgeordnete

Krankenhausärzte regelmäßig alle die Gutachten für den Krankenhausträger zu erstatten haben, zu deren Erstellung dieser sich im stationären Bereich gegenüber Patienten oder sonstigen Kostenträgern (z. B. Sozialversicherungsträgern) im Krankenhausaufnahmevertrag oder in Pflegesatzvereinbarungen verpflichtet.

Die Verpflichtung des Arztes zur Erstattung des Gutachtens besteht in allen diesen Fällen unmittelbar nur gegenüber seinem Dienstherrn bzw. seinem Arbeitgeber im Rahmen der Dienstaufgaben oder der im Arbeitsvertrag übernommenen Verpflichtungen. Inwieweit ein außenstehender Dritter den Arzt (mittelbar) zur Erstattung eines Gutachtens in Anspruch nehmen kann, hängt somit primär davon ab, ob dem Dienstherrn bzw. Arbeitgeber eine entsprechende Verpflichtung obliegt. Solche Verpflichtungen bestehen – von den oben genannten vertraglichen Verpflichtungen einmal abgesehen – vor allem, wenn es sich beim Dienstherrn des angestellten oder beamteten Arztes um eine Behörde oder eine öffentlich-rechtliche Körperschaft handelt (z. B. Universitätskliniken, Kreiskrankenhäuser, städtische Kliniken), die gegenüber anderen Behörden im Wege der Amtshilfe zur Erstellung von Gutachten verpflichtet ist. Ein typischer Fall einer solchen Amtshilfe ist die Erstattung von Gutachten über die Haftunfähigkeit vorläufig festgenommener Beschuldigter auf Ersuchen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft sowie die körperliche Untersuchung von Beschuldigten im Strafverfahren (§ 81 a StPO) durch den Amtsarzt oder durch engestellte und beamtete Ärzte öffentlicher Krankenanstalten. Auf dem Wege über die Amtshilfe und unter Berufung auf die dem Arzt gegenüber seiner Anstellungsbehörde oder -körperschaft bestehenden Dienstpflichten kann von diesen Ärzten die Erstattung von Gutachten oft auch in Fällen gefordert werden, in denen ein freipraktizierender oder der in einer Privatkrankenanstalt engestellte Arzt nach den im folgenden aufzuzeigenden Grundsätzen nicht zur Erstattung eines Gutachtens verpflichtet ist.

Trotz generell bestehender Amtshilfeverpflichtung des Krankenhausträgers kann im Einzelfall die Erstellung eines Gutachtens abgelehnt werden. Die Amtshilfepflicht findet u. a. ihre Grenze dort, wo die Hilfeleistung die Erfüllung der eigenen Aufgaben der ersuchten Behörde gefährden würde. Wenn z. B. die Ansuchen der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft zu einer ernsthaften Störung des normalen Krankenhausbetriebes führen sollten, dürften die Grenzen der Amtshilfepflicht überschritten sein. Eine weitere Grenze findet die Amtshilfepflicht in den ärztlichen Berufspflichten, insbesondere auch in der ärztlichen Schweigepflicht<sup>3)</sup>, so z. B. wenn der beamtete oder angestellte Arzt eines öffentlichen Krankenhauses ein Gutachten über einen Patienten – etwa hinsichtlich seiner Haftfähigkeit – erstatten soll, der in seiner Behandlung steht.

## 2. Unmittelbar aus gesetzlichen Vorschriften

Dazu gehören formelle Gesetze, Rechtsverordnungen und die Satzungen öffentlich-rechtlicher Körperschaften, wie z. B. der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch soweit diese Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern für den einzelnen Arzt für verbindlich erklären.

Zu unterscheiden sind dabei die Vorschriften, die eine Verpflichtung zur Gutachtenerstattung begründen:

### a) Im Verwaltungsverfahren

Im Verwaltungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen, entscheidet also auch – regelmäßig ohne Bindung an Anträge der Parteien –, ob und welche Sachverständige sie hören will.

Eine „Generalklausel“, die den Arzt (oder sonstige Sachverständige) zur Erstattung von Gutachten im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden verpflichten würde, gibt es nicht. Eine solche Verpflichtung ist vom Gesetzgeber jedoch für bestimmte Lebensbereiche ausdrücklich angeordnet worden, in denen ihm eine erhöhte Aufklärungsmöglichkeit unerlässlich erscheint. Als gutes Beispiel für eine solche spezialgesetzliche Regelung kann das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsofopferversorgung<sup>4)</sup> gelten: Leisten Sachverständige der Vorladung der Verwaltungsbehörde keine Folge oder verweigern sie die Erstattung des (nach § 12 des Gesetzes) erbetenen Gutachtens, ohne daß Gründe vorliegen, die sie nach den insoweit für anwendbar erklärten Bestimmungen der Zivilprozeßordnung<sup>5)</sup> dazu berechtigten, so kann die Verwaltungsbehörde nach § 14 des Gesetzes das zuständige Sozialgericht oder das Amtsgericht um die Vernehmung ersuchen. Sie kann somit durch die den Gerichten zustehenden Zwangsmittel die Aussage oder die Erstattung des Gutachtens erzwingen. Über die Rechtmäßigkeit der Verweigerung des Gutachtens entscheidet das Gericht<sup>6)</sup> (vgl. zur Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung BVerfGE 7, 183). Auf dem gleichen Wege kann auch eine Beeldigung herbeigeführt werden.

Der Entwurf eines Verwaltungsverfahrensgesetzes<sup>7)</sup> geht von der eben skizzierten Konzeption aus: § 18 Abs. 2 sieht in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Rechtslage für das nichtförmliche Verwaltungsverfahren eine Pflicht zur Aussage und Erstattung von Gutachten nur vor, wenn dies durch Rechtsvorschrift vorgesehen ist. Im förmlichen Verwaltungsverfahren, das in den Fällen stattfinden soll, die durch Rechtsvorschrift angeordnet werden, sollen dagegen Sachverständige zur Erstattung von Gutachten verpflichtet sein und bei Verweigerung dieser Verpflichtung die für den Wohnsitz oder Aufenthalt des Sachverständigen zuständigen Gerichte um die Vernehmung ersucht werden können (§ 52 Abs. 1 und 2 des Entwurfs). Hält

die Verwaltungsbehörde die Beeidigung eines Gutachters für erforderlich, so soll sie gleichfalls das Gericht um die eidliche Vernehmung ersuchen können.

Über die Rechtmäßigkeit der Verweigerung des Zeugnisses, des Gutachtens oder der Eidesleistung, für die auf die entsprechenden Bestimmungen der Zivilprozeßordnung verwiesen wird, soll das ersuchte Gericht entscheiden (§ 51 Abs. 1 bis 4 des Entwurfs).

Eine abschließende Aufzählung der spezialgesetzlichen Regelungen, in denen das geltende Recht eine Verpflichtung des Arztes zur Erstattung von Gutachten in Verwaltungsverfahren begründet, ist bei der Vielgestaltigkeit dieser Verfahren und in Anbetracht der fließenden Übergänge, die sich bei der begrifflichen Abgrenzung des Gutachtens von Mitteilungen, Zeugnissen u. ä. ergeben, hier nicht möglich<sup>9)</sup>. Eine Enumeration dieser Fälle erscheint auch deshalb nicht erforderlich, weil die Verwaltungsbehörde, die sich darauf berufen will, daß der Arzt zur Erstattung des Gutachtens verpflichtet sei, die einschlägigen Rechtsvorschriften bereits bei der Erteilung des Auftrags, spätestens eber auf Anforderung des Arztes, der sich zur Übernahme des Auftrags nicht bereit erklärt, ausdrücklich mitteilen wird. Die Tatsache, daß das Gutachten von einer Behörde und nicht von einer Privatperson erbeten wird, bedeutet für sich allein keineswegs, daß damit eine rechtliche Verpflichtung zur Sachverständigentätigkeit geltend gemacht werden wollte.

Ausdrücklich erwähnt werden soll noch das Kassenarztrecht als praktisch bedeutsamster Lebensbereich, in dem eine ärztliche Gutachterpflicht besteht. Durch § 2 des Bundesmantelvertrags, dessen Beachtung dem Kassenarzt durch die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Pflicht gemacht wird, werden die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet, die Bescheinigungen auszustellen, die die Krankenkassen und der vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Diese Bescheinigungen sind ihrer Natur nach — zumindest teilweise — kurz gefaßte Gutachten. Für den Patienten sind diese Bescheinigungen, da sie ihm den Zugang zu den Leistungen der Krankenkassen eröffnen, oft kaum weniger wichtig als die ärztliche Behandlung. Die Übernahme dieser Verpflichtung im Bundesmantelvertrag war von der Sache her geboten, weil die Behandlung und die Begutachtung sich hier kaum trennen lassen. Weder dem Patienten noch dem Kostenträger könnte es zugemutet werden, daß der behandelnde Arzt seinen Patienten zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit an einen anderen Arzt verweist, der vielfach die schon im Rahmen der Behandlung ausgeführten Untersuchungen wiederholen müßte. Nicht dagegen gehört zu den kassenärztlichen Pflichten, wie § 3 Abs. 4 des Bundesmantelvertrags ausdrücklich feststellt, die Ausstellung sonstiger Bescheinigungen für den Arbeitgeber oder für private Versicherungen.

## b) Im gerichtlichen Verfahren

Während der Arzt — wie eben ausgeführt — den Verwaltungsbehörden gegenüber nur in den gesetzlich näher geregelten Ausnahmefällen zur Erstattung von Gutachten verpflichtet ist, besteht eine solche Verpflichtung auf richterliche Anordnung in allen gerichtlichen Verfahren. Ärztliche Gutachten wegen vor allem benötigt im Zivilprozeß (z. B. bei Klagen auf Schadenersatz nach Unfällen, in ärztlichen Haftpflichtprozessen, aber auch zur Beurteilung der Geschäftsfähigkeit), im Strefprozeß (z. B. bei Tötungs- oder Körperverletzungsdelikten, bei Abtreibungen oder zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit des Täters) und im Verfahren vor den Sozialgerichten (z. B. zur Beurteilung, ob Ansprüche gegen Sozialversicherungsträger auf Rentenzahlungen bestehen). Im Gegensatz zu den im Bundesmantelvertrag erwähnten „Bescheinigungen“ erfordern forensische Gutachten in der Regel nicht nur eine Darstellung der Ergebnisse, zu denen der Sachverständige aufgrund seiner Untersuchungen gelangt ist, sondern auch eine eingehende Begründung, die es den Richtern ermöglicht, die Überlegungen nachzuvollziehen, die für den Sachverständigen bestimmend waren. Trotz aller Abhängigkeit vom Sachwissen des Sachverständigen liegt die Entscheidung, ob er dem Gutachten folgen will, beim Richter.

Im einzelnen gilt folgendes:

In § 407 der Zivilprozeßordnung (ZPO) wird bestimmt, daß der vom Gericht zum Sachverständigen Ernante der Ernennung Folge zu leisten hat,

„wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderen Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.“

Diese Voraussetzungen sind beim approbierten Arzt regelmäßig gegeben.

Der Sachverständige kann im Zivilprozeß das Gutachten aus den gleichen Gründen verweigern, die den Zeugen zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigen<sup>9)</sup>. Diese Voraussetzung ist u. a. gegeben, wenn der Sachverständige der Verlobte oder Ehegatte einer Partei ist, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht, oder wenn er mit einer der Parteien in einem bestimmten Grade verwandt oder verschwägert ist (§ 383 Abs. 1 Nrn. 1—3 ZPO). Der Zeuge (und damit auch der Sachverständige) darf weiter die Aussage auf Fragen verweigern, deren Beantwortung ihm selbst oder einem der in § 383 Abs. 1 Nr. 1—3 ZPO bezeichneten Angehörigen einen unmittelbaren vermögensrechtlichen Schaden verursachen, zur Unehre gereichen oder die Gefahr strafrechtlicher Verfolgung nach sich ziehen würde (§ 384 ZPO). Für den Arzt bedeutsam ist vor allem, daß er nach § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO, solange er nicht von der Pflicht zur Verschwiegenheit entbunden

ist, das Zeugnis über Tatsachen verweigern darf und wegen der Strafdrohung gegen den Bruch des Berufsgeheimnisses in § 300 StGB auch verweigern muß, auf die sich seine Schweigepflicht erstreckt. Der Arzt darf also ohne Entbindung von der Schweigepflicht in einem Gutachten z. B. keine Tatsachen verwerten, die ihm anlässlich einer früheren Behandlung der zu begutachtenden Person anvertraut oder bekanntgeworden sind. Diese Situation wird sich insbesondere bei dem Arzt oft ergeben, der als sachverständiger Zeuge<sup>10)</sup> auszusagen hat<sup>11)</sup>.

Tatsachen, die der Arzt als gerichtlicher Sachverständiger bei der Erledigung seines Auftrages, z. B. durch die Untersuchung der zu begutachtenden Person, ermittelt, fallen nicht unter die Schweigepflicht, wenn der Untersuchte die Untersuchung kraft Gesetzes zu dulden oder sich damit einverstanden erklärt hatte. Der Arzt muß sie in seinem Gutachten dem Gericht mitteilen<sup>12)</sup>.

Die Schweigepflicht des Arztes besteht auch nach dem Tode des Patienten fort. Da es sich um ein höchstpersönliches Recht handelt, können die Angehörigen oder Erben den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbinden. Der Arzt muß hier unter gewissenhafter Abwägung der beiderseitigen Interessen entscheiden, ob die Interessen und die Wahrung der Würde des Verstorbenen die Aussage oder ihre Verweigerung (z. B. zur Beurteilung der Testierfähigkeit eines verstorbenen Patienten) gebieten.

Anders als der Zeuge kann der Sachverständige nach § 406 ZPO aus denselben Gründen abgelehnt werden, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen<sup>13)</sup>.

Im Strafprozeß gelten weitgehend ähnliche Bestimmungen für die Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens und für die Gründe, die zur Verweigerung des Gutachtens berechtigen<sup>14)</sup>. Anders als im Zivilprozeß darf der Zeuge (und damit auch der Sachverständige) im Strafprozeß die Auskunft nur auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihm selbst oder einem der in § 52 Abs. 1 StPO bezeichneten Angehörigen die Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung zuziehen würde. Für das ärztliche Schweigerecht (§ 53 Abs. 3 StPO) und für die Schweigepflicht gelten die obigen Ausführungen sinngemäß. Der Angeklagte kann unter bestimmten Voraussetzungen einen Sachverständigen unmittelbar zur Hauptverhandlung laden, ebenso kann dies die Staatsanwaltschaft; der geladene Sachverständige ist zur Erstattung des Gutachtens verpflichtet<sup>15)</sup>.

Im Sozial- und Verwaltungsgerichtsverfahren finden auf die Beweisaufnahme die oben erwähnten Bestimmungen der ZPO entsprechende Anwendung<sup>16)</sup>. Nach § 109 SGG muß das Gericht auf Antrag des Versicherten, des Versorgungsberechtigten oder Hinterbliebenen einen bestimmten Arzt gutachtlich hören.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Auch im gerichtlichen Verfahren ist der Arzt nur im

Auftrag des Gerichtes, nicht aber im Auftrag der Prozeßparteien oder anderer Verfahrensbeteiligter zur Erstattung von Gutachten verpflichtet. Eine Ausnahme gilt insoweit, als der Angeklagte und die Staatsanwaltschaft im Strafverfahren Sachverständige unmittelbar zur Hauptverhandlung laden und sie damit zur Gutachtenerstattung verpflichten können. Im Ermittlungsverfahren können auch die Polizei und die Staatsanwaltschaft den Arzt nicht zur Erstattung eines Gutachtens (z. B. über die Haftfähigkeit des Beschuldigten) zwingen. Falls sie keine richterliche Anordnung herbeiführen können und sie keinen Arzt finden, der das benötigte Gutachten freiwillig erstattet, bleibt ihnen nur der Weg des Amtshilfeersuchens an eine Behörde oder Stelle, die mit der Erstattung des Gutachtens die bei ihr tätigen beamteten oder angestellten Ärzte beauftragt (vgl. oben unter 1.).

### 3. Aus einem (bürgerlich-rechtlichen) Vertrag auf Erstattung eines Gutachtens

Der Vertrag, durch den sich der Arzt gegenüber einem Dritten (einer Privatperson, einer Versicherungsgesellschaft, aber auch einer Behörde) zur Erstattung eines Gutachtens und der Besteller zur Bezahlung der Vergütung (des Sachverständigenhonorars) verpflichtet, ist ein Werkvertrag, der den Regeln der §§ 631 f BGB folgt. Der Sachverständige verspricht in diesem Vertrag, der keiner Form bedarf, also schriftlich und mündlich abgeschlossen werden kann, ein Ergebnis, nämlich die abschließende objektive Beantwortung der mit dem Gutachtenauftrag an ihn gestellten Fragen, und nicht nur eine Tätigkeit als solche. Damit unterscheidet sich der Vertrag über die Erstattung eines medizinischen Gutachtens auch vom Vertragstyp her deutlich vom Behandlungsvertrag; dieser ist typmäßig in aller Regel ein Dienstvertrag, weil der Arzt sich lediglich zur Behandlung als solcher, nicht aber zu einem bestimmten Ergebnis (Erzielung des erstrebten Heilerfolgs) verpflichten will. Ergänzend darf wegen der Rechtsnatur des Vertrags auf Erstattung eines Gutachtens, der Anwendbarkeit der Regeln über den Auftrag und der Rechtspflichten, die sich für den Sachverständigen und den Besteller des Gutachtens ergeben, auf BREMER, Der Sachverständige, S. 27 f, und die dort zitierte Literatur verwiesen werden.

Selbstverständlich kann sich ein Arzt, auch ohne ein Arbeitsverhältnis einzugehen, gegenüber Dritten (z. B. Versicherungsgesellschaften, Behörden, Sozialversicherungsträgern) nicht nur im Einzelfall, sondern auch generell verpflichten, in bestimmten oder in allen Fällen, in denen ihm ein Auftrag erteilt wird, als Sachverständiger tätig zu werden. Seine Rechtsstellung gegenüber dem Besteller des Gutachtens nähert sich dabei im Ergebnis aber stark den in Nr. 1 oben näher erörterten Pflichten aus einem Dienstverhältnis.

Eine Verpflichtung, einen bürgerlich-rechtlichen Vertrag auf Erstattung von Gutachten abzuschließen — also ein Kontrahierungszwang — besteht für den Arzt nicht. Der angestellte Arzt (z. B. ein Chefarzt) kann frei-

lich seinem Krankenträger gegenüber durch den Dienstvertrag verpflichtet sein, bestimmte Gutachtersaufträge Dritter (z. B. von Privatpatienten im stationären Bereich) zu übernehmen. Von solchen Ausnahmefällen einer mittelbaren Verpflichtung abgesehen, besteht weder im Prozeß (z. B. einem Schadenersatzprozeß wegen eines angeblichen Kunstfehlers des vorbehandelnden Arztes) noch vor dem Prozeß (etwa zur Vergewisserung, ob ein Schadenersatzanspruch mit Erfolg geltend gemacht werden kann) eine Verpflichtung des Arztes, auf Anforderung einer Partei ein Gutachten zu erstatten. Auf die Verpflichtung, auf Aufforderung des Gerichtes ein Gutachten zu erstellen, wurde bereits eingegangen.

Dies gilt auch für den behandelnden Arzt im Verhältnis zu seinen Patienten und deren Angehörigen. Der Behandlungsvertrag und der Vertrag über die Erstattung eines Gutachtens haben völlig verschiedene Zielrichtungen und unterscheiden sich, wie oben erwähnt, auch im Vertragstyp. Der Arzt, der die Behandlung eines Patienten übernommen hat, wird sich oft auch zur Erstattung eines Gutachtens bereit erklären, weil er den Befund bereits aus der Behandlung kennt, die Kausalzusammenhänge überblickt und in der Erstattung des Gutachtens eine weitere Möglichkeit sehen kann, dem Patienten zu helfen. Dies muß aber keineswegs so sein. Der behandelnde Arzt kann sich im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis befangen fühlen, beruflich überlastet sein, bei schwierigen forensischen Gutachten sich außerstande sehen, die einschlägige Literatur zu überblicken oder es können ihm die für die Gutachtenerstattung erforderlichen speziellen Kenntnisse und Erfahrungen fehlen. In allen diesen Fällen wird er der Partei und auch seinem Patienten gegenüber einen Auftrag ablehnen. Falls das Gericht ihn zum Gutachter bestellt, wird er unter Darlegung der Gründe um eine Entbindung von der Sachverständigentätigkeit bitten.

Nebenverpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag sind jedoch insoweit zu bejahen, als der Patient zur Wahrnehmung seiner Rechte gegenüber Dritten (z. B. dem Schädiger, gegenüber Verwaltungsbehörden oder zur Prozeßführung) Auskünfte des Arztes über den Befund, die Diagnose sowie über andere Fakten benötigt, die der Arzt aufgrund der Behandlung kennt. Diese Nebenverpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag dürften in besonders gelagerten Fällen (z. B. bei der Behandlung Unfallverletzter) auch noch Auskünfte darüber umfassen, ob der behandelnde Arzt aufgrund der bei der Behandlung gewonnenen „präsenten“ Erkenntnisse bestimmte Kausalzusammenhänge für wahrscheinlich oder offensichtlich gegeben oder nicht gegeben hält. Damit ist jedoch bereits die Grenze zum Gutachten erreicht, zu dessen Erstattung der Arzt aus dem Behandlungsvertrag nicht verpflichtet ist.

Will der Arzt einen Auftrag auf Erstattung des Gutachtens nicht übernehmen, so sollte er dem Besteller

die Ablehnung unverzüglich mitteilen. Auch wenn diese Verpflichtung für das medizinische Gutachten nicht aus § 663 in Verbindung mit § 675 BGB herzuleiten sein wird<sup>17)</sup>, so wird dies doch in Übereinstimmung mit den Zielsetzungen der in § 9 der Berufsordnung normierten Berufspflichten als ein *nobile officium* gelten müssen.

#### Anmerkungen

- <sup>1)</sup> vgl. §§ 3 ff des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen i. d. F. vom 1. Oktober 1969 (BGBl. I, S. 1757).
- <sup>2)</sup> die Verpflichtung von angestellten Ärzten zur Erstellung von Gutachten, die von Dritten angefordert und vergütet werden, muß ausdrücklich in den Anstellungsvertrag aufgenommen sein: Nr. 3 Abs. 3 SR 2 c Bundesangestelltentarif (BAT).
- <sup>3)</sup> zum Inhalt der Schweigepflicht vgl. § 300 StGB und § 2 der Berufsordnung für die Deutschen Ärzte; zum Schweigerecht im Prozeß vgl. z. B. § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO.
- <sup>4)</sup> Gesetz vom 2. Mai 1955 (BGBl. I, S. 202) i. d. F. das Art. II des Ersten Neuordnungsgesetzes vom 27. Juni 1960 (BGBl. I, S. 453, 474).
- <sup>5)</sup> vgl. §§ 407, 408 ZPO i. V. m. §§ 376, 383 ff ZPO.
- <sup>6)</sup> vgl. zur Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung: Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Band 7, S. 183 ff.
- <sup>7)</sup> Bundestagsdrucksache VI/1173; autorisierte Ausgabe von G. Grote-sche Verlagsbuchhandlung KG, Köln und Berlin.
- <sup>8)</sup> als Beispiele gesetzlicher Regelungen, bei denen eine solche Verpflichtung in Betracht kommen kann, sind anzuführen:  
 § 59 des Ordnungswidrigkeitengesetzes (BGBl. 1968 I, S. 481);  
 §§ 33, 34 des Feststellungsgesetzes (BGBl. 1965 I, S. 2049);  
 § 265 Abs. 5 des Lastenausgleichsgesetzes (BGBl. 1965 I, S. 1945);  
 § 14 des Kriegsgetangenenentschädigungsgesetzes (BGBl. 1958 I, S. 907);  
 §§ 12, 14 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (BGBl. 1955 I, S. 202);  
 § 48 Abs. 2 des Gesetzes über die Abgeltung von Besatzungsschäden (BGBl. 1955 I, S. 734);  
 § 19 Abs. 4 des Wehrpflichtgesetzes (BGBl. 1965 I, S. 390);  
 § 10 Abs. 5 des Häftlingshilfegesetzes (BGBl. 1960 I, S. 579);  
 § 54 Abs. 1, 2 und 6 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (BGBl. 1957, I, S. 1061);  
 §§ 1571, 1613 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung (BGBl. 1966 I, S. 37);  
 vgl. auch die Zusammenstellung bei KUHNS, Das gesamte Recht der Heilberufe, 1958, I/730 ff.
- <sup>9)</sup> vgl. Anmerkung 4.
- <sup>10)</sup> Der beamtete Arzt hat darüber hinaus ein Aussageverweigerungsrecht nach Maßgabe der näheren Bestimmungen des Beamtenechts, vgl. § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO, § 54 StPO i. V. m. §§ 61, 62 BBG, was im Zusammenhang mit der Gutachtenerstattung jedoch kaum eine Rolle spielen dürfte.
- <sup>11)</sup> vgl. § 414 ZPO; ein Arzt, der über früher bei der Untersuchung festgestellte Krankheitssymptome berichtet und daraus Schlüsse auf Ursache und Wirkung der Erkrankung zieht, ist Zeuge und Sachverständiger. Sachverständiger Zeuge ist der Arzt, der über vergangene Tatsachen oder Zustände auszusagen hat, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war. Er ist Zeuge, nicht Sachverständiger, denn er ist dadurch bestimmt, daß er Wahrnehmungen ohne Begutachtungsauftrag gemacht hat (OLG Hamm, NJW 1954, 1820).
- <sup>12)</sup> Bundesgerichtshof, Entscheidungen in Zivilsachen, Bd. 40, S. 288 ff; die Schweigepflicht gilt aber für Mitteilungen des Untersuchten, die mit dem Gutachten in keinem Zusammenhang stehen, sofern nach den Umständen die Annahme geboten ist, daß diese Mitteilungen unter der Voraussetzung der Geheimhaltung gemacht sind (vgl. HUBNER/DROST, Ärztliches Haftpflichtrecht, S. 33).
- <sup>13)</sup> d. a. die Fälle, in denen ein Richter kraft Gesetzes ausgeschlossen ist: § 41 ZPO mit Ausnahme von § 41 Nr. 5 ZPO; auch eine frühere Vernehmung als Sachverständiger ist kein Ablehnungsgrund, ferner die Fälle, in denen Besorgnis der Befangenheit besteht (§ 42 ZPO). Befangen kann z. B. ein Arzt sein, der in derselben Sache bereits ein entgeltliches Privatgutachten erstellt hat, der die Partei behandelt hat, der Konkurrent der Partei ist (vgl. THOMAS-PUTZ, Kommentar zur ZPO, Anm. 1 zu § 406 ZPO).
- <sup>14)</sup> vgl. § 75 und § 76 i. V. m. §§ 52 – 55 StPO.
- <sup>15)</sup> vgl. §§ 220 und 222 StPO; KLEINKNECHT, Kommentar zur StPO, 29. Aufl., Anm. 1 zu § 75 StPO.
- <sup>16)</sup> vgl. § 118 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) vom 3. September 1953 i. d. F. vom 23. August 1958 (BGBl. I S. 614) und § 98 der Verwaltungsgerichtsordnung vom 21. Januar 1960 (BGBl. I S. 17).
- <sup>17)</sup> vgl. PALANDT, Kommentar zum BGB, Anm. A 2 b zu § 663 BGB und BREMER, aaO, S. 44.

Ansch. d. Verf.: Ministerialdirigent Walter Weibauer, 8050 Freising, Eckerstraße 34

# Zur derzeitigen Situation des Drogenmißbrauches \*

von Erich Schuster

Die derzeitige Situation des Drogenmißbrauchs innerhalb Bayerns darf nicht an örtlichen Ereignissen — so schwerwiegend und unvorhergesehen sie auch gewesen sein mögen — gemessen werden. Handelt es sich doch beim Drogenmißbrauch keineswegs um Einzelerscheinungen, sondern um ein weltweites Geschehen, das aus der frühesten Geschichte seit mindestens 2500 Jahren bekannt und in der jüngsten Zeit zu einem Phänomen in der westlichen Welt wiedererweckt worden ist.

Immerhin hat in Deutschland bereits vor über 40 Jahren die Bekämpfung des Betäubungsmittelmißbrauchs eingesetzt und im sogenannten Opiumgesetz vom 10. Dezember 1929 (RGBl. S. 215) ihre gesetzliche Grundlage gefunden. Diese wurde durch die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien vom 19. Dezember 1930 (RGBl. S. 635) ergänzt und durch nachträgliche Einfügung neuaufgekommener Mittel auf den neuesten Stand gebracht. Auf diese Weise gelang es, in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen und in den ersten Nachkriegsjahren die suchtgemäße Verwendung der Betäubungsmittel zu begrenzen. Beispielweise waren Ende 1954 5228 betäubungsmittelsüchtige Personen in der Bundesrepublik erfaßt, 1955: 5105, 1956: 4784, bis Ende 1966 blieben nur noch 1493 Süchtige übrig. Deren Hauptanteil stellten die 30- bis 40jährigen, Morphium stand im Mittelpunkt und nur 39 der Gemeldeten waren dem Haschisch verfallen.

Im Gegensatz zur fallenden Tendenz bei den Betäubungsmitteln steht die Entwicklung des Haschischkonsums. Haschisch ist im Opiumgesetz als Indischer Hanf unter § 1 Abs. 1 c zu finden; seine Droge, die ursprünglich in Zentralasien beheimatet war, trägt die wissenschaftliche Bezeichnung *Cannabis sativa*. Der Hanf wird fast überall in der ganzen Welt angebaut, zumal der männliche Teil der Pflanze zu Stricken verarbeitet werden kann. Erst im 16. Jahrhundert wurde der Hanf von den Spaniern in Mittel- und Südamerika eingeführt, wo er auch heute noch in Mexiko und den Südstaaten heimisch und als mexikanisches Haschisch oder Marihuana allgemein bekannt ist. „Acapulco-Gold“ und „Panama-Red“ gehören zu den besten Sorten. Als Hauptanbaugebiete gelten außerdem heute mit der Varietät *Cannabis indica* Indien, Nordafrika, Burma, Pakistan, der vordere Orient und Persien. Nur der in diesen Gebieten natürlich wachsende oder in Plantagen gezogene Hanf enthält in wesentlichen Mengen den rauscherzeugenden Wirkstoff, nämlich

das Tetrahydrocannabinol (THC), das allein die halluzinogene Eigenschaft beinhaltet.

In viel höherem Grade wirkt berauschend eine andere in Süd- und Mittelamerika heimische Droge, nämlich das 1896 aus dem Peyote-Kaktus isolierte Alkaloid „Mescaline“. Es handelt sich dabei um einen graugrünen dornenlosen, weißlich-behaarten Igelkaktus mit kleinem kugeligen Körper und langer karottenähnlicher Wurzel. Der Körper wird in Scheiben geschnitten und gekaut und in dieser Form von den Einheimischen seit Jahrhunderten als Rauschmittel verwendet. In seinen Schriften „Himmel und Hölle“, „Die Pforten der Wahrnehmung“ hat Aldous HUXLEY, der von 1894 bis 1963 lebte und heute als Hippie-Schriftsteller gilt, seine Erfahrungen mit Mescaline ausführlich geschildert und damit zur Verbreitung in weiten Kreisen beigetragen. Aber auch aus einem anderen Grunde darf dieses Halluzinogen, das gegenwärtig noch keinen wesentlichen Markt in Europa gefunden hat, nicht unerwähnt bleiben. Die als Folge des Rausches, der nach etwa 50 bis 200 mg oral oder intramuskulär eintritt, möglichen psychischen Veränderungen zeigen schizophreneähnliche Symptome. Mescaline hat deshalb bei der Untersuchung des Entstehungsmechanismus der Schizophrenie eine wesentliche Rolle gespielt, da damit eine sogenannte „Modellpsychose“ ausgelöst werden kann. Bei der Betrachtung unserer gegenwärtigen Situation des Drogenmißbrauches kann es vorerst noch beiseite gelassen werden; das Wissen um die Möglichkeiten als Halluzinogen von erheblicher Wirksamkeit muß jedoch wach bleiben, weil immerhin das Schlagwort „Mescalineum“ für eine höhere Schule in der Öffentlichkeit hochgespielt worden ist, als einige Schüler im verschwiegene Kreis „joints“ als Haschischzigaretten haben kreisen lassen.

Die Bezeichnung Mescaline wurde 1955 von HUXLEY nochmals gebraucht, als er erstmals selbst LSD versuchte und diesem — beeindruckt von der überwältigenden Wirkung (etwa 1000fach) — den Namen „Supermescaline“ gab. Bereits 1938 hatten die Baseler Chemiker HOFMANN und STOLL auf der Suche nach einem neuen dem Coramin ähnlichen Kreislaufmittel das LSD 25 = d-Lysergsäurediäthylamid entdeckt, dessen Wirkungen 1943 nach einem eindrucksvollen Selbstversuch von HOFMANN beschrieben wurden. Einerseits gilt als natürliches Ausgangsprodukt für LSD das Mutterkorn = *secale cornutum*, andererseits kann es über eine Reihe von Zwischenstufen synthetisch entwickelt werden. In der Praxis wird von der Lysergsäure ausgegangen, die beispielsweise in Italien freiverkäuflich ist und im übrigen illegal bezogen wird. Ohne große Umstände läßt sich diese Lysergsäure in das allein wirksame LSD-25 umwandeln. Nähere Gebrauchsanweisungen finden sich in Hippieschriften,

\*) Nach Referaten anlässlich der Informationstagungen der Regierung von Oberbayern in Prien, Ingolstadt und Weilheim, Februar/März 1971. Weitere Referate über die psychiatrischen und sozialpsychologischen Aspekte des Drogenmißbrauches von Privatdozent Dr. FEUERLEIN und Diplompsychologe Dr. ELLGRING werden in den nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.

was dazu geführt hat, daß in Schullaboratorien und sogenannten Waschküchen-Kleinbetrieben LSD in Form eines weißlichen Pulvers oder grau-grünlicher Kristalle oder als wäßrige Lösung produziert wird. Bei allen diesen Eigenproduktionen fehlt es jedoch an der exakten Einstellung der Wirkdosis und der Reindarstellung. Die gefürchteten „Horror-trips“ finden in Verunreinigungen und Überdosierung ihre Erklärung.

Der Vollständigkeit halber sei auch das vor allem in den angelsächsischen Ländern aufgekommene DOM 2,5-Dimethoxy-4-methylamphetamin erwähnt, das mit dem STP – abgekürzt aus Serenity (Heiterkeit), Tranquillity (Ruhe) und Peace (Frieden) – identisch und vereinzelt auch in der Bundesrepublik schon aufgekommen ist. Damit ist eine weitere Gruppe synthetischer Präparate (Amphetamine oder Weckamine) angesprochen, die auch in Europa, vor allem Schweden, mißbräuchlich und suchtgemäß verwendet werden. Als Beispiel sei nur das Pervitin (Phenyl-methylaminopropion-hydrochlorid) herausgestellt. Seine abhängigmachende Wirkung mit Gewöhnung, Tendenz zu steigender Dosierung und körperlichen und psychischen Entziehungerscheinungen ist seit langem bekannt und hat dazu geführt, daß Pervitin, das ähnliche Benzdrin und Elastonon ebenfalls dem Opiumgesetz (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln) vom 10. Dezember 1929 unterstellt sind. In der ärztlichen Praxis werden diese und ähnliche Mittel, die nicht der Betäubungsmittel-Gesetzgebung unterliegen, als Weck- und Aufputzmittel und in den letzten Jahren als Appetitzügler und zu Abmagerungskuren verordnet, z. B. Preludin, Ritalin, Captagon und eine Reihe von ephedrinhaltigen Präparaten, die als „Schnellmacher-Pillen“ für Dopingzwecke im Sport meist unerlaubterweise abgegeben werden und aufsehenerregende Todesfälle zur Folge hatten. In 10-20-30facher Dosierung, aufgelöst und injiziert, tritt eine Sofortwirkung ein, die als „Auf und Ab“ (down high), als „flash“ (Blitz) oder „rush“ (Sturm) beschrieben wird und eine Lust nach Wiederholung hervorruft.

Nach dieser kurzen Übersicht über die mißbräuchlich verwendeten Drogen und andere halluzinogene und psychotrope Substanzen soll die abhängigmachende Eigenschaft, die den gemeinsamen Nenner für die darin enthaltenen Wirkstoffe in mehr oder minder hohem Grade bildet, erläutert werden. Der Begriff der „Sucht“ – sprachlich vieldeutig und medizinisch kaum definierbar – soll deswegen bewußt unterdrückt werden, nachdem das Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation 1964 den Begriff der Drogenabhängigkeit = Drug dependance eingeführt und so definiert hat:

Ein Zustand psychischer oder psychischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird. Dabei bedeutet psychische Abhängigkeit ein unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen mit der Einnahme der Drogen fortzufahren,

und das Bedürfnis, sich die Drogen um jeden Preis zu beschaffen.

Gleichzeitig hat das Expertenkomitee der unterschiedlichen Wirkungsweise der Drogen und anderen Suchstoffe Rechnung getragen, in dem es sieben Typen zuließ, nämlich die Drogenabhängigkeit vom

1. Morphintyp
2. Cocaintyp
3. Cannabistyp
4. Amphetamintyp
5. Khattyp
6. Barbiturattyp
7. Halluzinogentyp

Von diesen sieben Typen sollen nur die beiden für unsere Situation wichtigsten herausgegriffen und die Unterschiede verdeutlicht werden:

Beim Morphintyp kann bereits nach Tagen, ja, sogar nach einmaliger Injektion, eine psychische und körperliche Abhängigkeit entstehen. Die Gewöhnung tritt rasch ein und erfordert steigende Dosen, also eine Toleranzsteigerung. Beim plötzlichen Absetzen stellen sich quälende psychische und körperliche Abstinenzsymptome ein, die den Abhängigen förmlich zwingen, sich seinen Stoff, sein Gift, auf irgendeine Weise zu verschaffen und in immer höheren Mengen zuzuführen.

Die Abhängigkeit vom Cannabistyp verhält sich wesentlich anders: sie verläuft langsamer und in Wellen über Wochen und Monate und wird von den Sachverständigen der Weltgesundheitsorganisation beschrieben als „mäßige bis deutliche psychische Abhängigkeit bei weitgehendem Fehlen von körperlicher Abhängigkeit und Fehlen typischer Abstinenzsymptome sowie geringer Tendenz zur Dosissteigerung.“ Bei Haschisch steht also die psychische Abhängigkeit eindeutig im Vordergrund, ohne daß bei chronischem Haschischmißbrauch körperliche Schädigungen gänzlich ausgeschlossen sind. In letzter Zeit ist von US-Armeeärzten über Veränderungen am Lungenparenchym und Bronchialsystem berichtet und eine Pfeife Haschisch schädlicher als eine Packung Zigaretten beurteilt worden.

Damit wird eine weitere Frage angeschnitten, die die derzeitige Situation beleuchten soll, nämlich, wie hat sich der Drogenmißbrauch entwickelt, wie ist die Situation im Ausland?

Die Haschisch- bzw. Marihuanawelle hat sich seit 80 Jahren in den USA explosionsartig ähnlich einer Epidemie von Kalifornien und Texas ausgehend verbreitet. Nach den dortigen Erfahrungen hat der Großteil der Heroin-Abhängigen, deren Zahl z. Z. auf 80000 geschätzt wird, einmal mit Haschisch, und zwar häufig bereits im jugendlichen Alter von 14 Jahren begonnen. Derzeit konzentrieren sich die Bemühungen der Gesundheitsbehörden und zahlreicher Organisationen auf die Eindämmung des Heroïnismus und des Miß-

brauches mit Amphetaminen und hier wiederum des bereits erwähnten DOM. Zu den am meisten befalle- nen Personengruppen gehören Neger, Puertorikaner, Mexikaner, der Anteil der weißen Bevölkerung beträgt angeblich nur 30 %. Nach den Berichten sterben in New York jeden Tag vier Personen an Rauschgiftüber- dosierung. Während 1960 in New York noch von 15 Todesopfern unter Jugendlichen berichtet wird, waren es 1969 bereits 224 Teenager, davon 50 unter 16 Jah- ren. Als Todesursache wird bei 70 % Überdosierung angegeben, im übrigen Leberkrankheiten und Tetanusinfektion. Besonders erwähnenswert sind die Vor- kommnisse in My Lai (Vietnam), wo das dortige Mas- saker unter Drogeneinfluß geschehen sein soll. Dieser Drogeneinfluß wird durch folgende Zahlen verständ- lich: 1969 sollen 16 US-Soldaten in Vietnam an Rausch- giftfolgen gestorben und 527 in ärztliche Behandlung gekommen sein, 1970 trotz reduzierter Truppenstärke 89 Todesfälle und 746 in ärztlicher Behandlung. Insge- samt wird behauptet, daß der Rauschgiftmißbrauch in den Vereinigten Staaten dreimal mehr an Todesopfern gefordert hat, als im gleichen Zeitraum Soldaten in Vietnam gefallen sind. In die USA wird das Heroin zu einem Preis von 4000—5000 Dollar pro kg eingeführt, der abhängige Kleinabnehmer zahlt für die gleiche Menge etwa 20 000 bis 25 000 Dollar. Der Wert der beschlagnahmten Heroinmengen betrug beispielsweise in New York (Stadtteil Queens) 2 Millionen DM, im Juni 1970 in Washington 10 Millionen DM für 9 t Rauschgifte, dann in New York (Stadtteil Manhattan) Heroin für 109 Millionen DM, das aus Argentinien über Marseille eingeschmuggelt worden war, im Dezember 1970 wurden in Miami für 80 Millionen DM 208 Pfund beschlagnahmt (Herkunft Südamerika), in Puerto Rico 58 Pfund Heroin für 20 Millionen DM, das aus der Do- minikanischen Republik kam. Insgesamt sollen 80 % der in den USA illegal gehandelten Heroinmengen direkt oder über Umwege aus der Türkei stammen.

Von Mittelamerika sei Mexiko erwähnt, wo in Tijuana Heroin im Wert von 8,8 Millionen DM sichergestellt werden konnte. Mit der Vernichtung von Mohn- und Cannabisfeldern im Ausmaß von 390 000 m<sup>2</sup> und von 10 000 kg Cannabispflanzen will man dort das Übel mit der Wurzel ausrotten.

Zur Verbreitung des Rauschgiftkonsums tragen vor allem Beat- und Pop-Festivals bei; so ein solches in Byron im Staate Georgia mit 250 000 Teilnehmern, darunter 14 000 Jugendlichen, wo LSD und Marihuana offen verkauft und eine „Drogenkatastrophe“ ausge- löst worden ist.

Ein ähnliches Festival hat im August 1970 auf der Isle of Wight (England) stattgefunden, wo 117 Verhaftun- gen wegen Rauschgiftbesitzes vorgenommen wurden. Bei einer weiteren Veranstaltung auf der Ostseeinsel Fehmarn mit der Band of Gipsy kam es zu ähnlichen Exzessen und der Hauptstar dieses Festivals, der 24jährige Jimmy Hendrix, starb bald darauf in London an den Folgen chronischen Rauschgiftgenusses.

Auf das europäische Festland dürfte der Drogenmiß- brauch in großem Umfang erst 1956 mit dem Aus- gangspunkt Amsterdam übergreifen haben. Im Juli 1970 sind dort beispielsweise 31 kg Haschisch sicher- gestellt und acht Personen verhaftet worden. Im Rat- haus zu Amsterdam gab es im Vorjahr einen beme- kenswerten Zwischenfall, als zwei Ratsherren im Stadtrat demonstrativ Haschisch rauchten, was der Präsident ausdrücklich verurteilte.

Von den skandinavischen Staaten liegen Berichte aus Schweden vor, wo 1967 allein in Stockholm 2067 Süch- tige, davon 20 % Hasch-Abhängige, gezählt wurden; die meisten waren nicht verheiratet, die Mehrzahl der polizeilich ermittelten Täter waren jünger als 30 Jahre. Im Vorjahr waren 587 Personen in stationärer Behand- lung. An den Universitäten in Upsala und Stockholm sind ambulante Behandlungszentren eingerichtet zur Entwöhnung der Amphetamin-Abhängigen, die sich vorwiegend selbst injizieren. Man beschäftigt sich vor- rangig mit exakten, einfachen und schnellen Nachweis- methoden im Blut und Urin, weil nur auf diese Weise die Bekämpfung wirksam und rasch einsetzen kann.

Aus Dänemark liegen aufschlußreiche Modellunter- suchungen vor; 25 % der Mittelschüler und Studenten rauchen Haschisch, davon 8 % regelmäßig, wiederum 30 % dieser chronischen Raucher gehen auf härtere Drogen über und werden abhängig.

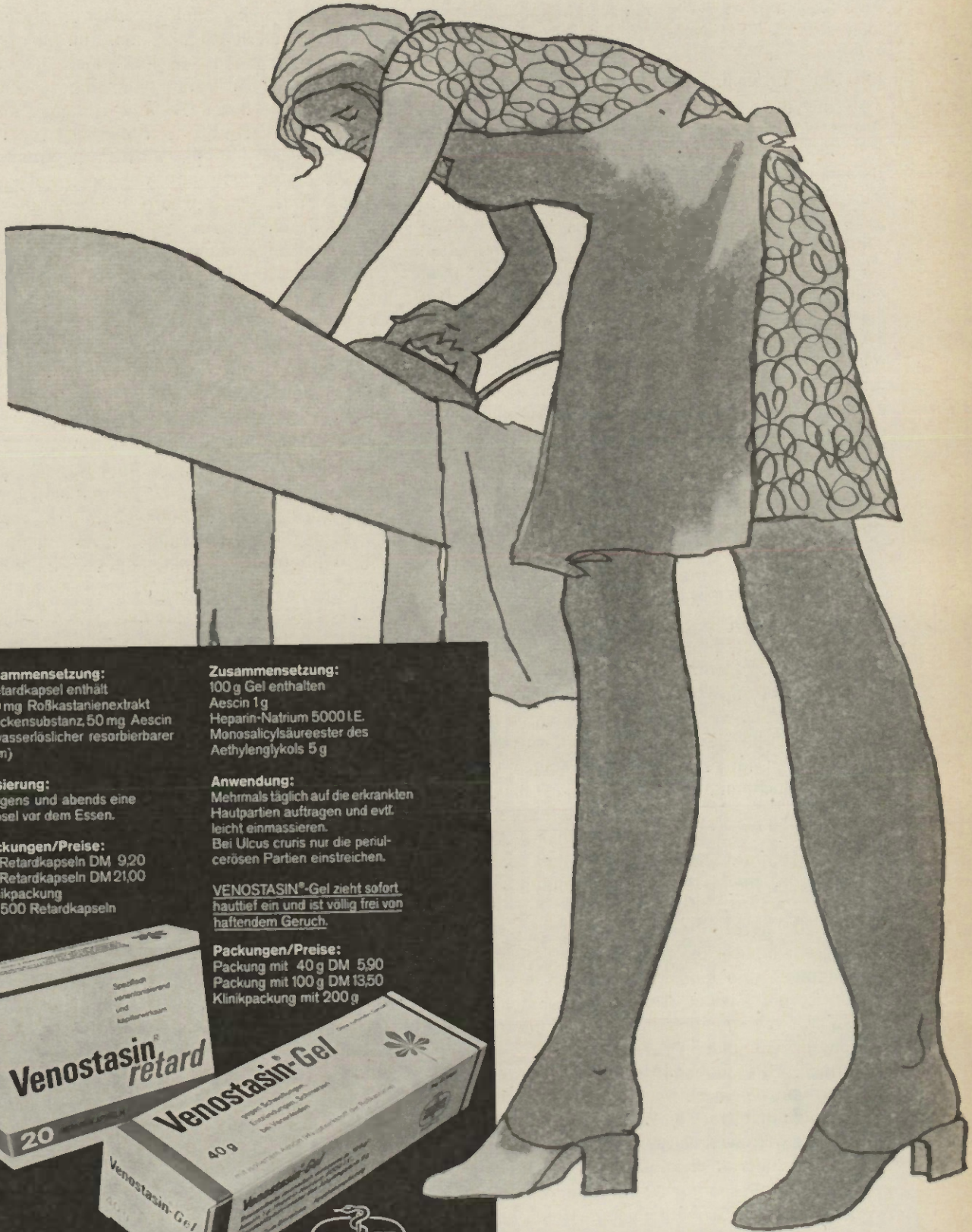
Frankreich, wo beispielsweise in Lyon 280 kg Canna- bis aus der Türkei beschlagnahmt und in Dünkirchen bei einem amerikanischen Musiker 540 g Haschich und zusätzlich LSD sichergestellt worden sind, hat als Umschlagplatz für die USA eine zwielichtige Be- deutung erlangt, aber andererseits durch ein seit 3. Januar 1971 in Kraft befindliches Rauschgiftgesetz aufhorchen lassen. Darin wird der Rauschgiftkonsum einem Verbrechen gleichgestellt, bei *Z u s t i m m u n g* zur Entziehungskur jedoch die Aussetzung der Straf- verfolgung ermöglicht. Das Gericht kann aber auch selbst eine Entziehungskur anordnen. Für die Herstel- ler und Verteiler wurden die bisherigen Strafen ver- doppelt; die Verteiler können zu einer Gefängnisstrafe bis zu zehn Jahren, die Hersteller zu einer solchen von 10 bis 20 Jahren verurteilt werden. Außerdem sind Entschuldigungen des Drogenkonsums in der Öffent- lichkeit verboten und der Polizei größere Vollmachten eingeräumt worden.

Die uns vorwiegend interessierenden südlichen Nach- barstaaten, Schweiz und Österreich, sind erst verhält- nismäßig spät ab 1966 befallen worden. In Basel wur- den seit 1967 550 Konsumenten (Durchschnittsalter unter 22) untersucht, die anfänglich der gehobenen Mittelklasse, später der unteren Mittelklasse angehö- ren. Lediglich 26 % ließen eine unauffällige Entwick- lung erkennen. „Broken home“-Faktoren waren bei 52 % von 120 jugendlichen Polytoxikomanen bis zum 15. Lebensjahr nachweisbar. In Zürich gaben im Rah- men einer anonymen Erhebung unter 307 Studenten 18,6 % Erfahrungen mit Haschisch, 2,3 % mit Opiaten,



# Tagtäglich stundenlang stehen. Eine Last für den Venenkranken.

## VENOSTASIN® erleichtert.



**Zusammensetzung:**  
1 Retardkapsel enthält  
300 mg Roßkastanienextrakt  
(Trockensubstanz, 50 mg Aescin  
in wasserlöslicher resorbierbarer  
Form)

**Dosierung:**  
Morgens und abends eine  
Kapsel vor dem Essen.

**Packungen/Preise:**  
20 Retardkapseln DM 9,20  
50 Retardkapseln DM 21,00  
Klinikpackung  
mit 500 Retardkapseln

**Zusammensetzung:**  
100 g Gel enthalten  
Aescin 1g  
Heparin-Natrium 5000 I.E.  
Monosalicylsäureester des  
Aethylenglykols 5 g

**Anwendung:**  
Mehrere Male täglich auf die erkrankten  
Hautpartien auftragen und evtl.  
leicht einmassieren.  
Bei Ulcus cruris nur die perul-  
cerösen Partien einstreichen.

**VENOSTASIN®-Gel zieht sofort  
hauttief ein und ist völlig frei von  
haftendem Geruch.**

**Packungen/Preise:**  
Packung mit 40 g DM 5,90  
Packung mit 100 g DM 13,50  
Klinikpackung mit 200 g



...kombiniert leisten sie noch mehr

5,2 % mit Halluzinogenen und 12,4 % mit Weckaminen an. Die Zahl der Exploranden, die Haschisch, Halluzinogene, Opium oder andere Mittel „versuchen“ möchten, übersteigt die Zahl der tatsächlichen Konsumenten um ein Mehrfaches. In dieser Stadt hat man auch vor dem Entzug der Konzession nicht zurückgeschreckt, wenn in einem „Lokal“ (Blow up) Haschisch nachweislich verkauft bzw. konsumiert worden ist, eine Maßnahme, die auch bei uns praktiziert werden sollte.

Die Situation in unserem Nachbarland Österreich ist naturgemäß für den südostbayerischen Raum von besonderer Bedeutung, durchqueren doch beide Länder die bedeutendsten Verkehrsverbindungen aus der Türkei, wie z. B. der Orient-Expreß. Während 1965/66 nur 3 % der Rauschgiftdelikte von Jugendlichen begangen worden waren, mußten 1969 50 % dieser Delikte den Jugendlichen angelastet werden. Die Zahl der jugendlichen Täter im Alter von 14 bis 18 Jahren betrug 1966: 20, 1969: 75 und im ersten Halbjahr 1970 bereits 101 Personen. Zur stationären Behandlung wurden 1969 in die Wiener Universitäts-Nervenklinik 142 Patienten wegen Rauschgiftmißbrauches eingewiesen, im ersten Halbjahr 1970 waren es 64, wobei zu bemerken ist, daß es sich hierbei fast ausschließlich um Patienten handelt, die mehrere Rauschgifte gleichzeitig zu sich genommen hatten, also um Polytokomane. Im Februar 1970 starben in Wien ein 22- und ein 23jähriges Mädchen an einer Überdosis von Heroin, eine 16jährige konnte am Leben erhalten werden. In der Landesnervenklinik Linz kamen seit Herbst 1968 40 Personen (23 männlich, 17 weiblich) wegen Drogenmißbrauches zur Aufnahme. Zwei Jugendliche starben an einer Überdosis von Menocil. Dieses amphetaminähnliche Präparat, chemisch 2-amino-5-phenyloxazolin-fumarat, wurde in hohen Dosen allein oder in Kombination mit Haschisch mißbräuchlich verwendet. Von etwa 60 weiteren Jugendlichen im Alter von 16 bis 21 Jahren, die nicht in stationäre Behandlung kamen, haben nur sechs Haschisch, Opium, LSD oder Heroin als Suchtmittel angegeben. Die Tiroler Landeshauptstadt Innsbruck bietet ein weiteres Beispiel für die „Umfunktionierung“ gebräuchlicher Arzneimittel. Hier benutzten etwa 30 bis 40 Personen den Hustensaft Peracon, chemisch Isopropyl-dimethylaminopropyl-phenylacet-nitril-citrat, um sich in einen „high“-Zustand zu versetzen, der nach Injektion oder oraler Einnahme ziemlich plötzlich einsetzt, epileptiforme Krampfanfälle und eine stoßartige Welle durch den ganzen Körper auslöst. Gleichzeitig werden phantastische Vorstellungen und eine Störung der Körpergefühlshöhle, „Gummifüße“, „Auge rund um den Kopf“, beschrieben. Die Jugendlichen hatten sich am nächsten Tag von einem solchen Stoß noch nicht erholt, sieben mußten etwa vier Wochen in stationäre Behandlung, zwei davon wurden rückfällig. Das Peracon wurde schließlich auch in Salzburg mißbraucht, und zwar von zwölf Personen; 32 Personen waren dort als Hascher, acht als Schnüffler im Zeitraum vom Som-

mer 1969 bis Herbst 1970 aufgefallen. Diese 45 Personen (35 Männer und 10 Frauen) gehören der Altersgruppe von 15 bis 24 Jahren an. HARRER beschäftigte sich besonders mit letzterer Sonderform der Berausung. Er beobachtete in der gleichen Zeit 70 meist jugendliche Personen, die sich mit Einatmen von Trichloräthylen, genannt „Tri“, berauschten und „Schnüffler“ bezeichnet werden. Von diesen sind nur acht in Behandlung gekommen. Im Mai 1970 ist ein 19jähriger in einem solchen Rausch gestorben. Ein 20jähriger hat Tetrachlorkohlenstoff geschnüffelt und sich daran berauscht. Die Untugend des „Schnüffels“ mit „Tri“ und „Tetra“, der Abkürzung von Tetrachlorkohlenstoff, ist übrigens auch in der Bundesrepublik in Erscheinung getreten. Insgesamt hat die internationale Polizei in Salzburg 120 Jugendliche wegen „Suchtgift“-Vergehens registriert und von 1968 bis 1970 eine Verzehnfachung der jugendlichen Verbraucher beobachtet. Den Mittelpunkt des Haschischmißbrauches bilden in Salzburg und auch anderswo an der Grenze Tanz- und Vergnügungslokale. Die Herkunft des Stoffes verhält sich analog zur bayerischen Seite. Der vordere Orient stellt die Hauptmenge mit hängengebliebenen Restbeständen oder es handelt sich um Rücktransporte kleiner Mengen aus München über die frequentierten Grenzübergänge.

Die Südostecke Bayerns und der Bundesrepublik bildet somit den Brennpunkt der illegalen Einfuhr von Haschisch und Opium. Als weiteres Tor zur Welt gilt die Nordseeküste mit Hamburg als Hauptumschlagplatz. Weitere Brennpunkte sind die Flughäfen mit internationalem Verkehr Frankfurt/Main und Berlin.

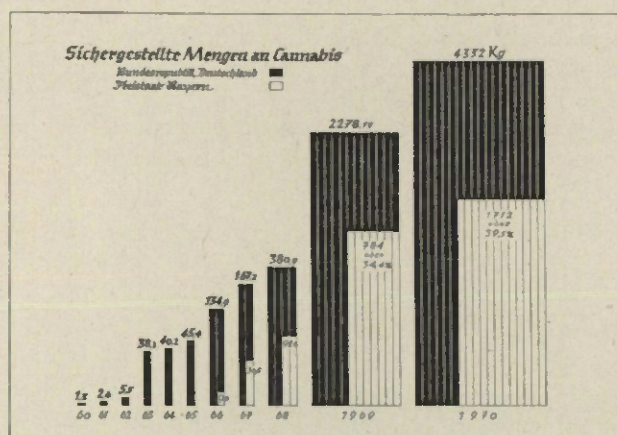
Bereits 1967 sah sich Hamburg zur Abhaltung einer Jugendschutzwoche über Rauschgiftmißbrauch veranlaßt. Im Jahre 1970 konnten dort z. B. 270 kg, 50 kg und 235 kg jeweils bei Einzelaufgriffen sichergestellt werden. Der Großhandelspreis für Haschisch lag im Jahre 1970 zwischen DM 2000,- und 3000,- pro kg bei einem Einkaufspreis von DM 1500,- in Marokko. In Hanau gelang es vor einem Jahr, die bisher größte Menge an LSD, nämlich 10 kg, mit einem geschätzten Wert von DM 500 000,- zu beschlagnahmen, das von New York über Frankfurt durch fünf US-Soldaten und einen Studenten eingeschmuggelt worden war.

Aus Frankfurt/Main liegt das Ergebnis einer Befragung von 200 abhängiggewordenen Schülern vor, von denen sich 70 % zum Umsteigen auf LSD, Morphinum oder Heroin bekannten. Eine Jugendliche spricht von einem „Sturmangriff auf das Bewußtsein“ unter LSD.

In Berlin widmen sich sieben Institutionen der Bekämpfung des Rauschgift- und Betäubungsmittelmißbrauches; Drogenabhängige können in vier Spezialkliniken stationär behandelt werden; es handelt sich dabei meist um Polyvalentabhängige, das sind solche, die sich nicht mit einem Mittel zufriedengeben; der Anteil der Heroinabhängigen soll dabei bereits 40 % ausmachen. Unglaublich mutet fast das intravenöse Schießen der sogenannten „H-Tinktur“ an, die ange-

lich aus einem Morphinderivat mit Essigsäure versetzt in drei verschiedenen Farbtönungen angeboten wird. Die verhängnisvolle Beimengung von Opium in Marihuanazigaretten bzw. das Angebot von Haschischsorten mit Opiumbeimengung verschiedenen Grades ist erstmals in Berlin festgestellt worden, während in den Asservaten innerhalb Bayerns trotz gezielter Untersuchungen dieser Nachweis noch nicht gelungen ist.

Auf die Situation in Bayern kann einmal aus dem Anstieg der beschlagnahmten Cannabismengen geschlossen werden, der vor 1966 wegen seiner Bedeutungslosigkeit nicht erwähnenswert ist. Seit dieser Zeit haben sich die Sicherstellungen beinahe um das 200fache vermehrt. Innerhalb des Bundesgebietes fällt der Anstieg mit einer Verdoppelung 1967 bzw. einer Verzehnfachung von 1968/69 ins Auge. 1970 brachte wiederum eine Erhöhung um fast 100 %. Absolut ge-



sehen, entfällt auf Bayern mit 1712 kg ein Anteil von 39,5 %, zum Vergleich auf Baden/Württemberg ein solcher von 11 % bei 478 kg. Den beschlagnahmten Mengen dürfte ein tatsächlicher Cannabisverbrauch in zehnfacher Höhe gegenüberstehen, da nach den Erfahrungen des Rauschgiftkontrollrates in Genf nur etwa 5 bis 10 % der geschmuggelten Drogen entdeckt werden. Das bedeutet für 1970 einen illegalen Haschischhandel mit über 40 t in der Bundesrepublik Deutschland.

Nachdem bisher nur Mutmaßungen über das Ausmaß des Drogenmißbrauches angestellt worden waren und im Gegensatz zu Österreich eine Meldepflicht bei Rauschgift- oder Betäubungsmittelmißbrauch nicht besteht, die im übrigen auch nur einen zweifelhaften Aussagewert ergeben würde, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern durch eine zweimalige Umfrage bei den Gesundheitsämtern im Jahre 1970 versucht, etwas Licht in die Dunkelziffern zu bringen. Die Ergebnisse für die Regierungsbezirke Oberbayern (ohne Landeshauptstadt München) und Schwaben sind aus den Abbildungen (vgl. S. 455) ersichtlich. Die Zahlen erheben keinen Anspruch auf letzte Genauigkeit; bei einigen Ämtern wurden Nacherhebungen angestellt; trotzdem verblieben bei anderen Fehlanzeigen, die inzwischen durch neuere Vorfälle teilweise überholt

sind. Immerhin scheint im Südosten ein gewisser Schwerpunkt zu liegen. Abgesehen von den Grenzorten, wo fast jede Woche drogenabhängige Jugendliche aufgegriffen werden, bilden während der warmen Jahreszeit Fremdenverkehrsorte, Campingplätze und ähnliche Zentren Anziehungspunkte für Drogenhändler und neugierige Konsumenten. Kerngruppen werden auch in Standortnähe von Einheiten der Bundeswehr und US-Streitkräften angetroffen. Als Herkunfts-ort für den Stoff wird meist München angegeben; Klein- und Mittelstädte scheinen mehr Zwischenstationen und Nebenzentren zu sein. Den errechneten Zahlen kommt dort der größte Aussagewert zu, wo ein enger Kontakt zwischen Gesundheitsamt, Jugendamt, Polizei und Schulen besteht. Insgesamt liegen den Berichten 430 Personen in Oberbayern und 172 in Schwaben zugrunde, wobei Doppelzählungen nicht ausgeschlossen, aber ebensowenig alle Jugendlichen erfaßt sind, die während des Jahres 1970 hier jemals einen „joint“ geraucht haben. Einen größeren Aussagewert dürfte die Altersgliederung darstellen; der Anteil von 44,4 bzw. 43,6 % Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren kommt Schätzungen aus anderen Quellen mit 50 % ziemlich nahe; die Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren machen 38,6 bzw. 34,3 % aus, bei den über 21jährigen zeigt sich ein starker Abfall auf 17,0 bzw. 22,1 %, wobei die überwiegende Mehrzahl auf Personen bis zu 25 Jahren entfällt, zumal die Endzwanziger im Fachjargon schon zu den „Hasch-Opas“ gezählt werden. LSD-Anhänger sind bereits in allen Altersgruppen vertreten; auch hier stellen die jüngeren Jahrgänge mit 1,4 %, in Schwaben mit 2,9 % sogar die stärkste Gruppe. Ihre Zahl deckt sich weitgehend mit den in stationäre Behandlung gekommenen Personen, unter denen leider zwei tödliche Verläufe zu beklagen waren.

Welche Folgerungen ergeben sich nun aus der derzeitigen Situation für die künftige praktische Arbeit auf der unteren Ebene? Was muß hier aus ärztlicher Sicht geschehen?

1. Koordination der Erhebungen zwischen Schulen, Jugendamt, Gesundheitsamt und Polizei, ohne daß dadurch Meldungen zur Strafverfolgung oder Einleitung disziplinärer Maßnahmen ausgelöst werden. Zu diesem Zweck sollte ein regelmäßiger monatlicher Erfahrungsaustausch, nicht erst bei Vorfällen, eingeführt werden.
2. Anonyme Umfragen unter den Schülern ab 14 Jahren an den weiterführenden Schulen einschließlich der Berufsschulen unter Einschaltung der Schülermitverwaltungen. Ein entsprechender Fragebogen wäre vorher auf höherer Ebene unter Berücksichtigung vorliegenden Erfahrungsmaterials auszuarbeiten.
3. Änderung der Schulordnung für die höheren Schulen in Bayern vom 22. August 1961 (GVBl. S. 217), Abschnitt VII und VIII: keine Behandlung des Haschisch- und Rauschgiftmißbrauches in Form von

Ihre Patienten werden dankbar sein,  
wenn Sie ihnen **SULF redox<sup>®</sup>**  
mit auf die Reise geben . . .

**SULF redox<sup>®</sup>**

enthält amphotere Mineralstoffe, welche die Redox-Systeme und pH-Werte im Verdauungstrakt wieder herstellen und aufrechterhalten.

**SULF redox<sup>®</sup>**

entzieht den Dysbakterien den Nährboden, so daß die Eubakterien sich auf physiologischem Milieu entwickeln können.

**SULF redox<sup>®</sup>**

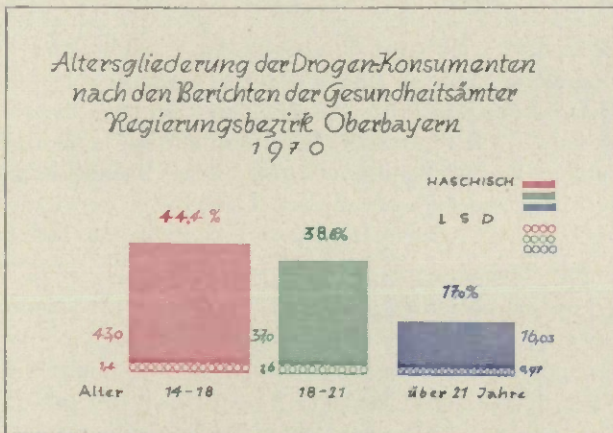
fördert bei akuten Erkrankungen den Heilungsprozess auf natürliche Weise und verhindert, prophylaktisch angewendet, auch bei Ernährungsumstellungen Darmstörungen.



Muster auf Anforderung

**TOSSA  
ARZNEI**

**KURT MERZ · 6497 STEINAU**



Scherbengerichten, bestehend aus Lehrerkonferenz und Elternbeirat. Im Verdachtsfall sollten Schularzt und Vertrauenslehrer zugezogen, die Eltern verständigt und gegebenenfalls Gesundheits- bzw. Jugendamt eingeschaltet werden.

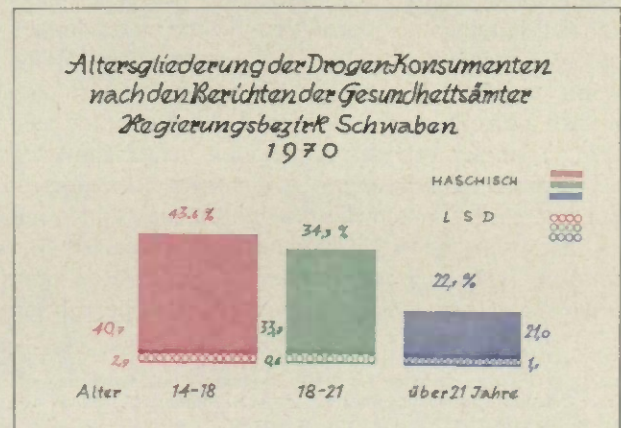
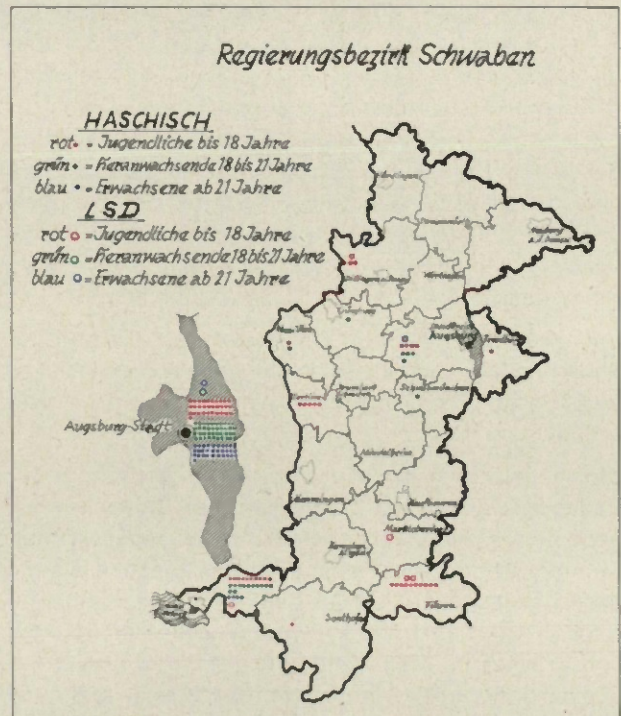
4. Ausbau der Stellung des Schuljugendberaters, wobei eine zusätzliche Schulung und eine engere Verbindung zu Gesundheitsamt und Jugendamt vorausgesetzt werden müßten.
5. Personelle und räumliche Erweiterung der Erziehungsberatungsstellen zu örtlichen Drogenberatungszentren, denen neben Ärzten auch Psychologen und Sozialarbeiter zuzuteilen wären.
6. Unterteilung der Kriminalstatistik bezüglich der Rauschgiftdelikte, Aufschlüsselung der Täter nach Delikten (Besitz, Handel, Bandenbildung), Alter, Geschlecht und Herkunft, Beziehung zum Tatort zwecks Feststellung örtlicher Häufungen.

Wie bereits einleitend erwähnt, handelt es sich beim Drogenmißbrauch ohne Zweifel um ein komplexes Geschehen, das an den Wurzeln der Gesellschaft nagt, ja, sie sogar in Frage stellt. Aus diesem Grunde fällt die Aufgabe der Bekämpfung auch nicht allein der Ärzteschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu. Gerade bei der Vorbeugung und Aufklärung der

Jugendlichen und Heranwachsenden, den überwiegend betroffenen Gruppen, ist die verantwortliche Mitwirkung der Lehrer und Erzieher aller Schulgattungen und der in der Jugend- und Familienarbeit tätigen Seelsorger, Juristen und Sozialarbeiter im weitesten Sinne zur Unterstützung der oft ratlosen Eltern und Erziehungsberechtigten unerlässlich. Sie alle sehen sich vor eine überaus schwierige Aufgabe in der Prävention, in der nachgehenden Fürsorge und der Rehabilitation gestellt.

Die Maßnahmen der unteren Ebene müssen von den überörtlichen Instanzen vervollständigt werden:

1. durch die Bildung theoretischer Forschungszentren mit gezielter Aufgabenstellung hinsichtlich Wirkungsmechanismus von Haschisch bzw. Marihuana und mißbräuchlich verwendeter Arzneimittel und
2. durch die Errichtung stationärer Behandlungszentren, die bei gleichzeitigem Mangel von jugendpsychiatrischen Anstalten mit solchen verbunden bzw. an vorhandene Kinderkliniken angegliedert werden sollten.



Dabei ist keine Zeit mehr zu verlieren, sollen wir nicht vom Drogenproblem überrollt werden mit der Folge, daß eines Tages die Sozialhilfeverwaltungen von einer Unzahl chronisch Abhängiger im besten Lebensalter samt deren Frauen und Kinder überschwemmt werden. Es ist so viel die Rede von unterschiedlichen Auswirkungen des Alkohol-, Opium- und Haschischmißbrauches. Diese Unterschiede lassen sich so treffend an einem alten persischen Gleichnis erklären: „Drei Männer kommen nachts an ein verschlossenes Stadttor.

Da sagt der erste, der Alkohol getrunken hat: Wir werden das Tor einschlagen. Der zweite, der Opium geraucht hat, widerspricht ihm: Nein, wir werden uns hinlegen und bis morgen früh schlafen; dann wird das Tor geöffnet und wir können hindurchgehen. Der dritte jedoch, der Haschisch gegessen hat, lächelt überlegen über beide. Weder noch, sagt er, wir kriechen durch das Schlüsselloch.“

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Erich Schuster, 8240 Berchtesgaden, Gmundberg 7

## Erfahrungen mit einer programmierten Sprachtherapie an Schwersthirnbeschädigten \*

von Helmut Ruge

Eine Ausdrucksform unserer technischen Zeit ist die Programmierung. Es programmieren die Wirtschaft, die Industrie, die Verwaltung, die Technik und nun auch die Schulen. Mit den konventionellen Methoden ist die Arbeit nicht mehr zu bewältigen. Überall wird der höchste Wirkungsgrad angestrebt, mit einem Minimum an Kraft die maximale Leistung. Wer sich dieser Entwicklung entzieht, überfordert die Arbeitskraft, in der Schule Lehrer und Schüler, was zu bedenklichen Gesundheitsschädigungen führt. Objekt des Programmierens ist die Maschine, in unserem Falle das Sprachübungsgerät mit einem Übungsprogramm, im weiteren Sinne das Sprachlabor mit Buchprogrammen.

Auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 1968 in München sprach ich über das Thema „Die Programmierung in der Sprachheilschule“.

Die Programmierung ist zum Unterrichtsprinzip in der Pädagogik geworden. Damit sind der Didaktik neue, bedeutende Aufgaben gestellt. Keine andere Schulform braucht die Programmierung so dringend wie die Sprachheilschule, die zwei Aufgaben gleichrangig zu erfüllen hat, nämlich die Vermittlung des Lehrstoffes und gleichzeitig die Beseitigung der Sprachübel ihrer Schüler(innen). Die Lernprogramme müssen hier auch Übungsprogramme sein. Man kann sie daher nicht von der Hauptschule übernehmen. Wenn man bedenkt, daß die zumeist überfüllten Sprachheilklassen alle Arten von Sprachstörungen bei ihren Schülern aufweisen, so kann man ermessen, daß es schwierig sein wird, Programmierungen zu schaffen, die für alle Arten der Sprachbehinderungen gleichzeitig Übungsprogramme sind. Die Schwierigkeiten bestehen nicht nur in der heterogenen Zusammensetzung der Schüler, sondern in deren labiler Seelenverfassung. Man kann wohl eine Gruppenbehandlung bei gleichgelagerten

Sprachstörungen durchführen, also z. B. bei Stotterern, man kann aber in diese Gruppe nicht einbeziehen Dysgrammatiker und Dysphasiker. Schwersthirnbeschädigte im Kindesalter sind keineswegs eine Seltenheit. Der Verband der Hirnverletzten Deutschlands beziffert ihre Zahl bereits auf über 10000 und ruft zu ihrer intensiven sprachheilpädagogischen Sonderbehandlung auf.

Es müssen Methoden entwickelt werden, die unsere Sprachgeschädigten individuell und emotionell ansprechen, die die Partnerarbeit herausstellen und das Persönlichkeitsbewußtsein kräftigen. Nicht das Sprachübel allein soll behandelt, sondern die ganze Persönlichkeit umerzogen werden. Eine Aphasie im schulpflichtigen Alter kann nur im Einzelunterricht behandelt werden, und zwar durch einen regelrechten Sprachheilverricht, während eine Aphasie-therapie Erwachsener eine Rehabilitation ist, d. h. eine Wiedererwerbung von bereits früher Erlerntem.

Da sich diese Arbeitstagung vorwiegend mit dem sprachgeschädigten Kind befaßt, hielt ich es für notwendig, die Probleme einer Sprachheilschule zu streifen.

Was für die Sprachbehandlung von Kindern und Jugendlichen gilt, findet im übertragenen Sinne bei Erwachsenen Anwendung. Selbstverständlich muß sich hier die Behandlung nach dem Bildungsniveau des Patienten richten. In meiner über 20jährigen Tätigkeit als Sprachheilpädagoge, insbesondere an der Neurologischen Klinik des Hirnverletztenkrankenhauses München, habe ich etwa tausend schwere und schwerste Sprachstörungen – vor allem Aphasien – behandelt und auf der Grundlage einer audio-visuellen Sprachtherapie eine Programmierung zur Festigung der Umgangs- und Verkehrssprache entwickelt. Ich habe diese Methode erstmalig 1966 auf dem Kongreß für Hirnpathologie und Sprachheilpädagogik in Köln in die Heilpädagogik eingeführt, zusammen mit dem „Language Master“, den ich als nütz-

\*) Vortrag auf dem Kongreß der Arbeiterwohlfahrt im sprachtherapeutischen Seminar des Sprechheil-Zentrums Werscharberg bei Osnabrück, November 1970.

liches Sprachübungsgerät in die Bundesrepublik einführte und in diese Methode einbaute. 300 bebilderte, beschriftete, besprochene Tonkarten habe ich dazu (in erster Linie für die aphasisch betroffenen Schwersthirnbeschädigten) verfaßt, die – in 22 Serien nach Sprachschwierigkeiten aufgegliedert – dem Aufbau einer zügigen Umgangssprache dienen.

Unter den zahlreichen auf dem Markt erschienenen „Lernmaschinen“ habe ich bei meinen beiden Studienreisen 1962/64 nach den USA zu den großen Instituten und Rehabilitationszentren der Columbia-Universität und der Universität New York diesen „Language Master“ als geeignetes Sprachübungsgerät ausgewählt und die Produktion eines Exportmodells mit deutschen Stromspannungen bei der Herstellerfirma Bell und Howell in Chicago forciert. Die ersten beiden 1965 in die Bundesrepublik importierten Geräte habe ich für die Münchener Klinik angeschafft. Gleichzeitig ist dazu die erste Auflage meiner Tonkarten im Druck erschienen.

Meine kombinierte Sprachbehandlungsmethode (mit Gerät, Tonkarte und – für die letzten vier Serien meines Programms – den vorzüglichen Wandanschauungsbildern der Lehrmittelanstalt Köster, München, die für das „mehrbehinderte“ Kind in „Sprecheinheiten nach Ruge“ aufgegliedert sind) wird erfolgreich von Heilpädagogischen Instituten, Sprachheilschulen, Sprachambulanzen, Neurologischen und HNO-Kliniken praktiziert. Insbesondere bewilligen die großen Kostenträger für Schwersthirnbeschädigte (Sozialhilfeverwaltung bei den Bezirksregierungen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten u. a.) meine Lehrmittel als Eingliederungshilfe nach BSHG für eine nachgehende Sprachheilfürsorge zu häuslichen Sprachübungen. Die ersten nach dieser (ohne fremde Hilfe möglichen) Methode behandelten Schwersthirnbeschädigten haben inzwischen diese Lehrmittel an ihre Kostenträger zum anderweitigen Einsatz zurückgegeben, weil sie durch tägliches fleißiges Üben ihre Sprache innerhalb eines Jahres – manchmal schon nach einigen Monaten – restituiert haben. Sie sind nun in der Lage, sich eine zügige Verkehrssprache allein anzueignen.

So hilft die Programmierung in der Sprachgeschädigtenpädagogik bereits auch den in erschreckendem Maße zunehmenden sprachgestörten Verkehrs- und Betriebsverletzten. In den Sprachkliniken ist sie ein Ersatz für den fehlenden Sprachheilpädagogen; in vielen Neurologischen Kliniken gibt es für die Sprachbehandlung nicht einmal das so dringend benötigte medizinische Hilfspersonal.

Eines möchte ich aus meiner 20jährigen Erfahrung in aller Deutlichkeit immer wieder betonen, daß nur die Übungstherapie zu dauerhaften Erfolgen führt. Der Königsweg der Sprachbehandlung ist die Übungstherapie. Deshalb sollten Sprachgeschädigten aller Altersstufen diese Übungsmöglichkeiten gegeben werden, Schulkindern natürlich außer-

halb der obligatorischen Unterrichtszeit – an Nachmittagen –, und zwar durch Logopäden oder „Schulassistentinnen“, wie sie an Pädagogischen Hochschulen bereits ausgebildet werden. Auf alle Fälle kürzt die Übung die Behandlungsdauer ab.

Die Programmierung zu einer ausreichenden Umgangssprache für Schwersthirnbeschädigte besteht aus keinem Lernprogramm, sondern einem Übungsprogramm. Die Notwendigkeit zur Programmierung begründet die Sprachpsychologie. Nach Friedrich Kainz „Einführung in die Sprachpsychologie“ besteht die Sprache aus dem Sprachvermögen, dem Sprachschatz mit seinem Regelgefüge – also der Grammatik – und dem Sprechvorgang. Alle drei Vorgänge sind kompliziert und hochstrukturiert, sie erfordern neben einer angemessenen Intelligenz und einem syntaktischen Sprachgefühl ein normales und gesundes Geistes- und Seelenleben, das bei einem Hirnverletzten schwer gestört ist. Er kann mit dieser hochentwickelten Kultursprache zunächst nichts anfangen, er steht ihr ratlos und hilflos gegenüber.

Die Ursachen einer Hirnschädigung sind die verschiedenen Formen der Apoplexie und der schweren Kopfverletzungen.

Auf dem Rehabilitationskongreß 1968 in Heidelberg wurde die Zahl der Jungrentner in der Bundesrepublik auf 1,5 Millionen beziffert, die Zahl aller Behinderten auf 4,7 Millionen beim Rehabilitationskongreß im Oktober 1970 in München. Der Herr Bundespräsident forderte beim Münchener Kongreß als Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung dieser Behinderten in den Arbeitseinsatz. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Zahl der Verletzten durch Verkehrs- und Betriebsunfälle gegenwärtig jährlich um weitere über 400 000 zunimmt, worunter sich über 100 000 Schwersthirnbeschädigte mit seelisch-geistigen Ausfallserscheinungen befinden. Bereits vor fünf Jahren habe ich in dem medizinischen Journal „euro-med“ (Heft 1/1966) und im „Bayerischen Ärzteblatt“ (Heft 3/1966) die Zahl der aphasisch betroffenen Schwersthirnbeschädigten in der Bundesrepublik vorsichtig mit 200 000 beziffert. Ich stützte mich bei dieser Dunkelzahl auf statistische Erhebungen in den USA, die mir bei meiner ersten Studienreise 1962 zu den Instituten für Rehabilitation in der Columbia-Universität und der Universität New York zugänglich waren und die ich vergleichsweise auf die Bundesrepublik anwendete. Dabei habe ich berücksichtigt, daß die Amerikaner zur Aphasie noch andere Formen von Sprachschädigungen zählen.

Bei meinem Vortrag 1966 auf dem Kongreß in Köln wurden diese Schätzzahlen bestätigt. Die 1968 erschienene Broschüre „Organisation der Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen“ in der Schriftenreihe „Arbeit und Gesundheit“ (Heft 79/1968, Verlag Georg Thieme, Stuttgart) von dem Fachärzteteam Tönnis, Frowein, Loew, Grote, Hemmer, Klug und

Finkemeyer, herausgegeben von den Ministerialräten Dr. med. Paetzold, Dr. med. Dierkes und Dr. med. Goetz, in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium, gibt erstmalig genauere Zahlen aufgrund statistischer Erhebungen bekannt. Die Autoren berufen sich auf Unterlagen der Krankenkassen, Kliniken, Berufsgenossenschaften, des Statistischen Bundesamtes und des Bundesarbeitsministeriums. Danach gibt es im Bundesgebiet pro Jahr 100 000 bis 200 000 Kopfverletzte, darunter 15 % Schwersthirnbeschädigte mit Syndromen, die die psychischen Grundfunktionen betroffen oder ganz ausgeschaltet haben. Die Verfasser weisen nach, daß durch Fehldiagnose und verspätete Behandlung die Heilung dieser schweren Schädel-Hirn-Verletzungen ungemein erschwert wird; sie legen deshalb einen Organisationsplan für die rechtzeitige Behandlung dieser Unfallverletzten vor.

Die seelisch-geistigen Ausfälle der Schwersthirnbeschädigten manifestieren sich bei diesen 15 % der Fälle in einer Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit bis zum völligen Sprachverlust, einer Total-Aphasie. Bei weiteren 20 % besteht eine Minderung der Leistungsfähigkeit; der Antrieb und das Gedächtnis sind geschwächt, die Konzentration ist behindert, die Auffassung eingeengt, das Denken durch inkohärente Störungen lückenhaft und verlangsamt; es besteht eine Hirnleistungsschwäche.

Unsere Schwersthirnbeschädigten müssen daher angeleitet werden, Begriffe mit den adäquaten Sachvorstellungen zu verbinden. Ihre Worte sind zumeist inhaltslos und leer. Sie sollen daher wieder zum sprachlichen Denken erzogen werden. Die Sprache ist die höchste seelisch-geistige Ausdruckskraft des Menschen. Spontan gesprochen ist sie das hörbare und spontan geschrieben das sichtbare Ergebnis unseres Denkens. Die Sprache und das Denken sind identisch. Wo das Denken zustande kommt, wird auch die Sprache gebildet. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die Sprache im sogenannten „Sprachzentrum“ lokalisiert ist. Dort befindet sich bei Wernicke im Gyrus temporalis superior lediglich das sensorische Zentrum für das Sprachverständnis und bei Broca im Gyrus frontalis inferior das motorische Sprachbewegungszentrum. Beide bringen noch keine Sprache zustande. Die Sprache beansprucht ein synergetisches Primat auf die Großhirnrinde, entsteht also in der „Sprachregion“. Hier werden die Gedanken gebildet und die Intentionen für deren sprachliche Formulierung gefaßt. Von hier gehen die Sprachimpulse zum peripheren Ausdrucksfeld. Der seelisch-geistige Vorgang ist das Primäre, der physiologische das Sekundäre.

Ein syntaktisch einwandfreier Satz ist eine hohe Leistungseinheit, die nach Wundts Grundsatz von der schöpferischen Synthese mehr ist als die Summe ihrer Teile. Er erfordert über das Wortsinnverständnis hinaus ein Satzsinnverständnis für Vorstellungsverknüpfungen. Diese Fähigkeit zur Ap-

perzeption und zur Abstraktion ist bei einem Hirnverletzten gestört. Unsere Schwersthirnbeschädigten besitzen nicht mehr die seelische Kraft für diese hohe Geistesarbeit. Sie leiden an krankhaften Veränderungen der Sinneszentren, an geringer Kombinationsgabe, schwacher Phantasie, mangelndem Kausaldenken, vor allen Dingen aber haben sie ein schlechtes Sprachhör- und Sprechbewegungsgedächtnis, wie Schuell und Jenkins in ihrem Standardwerk „Aphasie in adults“ (Verlag Harper and Row, London, 1964) nachgewiesen haben. Ihre Gegenstands-begriffe kommen deshalb nur unklar zustande, haften verschwommen und führen ein Traumleben. Die Abstraktion der Begriffsvorstellung zur Wortvorstellung ist für sie ein schwieriger Denkvorgang, der sorgfältig geübt werden muß. Er soll genügend Erinnerungsbilder an die Wortklang- und Wortbewegungsvorstellung deponieren, sonst gelingt bei der signitiven Intention die Reproduktion der Begriffsvorstellungen nicht oder ist nur lückenhaft. Diese theoretischen Erkenntnisse sind für eine gezielte Sprachtherapie notwendig, um bei der Arbeit wendig zu sein, den Patienten nicht zu überfordern und die Schwerpunkte der Behandlung methodisch richtig zu setzen. Sie begründen, warum ich mein Übungsprogramm so und nicht anders entwickelt habe.

Lange Zeit soll deshalb der wirkliche Gegenstand oder sein gutes Abbild auf die Sinne wirken. Das Ergebnis dieses planmäßigen Gegenstandsdenkens wird die sinnvolle Bereicherung des Wortschatzes mit bleibenden Sachvorstellungen und dazugehörigen Begriffen sein, die aber die Voraussetzung für eine lebendige Spontansprache überhaupt erst ist. Wenn die wirklichen Objekte und guten Anschauungsbilder nicht ausreichen, ist das Stehbild durch den Bildwerfer das beste Anschauungsmittel. Es festigt die Dingbegriffe, stärkt das Wortsinnverständnis, beseitigt Unklarheiten und Wortfindungsstörungen. Gleichzeitig kann man mit ihm die schmückenden Eigenschaftswörter und Mittelwörter wieder erwerben.

Hat der sprachgestörte Schwersthirnbeschädigte genügend Substantive wiedererworben, beginnt die andere große Sprachaufgabe, und zwar die Wiedererwerbung der Verben, die den meisten Aphasikern vollständig abhanden gekommen sind, weil der Wiedererwerb der Verben etymologisch eine viel größere Geistesarbeit erfordert als derjenige der Substantive. Das Zeitwort habe ich als den Motor der Sprache bezeichnet, es ist „die Seele des Satzes“ (Storz). Es ist „der Ordner des Satzes.“ Das echte Zeitwort — nicht das Hilfszeitwort — bestimmt die Stellung der Satzteile, es gibt dem Satzgegenstand den Vorrang und bestimmt dessen Beugungsform, es zielt auf den Nebensatz hin und beansprucht darin den letzten Platz und das allerwichtigste: es bringt Bewegung in den Satz, es geschieht etwas. Beim Substantiv ge-





# Hustenwetter...

## **CODYL®-Sirup**

bei trockener Bronchitis

## **CODYL® cum** expectorans

bei katarrhalischer Bronchitis

# **CODYL®**

Codyl-Sirup  
in Flaschen mit 110 g = 3,90 DM

Codyl cum expectorans  
in Flaschen mit 110 g = 4,15 DM



**DEUTSCHE ABBOTT GMBH**  
VERTRIEB: C. H. BOEHRINGER SOHN  
6507 INGELHEIM AM RHEIN

schieht nichts, es ist statisch. Das Verbum ist dynamisch, lebendig, rhythmisch, sprachmelodisch, es spricht den Kranken emotionell an und belebt seine Sprachmotorik. Von ihm geht eine ordnende Kraft aus, ein sinnvoller, handgreiflicher Vorgang. Es kommt der sprachlichen Reaktivität des Menschen am nächsten, denn Sprechen ist ja auch ein fließender Vorgang. Wenn wir schon das gegenständliche Denken zu einem intentionalen Erlebnis führen sollen, wievielmehr muß dies mit dem aussagenden Denken in Tätigkeiten geschehen.

Für die Wiedererarbeitung der Verben mit allen ihren Tätigkeitsmerkmalen ist der Sprachübungsfilm unerlässlich; er leistet wertvollste Arbeit. Das Stehbild ist statisch, der Sprachübungsfilm dynamisch, er entspricht der Wesensart des Verbums, dort geschieht fortgesetzt etwas, dort ist dauernd Bewegung. „Der Film zeigt einfachste Handlungsverläufe in sinnfälligster Anschaulichkeit, er führt Lebensnahes und Lebenswahres unmittelbar vor Augen“ (Zürneck). „Auch beim Aphasiker ist die Anschauung das absolute Fundament aller Erkenntnis“ (Pestalozzi). Das Geschaute erzeugt Sprechreize, es fordert geradezu zum Reden heraus. „Die Einzelgeschehnisse können sprachlich in kurzer, eindeutiger Aussage festgehalten werden. Die handlungsträchtigen Situationen fordern zum Gebrauch des Verbums in der beschreibenden Aussage heraus“ (Zürneck). Und das wichtigste beim Sprechübungsfilm: Man gibt durch Wiederholungen Apperzeptionsstützen, indem man Einzelszenen festhält oder Einzelausschnitte, die eine in sich geschlossene Sprechereinheit darstellen, mehrmals nach Belieben laufen läßt. Nach jeder Sprechereinheit werden die erarbeiteten Zeitwörter an die Tafel geschrieben und verarbeitet, z. B. im Sinnwandel des Verbs. Geeignete Sprechübungsfilme stehen mir in der reichhaltigen Bildstelle des Stadtschulamtes München jederzeit kostenlos zur Verfügung.

Eine der tiefsten Ursachen für die große Mühe zum Sprachwiederaufbau ist unsere komplizierte Apperzeptionssprache mit einer Fülle von krampfhaften Verdichtungen und mehrfach zusammengesetzten Substantiven, substantialisierten Verben, Adjektiven und sogar Präpositionen. Der Aphasiker – auch der akademisch gebildete – kann damit zunächst nichts anfangen. Es ist absolut unmöglich, seine prämorbid hochentwickelte Sprache im Erststadium des Sprachwiederaufbaues zu restituieren.

Mein Sprachübungsprogramm zum „Language Master“ vermittelt deshalb bewußt eine einfache Assoziationssprache, die vertraute Heimsprache, die Umgangssprache des Alltags, die seiner reduzierten psychischen Leistungsfähigkeit und seinem geschwächten Antrieb entspricht. Unsere Zivilisation bringt für den Aphasiker viel zu viel unverarbeitete Sinneseindrücke. Mein Übungsprogramm mit seinen bebilderten und überschaubaren Sprachmu-

stern verringert diese erdrückende Fülle, sie wirken auf den Kranken beruhigend und wohltuend. Sie geben ihm das Gefühl einer gelenkten Selbstbildung in einer seelisch-geistigen Geborgenheit.

Bevor jedoch der „Language Master“ mit meinem Übungsprogramm angesetzt wird, soll bei einem aphasisch geschädigten Schwersthirnverletzten erst das Sprachvermögen wieder erweckt und der Sprechvorgang in Gang gebracht werden. In den schweren Formen einer optischen oder akustischen Agnosie muß ja zunächst das Wiedererkennen wieder erworben werden. Über eine Tatsache darf keine Unklarheit bestehen und dazu zitiere ich Howard Rusk, den Direktor des nach ihm benannten Institutes an der Universität New York, „Die Aphasie ist eines der am wenigsten verstandenen medizinischen Probleme, das gilt in gleicher Weise für Diagnostik und Therapie“ (publiziert bei Martha Taylor in „Understanding Aphasie“, Heft 2/1958, University New York). Das gleich schwierige Problem wie für die Neurologie ist die Aphasie für die Sprachheilpädagogik. Didaktik und Methode haben sich danach zu richten. Für eine optimale Sprachtherapie ist eine einwandfreie Diagnose nötig. Zur Ermittlung des logopädischen Befundes dienen die Tests von Bay, Wepman, Schuell, Benton, Vignolo, Head, Eisenson, Hawik; der Minnesota-Test befindet sich noch im experimentellen Stadium.

Zur Kontaktaufnahme und Ansprechbarkeit beginne ich die Behandlung mit einem heiteren Stummfilm, z. B. „Der Wettlauf zwischen Hasen und Igel“. Einfachste Lebenssituationen aus dem Sprechübungsstumm-Film erwecken dynamische Impulse. Bekannte Volkslieder erzeugen rhythmisch-dynamische Reize, die zum Mitsingen anregen. Es schließen an Nachsprechen, Reihensprechen, Zählen, Sprichworte, Benennung der notwendigsten Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfes, die in meinem Behandlungsraum mit aufgedrucktem Namen an einem Wandbrett hängen. Es folgt das Zuordnen von gedruckten Worttäfelchen zu den Bildern des Leselottos (Verlag Kuhlemann, Göppingen). Das alles geschieht in einem ständigen „Vom-Munde-Ablesen“. Zusätzlich wird bei den schwersten Fällen einer Agnosie oder sensorisch-amnestischen Aphasie der „Takttilgehalt“ des Wortes in die hohle, gesunde Hand des Aphasikers gehaucht. Unerlässlich ist die Tafelarbeit mit Buntkreiden vor den Augen des Betroffenen.

Danach setzt die Bildbeschreibung ein, wozu unsere Klinik über fünfzig sorgfältig ausgewählte Anschlagungswandbuntbilder aus dem In- und Ausland besitzt. Jedes Bild stellt eine Lebenssituation aus dem Alltag, dem Berufsleben und dem Lebenskreis der Patienten dar. Aus jedem Bild spricht viel Handlung. Insbesondere werden daraus die Verben erarbeitet. Diese vorzüglichen Bilder eignen sich besonders für das gelenkte Sprechen und für das Frage- und Antwortspiel. Der visuelle Perzeptionsweg ist untrüglich, weil er von einer optischen Reizquelle ausgeht.

Bei den schweren Formen einer Dysarthrie oder Anarthrie müssen zusätzlich Lautbildungs- und Vokalisationsübungen betrieben werden, jedoch nicht in einem öden Formalismus, sondern im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung eines Anschauungswandbildes. Man wählt Situationen, wo man mit der ersten und zweiten Artikulationszone beginnen kann; z. B. nach dem Anschauungswandbild „Soll es dir auch so ergehen?“ (ein Verkehrsunfall):

1. Sprechereinheit: Das Mädchen blutet (artikulieren: – da – mä – blu –); die Mutter weint (artikulieren: – di – mu – wei –).
2. Sprechereinheit: Die Buben haben den Ball (artikulieren: – di – bu – ben – ha – ben – ba – ball –); die Polizei ist da (artikulieren: – di – po – li – zei – da –).

Diese Artikulationsübungen werden auf Blankokarten gedruckt und die Tonbandstreifen phonetisch einwandfrei besprochen. Der Patient erhält den „Language Master“ mit diesen Tonkarten auf sein Zimmer und übt. So werden Lautverbindungen in allen Artikulationszonen geübt und eine Angleichung an die Artikulationsbasis angestrebt.

Von vorneherein erziehen wir den Aphasiker zum Denken und vermeiden jegliche „Papageiendressur“. Jede Behandlung wird mit dem Singen von Liedern abgeschlossen. Wenn die Texte noch nicht gehen, singt man nach Silben, z. B. la – la – la oder da – da – da, in den Melodien bekannter Lieder, wie „Das Wandern ist des Müllers Lust“. Das Singen kräftigt die Sprechmotorik, den Rhythmus, die Sprechatmung, die Stimmungslage, das Gemüt; denn Schwersthirnbeschädigte sind labil, manche affektlabil, viele jedoch apathisch. In subjektiver Insuffizienz dämmern sie dahin, weil sie von Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit bis zur dumpfen Verzweiflung gepeinigt werden. Der Schwersthirnbeschädigte soll deshalb in der Klinik seelisch beheimatet werden, sonst verfällt er der Lethargie und Hospitalitis. Ein Lied heitert ihn auf, ein Theaterbesuch lenkt ihn ab. Vargha und Gereb legen auf das Singen großen Wert. So muß man den Aphasiker aus seiner Einsamkeit befreien, sein Kontaktbedürfnis stärken, ihn in die Gemeinschaft eingliedern, ihm Mut einflößen und die sprachlichen Anfangserfolge bewußt machen.

Zur Kräftigung der Sprachmotorik dienen die rhythmischen Freiübungen bei der Heilgymnastik und die manuelle Beschäftigungstherapie. Die „Hand-Geist-Arbeit“ regt das Mitteilungsbedürfnis des Sprachgeschädigten an und zwingt ihn fortgesetzt zu Fragen über den Arbeitsgang. Er muß reden, sonst gelingt sein Werkstück nicht, und sein Ehrgeiz treibt ihn, daß es nicht schlechter ausfällt, als das seines Nebenmannes. Es ist erstaunlich, mit welcher Präzision Laien, halbseitig Gelähmte, arbeiten können und was sie zustande bringen, wenn sie richtig angeleitet werden. Dieses Werkeln, die Materialverwendung, das ständige Vergleichen mit dem Modell in seinen Ein-

zelteilen bereichern den Wortschatz und deponieren eine Fülle von Sachvorstellungen und Begriffen, die in der Sprachheilbehandlung ausgewertet werden. Diese Betätigungstherapie befreit den Aphasiker aus der psychischen Isolierung, überwindet seine Scheu und gibt ihm einen Ansporn zur geistigen Aktivität. Sie erhöht das Mitteilungsbedürfnis in der „Berufssprache“.

Hat der Aphasiker durch diesen Vorkurs genügend Begriffe erarbeitet, dann tritt auf der Stufe der Übung, also am Ende jeder Behandlung, der „Language Master“ mit meinem Sprachübungsprogramm in Tätigkeit. Der besondere Wert des Gerätes besteht darin, daß es sich zu gleicher Zeit an die noch intakten Perzeptionswege des Aphasikers wendet, an den visuellen, den akustischen und den taktilen. Der geschwächte Antrieb wird gekräftigt, Kommunikationsbahnen werden angeregt und Assoziationen aktiviert. Das Gerät ist auch für den halbseitig Gelähmten einfach handlich und stets griffbereit. Der Schwersthirnbeschädigte fühlt sehr bald, daß er mit dieser audiovisuellen Methode endlich eine echte Lebenshilfe besitzt. Dadurch wird sein Mitteilungsbedürfnis angeregt und sein „prätraumatisches Interesse“ geweckt, wie Wepman empfiehlt. Neue Schaltungen werden mobilisiert, die bisher latent schlummerten. Das Gerät und die Sprachmuster sind immer zur Stelle, es spricht phonetisch einwandfrei, stets mit der vertrauten Stimme des Therapeuten. Ein neuer Lebensrhythmus erfüllt den Aphasiker. Es werden Sprechimpulse entfacht, die das Sprachvermögen anregen, zum peripheren Ausdrucksfeld dringen und die Artikulationsbasis innervieren. Die Sprechreize erwecken das syntaktische Sprachgefühl und den Drang zur Modulation. Der Kranke sitzt nicht mehr stumpf und dumpf herum, er empfindet ein neues Lebensgefühl. Er bestimmt das Arbeitstempo, das Arbeitsmaß, er wird wieder Persönlichkeit, nicht mehr der im Rollstuhl verhätschelte Leidende. Er selbst korrigiert am Gerät und an den Tonkarten seine Fehlreaktionen, er selbst fängt Rückschläge ab, ja er kann sogar seinen sprachlichen Fortschritt selbst testen, und zwar mit Blankokarten auf der zweiten Spur des Tonbandstreifens. In unserer Klinik nehme ich die sprachtherapeutischen Erfolge auf Blankokarten auf und füge diese Karten dem Behandlungsbericht für das Krankenblatt bei. Natürlich müssen die Angehörigen behilflich sein, ich halte deshalb engen Kontakt mit ihnen. Das Gefühl, daß der Schwere Sprachgeschädigte im fortgeschrittenen Stadium selbst Blankokarten besprechen darf, erhöht ungemein sein Selbstvertrauen und kompensiert seelische Kräfte. Jede Verfrühung ist zu vermeiden, weil sie Schaden anrichten kann. Bei Stotterern wirkt diese Selbstkontrolle ausgezeichnet.

Das Üben am „Language Master“ wird für den Schwersthirnbeschädigten zum freudigen Erfolgserlebnis, das Gerät weckt sein technisches Interesse. Meine Tonkarten verhelfen zum Einprägen von Begriffen in der zentralen Hörbahn, sie ermöglichen deren Einspeiche-



# Bei akutem Harnwegsinfekt – dem chronischen Verlauf zuvorkommen

## Die Praxis zeigt:

Patienten:	981	
Indikationen:	Zystitis, Zystopyelitis, Pyelitis, Urethritis*	
Dosierung:	Anfangs 3 x 2, später 3 x 1 Tablette Obserin	
Therapiedauer:	Durchschnittlich 1 Woche	
	Vor Behandlung	Nach Behandlung
Bakteriurie	55,7%	9,5%
Schmerzen beim Wasserlassen	87,3%	7,7%
Häufiger Harndrang	77,6%	9,0%
Obserin mußte wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden bei		4,3%
Auf die Therapie mit Obserin sprachen an		91,4%

\* Bei 197 Patienten mit Prostatitis oder Epididymitis ergaben sich eher noch günstigere Resultate.  
(Ergebnis einer Prüfung durch niedergelassene Ärzte; Herbst 1969 – Frühjahr 1970.)

**Direkte  
Breitspektrum-  
Bakterizidie  
Lokalanästhesie  
Spasmolyse**



# Obserin<sup>®</sup> löst das Problem!

Dosierung:	morgens	mittags	abends
1. Tag	00	00	00
Ab 2. Tag	0	0	0

Diese Dosen können bei Bedarf verdoppelt werden.

**Kontraindikationen:** Penicillin-Überempfindlichkeit; aufgrund des Phenazopyridin-Anteils ferner Glomerulonephritis, schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen.

**Zur Beachtung:** Gelegentlich auftretende leichte gastrointestinale Störungen verschwinden meist auch unter Fortsetzung der Medikation. Wie bei allen Penicillinen können Hautreaktionen auftreten.

**Weitere Informationen über Obserin geben wir Ihnen gern.**

### Handelsformen:

Glas mit 12 Tabletten **23,90 DM**  
Glas mit 30 Tabletten **52,80 DM**

### Zusammensetzung:

Jede Tablette enthält D- $\alpha$ -Aminobenzylpenicillin-Trihydrat 577 mg, entspr. 500 mg wasserfreie Substanz, (Binotal<sup>®</sup>), und 2,6-Diamino-3-(phenylazo)-pyridin-Hydrochlorid (Phenazopyridin) 50 mg

**Bayer**

rung im Begriffszentrum und erhöhen den Wortschatz. Sehen, Hören und Sprechen werden koordiniert und damit die akustische Aufmerksamkeit gefördert. Gleichgelagerte Fälle werden in kleinen Gruppen zusammengefaßt. Die Gruppenbehandlung kräftigt das Selbstvertrauen, die Gruppe „macht stark“ und mutig, sie läßt das Gefühl für Verbesserungsmöglichkeiten aufkommen.

Die programmierte Sprachtherapie mag ein Ersatz für den leider noch fehlenden, auf Aphasiebehandlung spezialisierten Sprachheilpädagogen sein. Man kann es nicht verantworten, von unausgebildeten, kurz angelegten Hilfskräften Aphasiebehandlung erteilen zu lassen. Mit dem vorgelegten Programm halte ich den Versuch für durchaus vertretbar. Bei der praktischen Arbeit werden sich neue Aspekte für den Einsatz des Gerätes ergeben. Mein Übungsprogramm ist ein Standardprogramm, das für Kinder und Jugendliche modifiziert und ausgebaut werden kann. Zu diesem Zwecke haben es bereits auch Sprachheil- und Sonderschulen angeschafft. Bei den Sprachmustern habe ich besonders die Verben aktiviert. Sie reichen für den Aufbau der Umgangssprache aus. Mein Standardprogramm wird in der Hand eines erfahrenen Therapeuten durch zusätzliche Serien individuell bereichert, um dem Patienten stets neues Übungsmaterial zu beschaffen, auch aus seiner „beruflichen Sphäre“, wie Leischner empfiehlt. Jeder Schematismus ist zu vermeiden. Der Schizoide reagiert anders als der Zyklothyme, der Schwersthirnbeschädigte ist schwierig; er muß deshalb das Gefühl haben, daß er geborgen und bestens betreut ist. Man muß für ihn eine große Geduld aufbringen, ihn loben, ihm Mut machen, seine Minderwertigkeitsgefühle, seine Hemmungen und Sperrungen überwinden helfen, seine Sprachnot lindern, ihn in einen Zustand freudiger Erwartungsspannung versetzen und ihm am Ende jeder Lektion nach Coué bewußt machen, daß man wieder einen Schritt vorwärts gekommen ist. Er darf die Schwere seines Leidens nicht gar so tragisch nehmen, man muß leicht darüber hinweggehen, jedoch leichtfertige Prognosen unter allen Umständen vermeiden.

Wir sind in unserer Klinik schon vor vier Jahren dazu übergegangen, den „Language Master“ nach der stationären Sprachheilbehandlung den Patienten zur autodidaktischen Weiterarbeit nach Hause zu vermitteln, das Gerät, mein Übungsprogramm und die Anschauungswandbilder. Die Kostenträger der Betroffenen (Sozialhilfeverwaltung, Berufsgenossenschaft, Landesversorgungsverwaltung, Versicherungsanstalten u.a.m.) bewilligen die Mittel zur Beschaffung der Lehr- und Lernmittel und unterstützen damit unsere Arbeit. Ich empfehle für den Schwersthirnbeschädigten die Beschaffung des Sprachübungsgerätes mit den dazugehörigen Lehrmitteln (300 Tonkarten und 4 Anschauungswandbilder), der behandelnde Arzt stellt auf dem roten Formblatt laut § 39 Abs. 1 und 2 BSHG den Antrag auf Bewilligung der Eingliederungshilfe, der zu-

ständige Landesarzt befürwortet den Antrag, und die Kostenträger genehmigen die Mittel. Das Gerät und die Lehrmittel bleiben Eigentum der Kostenträger und werden durch einen Leihvertrag dem Sprachgeschädigten überlassen. Es darf erwartet werden, daß auch andere Kliniken unserem Beispiel folgen und den hartgetroffenen Schwersthirngeschädigten die endlich geschaffene echte Lebenshilfe nicht vorenthalten, zumal sie geeignet ist, die Wiedereingliederung des Betroffenen in den Arbeitseinsatz zu fördern, wenn sie rechtzeitig angewendet wird. Diese häuslichen Sprachübungen sind erfolgreich, weil der Patient üben kann, wann er will und wenn er ausgeruht ist; er ist nicht an eine festgelegte Zeit angewiesen, wie bei der stationären Behandlung, die ihn durch viele andere Behandlungen (Massagen, Heilgymnastik, Bäder, Beschäftigungstherapie) erheblich strapaziert.

In der nachgehenden Sprachheilmethode habe ich mich bei den Hausbesuchen in München und bei wiederholter stationärer Behandlung von erfreulichen Fortschritten überzeugen können. Unser Ziel ist die alsbaldige Eingliederung der Betroffenen in den Arbeitseinsatz nach ihrer sprachlichen Restituierung, denn wir können nicht tausende aphasisch geschädigte Menschen als nur konsumierende Mitglieder unserer Gesellschaft in ihrer Untätigkeit belassen. Die Rehabilitationsstellen der Arbeitsämter sind in der Berufsberatung und Umschulung der Betroffenen recht erfahren. Sie schätzen die Rehabilitationsfälle auf 50 % aller Hirnschädigungen für Lebensalter unter 35 Jahren.

In unserer Klinik stehen mir zwei Praktikantinnen zur Verfügung, die in der behandlungsfreien Zeit mit den Aphasikern nach meinen methodischen Anweisungen am „Language Master“ mit meinem Programm üben. Das häufige Nachsprechen der bebilderten und bedruckten Sprachmuster hilft die zumeist mit bestehenden Wortfindungsstörungen, die Paraphrasie und Paraphrasie, ferner die A l e x i e und Agraphie, allmählich überwinden.

Auch die Schreib-/Lesefähigkeit soll systematisch wiederaufgebaut werden. So muß das Schreiben von der gelähmten rechten Hand auf die gesunde linke verlagert werden. Das Lesen wird nach der Ganzheitsmethode wiedererlernt. Hier können neben Einzelbehandlung gleichgelagerte Fälle in Gruppen betreut werden. Der Lesekasten bietet wertvolle Hilfe.

Die Erfolge dieser nach dem neuesten Stand der Forschung entwickelten audio-visuellen Sprachheilmethode sind um so nachhaltiger, wenn die Patienten rechtzeitig in Sprachbehandlung genommen werden. Auf die Früherfassung lege ich den größten Wert. Mitunter setzt die Spontanrestitution schon bald nach dem Abklingen der Bewußtseinstrübungen ein. Man merkt sie an den auftauchenden Sprachresten bei Anwendung einer geschickten Sprechrhythmetherapie in einer gelockerten Sprechatmo-

sphäre. Vor allen Dingen muß der Behandlungsraum und der Therapeut dieses Reizklima ausstrahlen. Die Wände dürfen nicht mit allzu viel Lehrmitteln überladen sein. Bei uns hängen stets zwei gute, künstlerisch hochwertige Anschauungswandbilder mit Situationen aus dem Lebenskreis des Patienten; an einer Wandtafel stehen die „täglichen Sprechübungen“ in Druckschrift; an einem Wandbrett befinden sich Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfs, darunter ein großer Spiegel; die andere Wandtafel dient der „Tafelarbeit“, daneben hängt eine Landkarte, die Lehrmittel wechseln oft; es gibt immer etwas Neues, Interessantes zu sehen, vor allem die beliebten Kurzfilme. Mit aufmunternden Worten wird der Kranke empfangen und entlassen. Manche verlangen nach Hausarbeiten, sie erhalten einen Bildband des bunten Bilder-Abc von Brockhaus oder ein geeignetes gutbebildertes Lesebuch, manche wünschen eine Schreibaufgabe, alle Wünsche werden vorbereitet und erfüllt.

In den USA erzeugen die Speech-Volontärinnen dieses Sprechreizklima und beginnen damit schon wenige Tage nach dem Krankheitsfall. Freiwillige Helferinnen, Studentinnen, künftige Speechpathologinnen und Speechtherapistinnen verrichten in der Howard Rusk-Klinik diese Arbeit ehrenamtlich; sie wird Ihnen auf das Praktikum angerechnet. Diese Volontärinnen überbrücken die Langeweile der Patienten, sorgen für Aufheiterung, aktivieren Sprachreste und verhindern ein Absinken des Patienten in Apathie und Lethargie. Ich hatte Gelegenheit, der Sprachbehandlung einer optischen Agnosie in einem der zahlreichen, bestens eingerichteten Behandlungsräume beizuwohnen. Die Speechpathologin Mrs. Ludlow (eine von den 10 000 ausgebildeten Sprachheilpädagogen in USA mit einem zehensemestrigen Fachstudium, abgeschlossen durch den Master Degree) demonstrierte diesen Fall. Bei meiner dritten Studienreise 1969 nach USA besuchte ich u. a. das Montclair State College in New Jersey zur Ausbildung von Sprachheilpädagogen.

Wenn die Spontanrestitution verpaßt wird, verblaßt die geistige Erinnerung und die Sprachmotorik versickert; der hilflose Aphasiker gewöhnt sich im Wege der Selbsthilfe eine agrammatische Sprechweise an, er sucht und tastet nach dem fehlenden Verbum, er perseveriert und plagt sich mit dem Syntax ab, die Angehörigen versuchen zu helfen und machen ihn noch unsicherer. Klonotonische Randstockungen schleichen sich ein, inkohärente Störungen behindern ihn, die Gedanken eilen voraus, die Sprache kommt nicht mit, bis er schließlich verlegen abwinkt und verzweifelt aufgibt. Der Patient wird allmählich wesensverändert. Diese Wesensveränderung ist mehr als eine Verhaltensstörung, sie ist ein tiefer Einbruch in die Persönlichkeit dieser mehrfach Behinderten, sie kann und muß abgewendet werden, denn sie führt zu Verfallserscheinungen der Persönlichkeit und zum Absinken des Persönlichkeitswertes und der Intelligenz. Diese

Fehlleistungen und Fehlhaltung verhindert der „Language Master“ mit meinem Übungsprogramm, wenn er rechtzeitig und sinnvoll angesetzt wird.

Es existiert noch keine Didaktik für eine Sprachbehandlung von Schwersthirnbeschädigten. Es wird experimentiert und improvisiert. An den Instituten für Sprachheilpädagogik fehlen den Dozenten die praktischen Erfahrungen, ähnlich ist die Situation an vielen Neurologischen Kliniken. Es fehlt der Fachpädagoge für Aphasitherapie. Es ist mein ernstes Anliegen, immer wieder auf diesen Notstand hinzuweisen.

Wie nach meinem Vortrag im Bundesarbeitsministerium, so appelliere ich auch hier an die menschliche Verpflichtung aller Fachpädagogen der Sonderpädagogik, Sprachheilpädagogik, Hörgeschädigtenpädagogik, an die Psychologen und an die erfahrenen Logopäden mit langjähriger Praxis, sich der in große seelische Not geratenen Schwersthirnbeschädigten anzunehmen und sie in die menschliche Gesellschaft zurückzuführen.

Die Industriegesellschaft greift bereits nach unseren Schulkindern. Tausende verunglücken alljährlich im Straßenverkehr und erleiden schwere Schädel-Hirnverletzungen mit seelisch-geistigen Ausfallserscheinungen.

Den sprachgestörten Schwersthirnbeschädigten gehört deshalb unsere besondere fachpädagogische Fürsorge. Dann heilen wir nicht nur Sprachgebrechen, sondern erfüllen eine wahrhaft soziale Aufgabe im Dienste der Humanität.

#### Literaturverzeichnis

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| BACKHUS and OUNN, G. L.: | Intensive Group Therapie in Speek Rehabilitation. New York, 1947.   |
| BAY, E.:                 | Neue Wege der Aphasieforschung. Medizinische Klinik, Heft 10/1965.  |
| BAY, E.:                 | Aphasielehre und Neuropsychologie der Sprache. „Der Nervenarzt“, 1969, Springer-Verlag, Berlin.                                       |
| BAY, E.:                 | „Der Nervenarzt“, 1961/63/64.   |
| BLOOM, L. M.:            | A Rationale for Group Treatment of Aphasic Patients. University of Maryland, 1958.  |
| BLACKMAN, N.:            | Group psychotherapy with aphasia. J. Nerv e Ment. Dis. 11.145. 1950.  |
| DANNEMANN-HENZE:         | Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Halle, 1934.   |
| FROSCHELS, E.:           | Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde (Logopädie). Leipzig und Wien, 1931.  |
| FROSCHELS, E.:           | Über Aphasien im Kindesalter und über die logopädische Therapie von Aphasien, Med. Klin. 446, 1928.                                   |
| GEISLER, J.:             | Der Hirngeschädigte und sein Arbeitsplatz. Wille und Weg, 1966.   |
| GOLDSTEIN, K.:           | Language and Language Disturbances. Grune and Stratton, New York, 1948.   |
| GRUNWALD, L.:            | Das Bilder-Sprachbuch. Verlag Gerhard Oektor, Walssenturm.  |
| HEESE-WEGENER:           | Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik. Verlag Marhold, Berlin, 1965.  |
| KAINZ, F.:               | Psychologie der Sprache. Stuttgart, 1941.   |
| LEISCHNER, A.:           | Grundsätzliches zur Behandlung der Aphasie. Heft 1/1963, „Die Sprechheilerarbeit“.  |
| LEISCHNER, A.:           | Die Rehabilitation der Aphasie in den romanischen Ländern nebst Beiträgen zur Aphasieforschung. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 1970. |
| LEISCHNER-LINCK:         | Neuere Erfahrungen mit der Behandlung von Aphasien. „Der Nervenarzt“, 1967, Springer-Verlag, Berlin.                                  |

- LIEBMANN, A.: Die Bedeutung der motorischen Aphasie. Psych. Neu. Wschr. 55, 1931.
- LOEBELL, E.: Seelentaubheit. Vortrag auf dem Kongreß für Hirnpathologie und Sprachheilpädagogik in Köln, 1966.
- LUCHSINGER, R. und ARNOLD, G. E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer-Verlag, Wien, 1959.
- NADOLECZNY, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde, Leipzig, 1926.
- NIELSEN, J. M.: Agnosia, Apraxia, Aphasia. By Paul B. Noaber, Inc. New York, 1946.
- RUGE, H.: Sprech- und Sprachstörungen im Kindesalter, ihre Ursache, Verhütung und Behandlung. Fachzeitschrift „Die Bayerische Schule“, Oldenbourg-Verlag, München, 1958.
- RUGE, H.: Spracharmut des Sonderschulkindes und Sprachpflege in der Sonderschule. Zeitschrift für Heilpädagogik, 1958.
- RUGE, H.: Sprachstörungen und ihre geistig-seelischen Folgen bei Hirnbeschädigten. Zeitschrift „Kriegsopferfürsorge und Schwerbeschädigtenrecht“, Heft 1/1966, Verlag Stutz, München.
- RUGE, H.: Neue Sprachtherapie bei Aphasie. Medizinische Zeitschrift „auro-med“, Verlag Dr. Banaschewski, München-Gräfelling, 1966.
- RUGE und FLIEGE: Hilfe für sprachgestörte Patienten. Bayerisches Ärzteblatt, München, 1966.
- RUGE, H.: Neue Aphasitherapie mit dem Language Master. Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“, Heft 3/1966.
- RUGE, H.: Sprachtherapie mit dem Language Master. Zeitschrift für Heilpädagogik, 1966.
- RUGE, H.: Audio-visuelle Sprachtherapie mit dem Language Master. Kongreßbericht 1966, Köln. Verlag Wartenberg und Söhne, Hamburg.
- RUGE, H.: Aphasiebehandlung mit dem Language Master. Zeitschrift „Die Rehabilitation“, Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1967.
- RUGE, H.: Aphasiebehandlung mit dem Language Master (mit einer Zusammenfassung ins Französische). Zeitschrift „Heilpädagogische Werkblätter“, Verlag Institut für Heilpädagogik, Luzern, 1968.
- RUGE, H.: Rehabilitation sprachgestörter Hirnbeschädigter. Zeitschrift des Bundes hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer. Verlag H. Nausser, Bonn, 1968.
- RUGE, H.: Rehabilitation sprachgestörter Schwersthirnbeschädigter im Rahmen des BSHG. Zeitschrift „Nachrichtendienst“, Verlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, 1968.
- RUGE, H.: Aphasie-Forschung und Aphasitherapie in den USA. Deutsches Ärzteblatt 4/1970.
- SCHUELL, H. und JENKINS, J.: Aphasie in adults. Verlag Harper and Row, London 1964. Buchbesprechung von Zeh, Bonn, in Heft 1/1966, Fachzeitschrift „Neurologia und Psychiatrie“.
- SCHUELL, H. und JENKINS: Das Wesen der Sprachschädigung bei Aphasie. Aus Heilpädagogische Werkblätter, Luzern, Heft 4/1966.
- STOCKERT, F. G. v.: Kindersprache und Aphasie. Allg. Z. Psych. 125, 1949.
- TAYLOR, M.: Understanding Aphasia. Publication Nr. 2/1958. Institute Physical Medicine, University, New York.
- TAYLOR, M.: Aphasia Rehabilitation Manner and Therapy. Kit. by McGraw-Hill Book Co., New York, 1959.
- TONNIS, W.: Organisation und Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1968.
- VARGHA, M. und GERE, G.: Aphasie-Therapie. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1959.
- WALTER, K.: Zur Problemgeschichte der klinischen Hirnpathologie. Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“, Berlin, 1966.
- WEPMAN, J.: Recovery from Aphasia. Ronald Press, New York, 1951.
- Zeitschrift „Der Nervenarzt“, Heft 9/65 „Signs, Signals and Symbols“ by Mason, London (nach LEISCHNER).
- ZURNEK, E.: Der Sprachübungsfilm im Unterricht. Stuttgart, 1944.
- ZUCKRIGL, A.: Zur Sprach- und Sprechtherapie mit dem Language Master und handelsüblichen Tonbandgeräten. Zeitschrift „Neue Blätter für die Taubstummenerziehung“. Verlag Bechinger, Neckar-gemünd, 1966.

Ansch. d. Verf.: Helmut Ruge, Realschul- und Sonderschulrektor a. D., Fachpädagoge für Aphasitherapie an der Hirnverletztenklinik des Neurologischen Krankenhauses, 8000 München 23, Tristanstraße 20

## Alkoholikerfibel für den Arzt\*

von OMR i. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

### VIII. Folgen des Mißbrauchs

1. Die Folgen auf die Nachkommenschaft wurden bereits im Rahmen der Ursachen besprochen.
2. Körperliche Krankheiten:

Die Alkoholschäden verschonen kein Organ und kein Gewebe. Der Schaden erfolgt entweder direkt oder auf dem Umweg über den Stoffwechsel. Er stillt den Hunger und erzeugt durch Blockierung des antidiuretischen Hormons Durst, eine Wirkung, die schon Homer kannte (Odyssee, 5. Gesang 265/6). Schon deswegen kann man den Durst mit Alkohol allein auf die Dauer nicht stillen, abgesehen davon, daß der Alkoholiker aus seelischen Gründen immer wieder auf erneute Alkoholfuhr drängt. Bier liefert bekanntlich

Kohlehydrate, aber kaum Vitamin B<sub>1</sub>, das, soweit überhaupt vorhanden, vom Kohlehydratstoffwechsel verbraucht wird. Gleichzeitig werden Eiweiß und Fett in der Nahrung vernachlässigt. So kommt es zu einer Gleichgewichtsstörung für Nährstoffe und Vitamine. Das Eiweißdefizit führt zu einer speziellen Form des Hungerödems, das nach Eintritt der Abstinenz ziemlich rasch abklingt. Es begünstigt ferner die Entwicklung der Fettleber und der Zirrhose. Der Mangel an bestimmten Aminosäuren verhindert die Bildung antiinfektöser Abwehrstoffe. Der Vitamin-A-Mangel schädigt das Epithel der Luftwege, das ohnehin unter dem chronischen Nikotinmißbrauch leidet, so daß chronische Bronchitis und Lungenentzündung für die überhöhte Alkoholikersterblichkeit mitverantwortlich werden.

Zu den typischen Alkoholschäden, die entweder primär oder sekundär durch Verschlechterung schon bestehender Organschäden entstehen, gehören: Rötung der Haut und Bindehäute, die Störungen des Herz-

\*) Wegen des großen Umlanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die dann in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.

muskels, des Kreislaufes mit Blutdruckerhöhung, die Schäden am Magen-Darmkanal (atrophische Gastritis, Geschwür, Resektionsfolgen), Veränderungen der Leber-, Nieren- und Schilddrüsenfunktion, die hepatische Porphyrie, das ZIEVE-Syndrom (hämolytische Blutarmut, Hyperlipämie, Ikterus, Zirrhose), die alkoholbedingte Hyperlipämie (starke Erhöhung der Blutfette, Leberschaden ohne Blutarmut und ohne Ikterus), die bei Abstinenz innerhalb weniger Wochen abflaut, ferner das Palmariserythem und Störungen des Zuckershaushaltes (Pankreatitis, Alkoholhypoglykämie).

Das Münchener Bierherz (die seltene Kardiopathie BOLLINGER) wird auf eine einseitige Kohlehydrater-nährung und den Vitamin-B<sub>1</sub>-Mangel zurückgeführt. Häufiger ist die chronische Myokardiopathie, die im Gegensatz zum Beri-Beri-Herzen ohne Polyneuritis einhergeht und sich innerhalb von 5 bis 10 Jahren entwickelt. Durch die Quebeker Kardiomyopathie gehen 50 v. H. der starken Biertrinker zugrunde. Ursache: Kobaltzusatz, der nur in Verbindung mit Bier toxisch wirkt.

Die Zahl der Leberzirrhosen wurde schon 1960 in der BRD auf eine Million geschätzt. Davon wurden 60 v. H. als alkoholbedingt angesehen. Schon ein „mäßiger, aber regelmäßiger“ Genuß ist mit einem erhöhten Risiko verbunden. Man kann 50 v. H. des täglichen Kalorienbedarfes damit decken, riskiert aber eine qualitativ ungenügende Ernährung (Eiweißmangel).

In Frankreich mit dem größten Alkoholverbrauch pro Kopf (zumeist Gewohnheitstrinker) erhöhte sich seit Kriegsende der Leberschaden um das achtfache, in der BRD um das 2,5fache, in der Schweiz um das 1 $\frac{1}{2}$ fache.

Auf die Beziehung Alkohol-Geschlechtskrankheiten und die erhöhte Krebsbereitschaft sei nur verwiesen. Der Krebs der Verdauungsorgane betrifft in Frankreich in 67 v. H. den Alkoholiker.

Die Überprüfung der Leichenschauscheine in Bayern ergab hinsichtlich der Todesfälle an Leber-leiden insgesamt (Krebs, Hepatitis, Alkoholschaden, Eiweißmangel während der Kriegszeit, Überernährung nach dem Krieg, Zuckerkrankheit) folgendes Bild: 1950: 493 (M:Fr = 317:176), 1960: 1640 (M:Fr = 1080:560) = dreimal so viele als 1950 und 1965: 2268 (M:Fr = 1512:756) = 4,5mal so viele als 1950. Nachdem die Bevölkerung in den letzten 15 Jahren kaum um  $\frac{1}{10}$  zunahm, dürfte die Hauptzuwachsrate an Leber-leiden mit Todesfolge dem steigenden Alkoholmißbrauch zuzurechnen sein. Die während des Krieges zwangsläufige Abstinenz wirkte sich wie im ersten Weltkrieg in der Hauptsache heilsam aus.

Eine besonders ungünstige Komplikation der Lun-gentuberkulose ist der Alkoholismus. Beide beeinflussen sich im negativen Sinne. Mit BLAHA, Gauting, rechnen wir in der BRD mit einem aktiv an Tuberkulose Erkrankten pro Jahr auf 1000 Gesunde. Beim Alkoholismus ist dieses Verhältnis nicht bekannt.

Die Schätzziffer beträgt 600 000, die Dunkelziffer ist unbekannt. Blaha sieht das Problem nicht im quantitativen Bereich, sondern im qualitativen. Der Alkoholiker leistet der Ausbreitung und dem Weiterbestand dieser Seuche Vorschub und behindert die Heilung. Die Heilungsmöglichkeiten der Tuberkulose sind zweifellos günstiger als die der Suchtkrankheit. Bei beiden muß eine Langzeitbehandlung einsetzen. Blaha empfiehlt daher, alle Anstrengungen zu unternehmen, um auch der Suchtkrankheit erfolgreich zu begegnen.

Nach anderen Autoren gibt es in der BRD 20 000 sogenannte offene Chroniker, die überwiegend ambulant behandelt werden müssen. Man schätzt deren Alkoholikerquote auf 3:1 = 7000, Grund genug, um auch bei den Lungenkranken der Ambulanz einem möglichen Mißbrauch ein Augenmerk zu schenken. Verschiedene Lungenheilstätten in der BRD und in Österreich sind bei diesen Überprüfungen auf überraschende Ergebnisse gestoßen. In der Schweiz wurden in den letzten Jahren bei bis zu 90 v. H. Lungenkranken Alkoholschäden beobachtet. V. VERSCHUER nimmt bei tuberkulösen Zwillingen eine spezifische erbliche Tuberkulosedisposition an, die auch für Verlauf und Ausgang bedeutungsvoll ist.

LEUCHS, Gauting, untersuchte im Zentralkrankenhaus 400 Lungenkranke, davon 65 Frauen.  $\frac{1}{4}$  davon wies organisch-neurologische Erscheinungen auf bzw. waren psychopathische Hausstörer. Eine generelle Durchforstung des gesamten Krankengutes war jedoch aus Mangel an Personal, Zeit und Geldmitteln nicht möglich.

### Ergebnisse

1. Es wurden zehn Kranke mit Delirium tremens (M:Fr = 10:0), 34 Fälle von Polyneuropathie (M:Fr = 30:4) und 22 Korsakow (M:Fr = 21:1) behandelt. Das Verhältnis Männer:Frauen ist also 12:1, während das der Gesamtaufnahmen 4:1 und das Verhältnis Alkoholiker:Alkoholikerinnen in der BRD knapp 5:2 beträgt. 50 v. H. der Alkoholiker waren Bauarbeiter oder im Gaststättengewerbe tätig. Bei einigen Deliranten folgte nach dem Abklingen der Psychose ein Korsakow. Hirnatrophie findet man bei 64 v. H. der Alkoholiker.

Der Anteil der an Lungentuberkulose leidenden männlichen Alkoholikern übersteigt also den der Frauen. Als Gründe werden angegeben: der Alkoholmißbrauch der Frauen setzt später ein, so daß bei einem progressiven Verlauf von 15 bis 20 Jahren die alkoholischen Organschäden noch nicht in diesem Ausmaß zu erwarten sind. Außerdem ist der Konsum der Frauen im allgemeinen geringer, beschränkt sich vielfach auf die Wohnung, so daß sie einer Infektion durch Streunen oder am Stammtisch weniger ausgesetzt sind.

2. Das Delir verlief meist günstig, vermutlich, weil die Kranken nicht ganz vom Alkohol abgesichert werden konnten. Auffallend häufig ist der Korsakow und die Polyneuropathie. Letztere geht dem Korsakow in der Regel voran. Jedenfalls kann jeder Alkoholiker mit einer Polyneuropathie auch mit dem baldigen Eintritt



# Neue Freiheit für den Rheumatiker



## BRUFEN

Neues nicht hormonales  
Antirheumatikum, hochwirksam und  
äußerst gut verträglich.

## BRUFEN

Verbessert die Greifkraft,  
vermindert Steifheit und Schmerzen.

## BRUFEN

Gut verträglich —  
auch bei Magenempfindlichen.

## BRUFEN

Praktisch frei von Nebenwirkungen  
und Kontraindikationen.

Zusammensetzung:  
1 Dragée enthält 200 mg Ibuprofen  
OP: 20 und 100 Dragées

UCB CHEMIE GMBH  
5159 SINDORF BEI KÖLN



## 24. Bayerischer Ärztetag

vom 12. mit 14. November 1971 in Nürnberg

einer akuten Alkoholpsychose rechnen (56 Fälle, M : Fr = 51 : 5).

Die Ursache der neurologisch-psychischen Störungen ist nicht nur der Alkoholmißbrauch allein, sondern auch die durch ihn hervorgerufene Gastritis (eventuelle Resektion), die quantitativ und qualitativ ungenügende Ernährung, der Mangel an Eiweiß, HCL, Fermenten und Vitaminen (B<sub>1-6</sub>) sowie die notwendige Verordnung von JNH, das das Vitamin B<sub>6</sub> inaktiviert.

Auf diese Weise können Lungenkranke auch ohne Alkoholmißbrauch von einer Polyneuritis befallen werden, ein Beweis, daß sie keine spezifische Erkrankung des Alkoholismus ist. Behandlung: Vitamin B<sub>1</sub>, Thioktensäure bzw. bei JNH-VO. Vorbeugend Vitamin B<sub>6</sub> täglich 100 mg. Ein Versuch mit Doloneurobion (Vit. B<sub>1-6-12</sub> und Metamizol) wird empfohlen.

3. Ob der tuberkulöse Infekt allein zu einem Vitamin-B<sub>6</sub>-Mangel führen kann, ist noch ungeklärt. Jedenfalls verringert sich dieses Defizit mit der Besserung des Lungenbefundes. Merke: die meisten Tuberkulostatika können die Leber schädigen. Die Differentialdiagnose Alkohol-Tbc, -INH-Schaden ist nicht immer leicht. Einer Kombination JNH und dem lebertoxischen Hydantoin ist ebenfalls zu widerraten.

Leuchs hat während der letzten zweijährigen Beobachtungszeit keinen Kranken gesehen, bei dem die Trunksucht erst im oder durch das Milieu der Heilstätte, etwa durch die Langeweile oder infolge der bestehenden Existenzkrise, ausgelöst wurde.

Weniger als die Polyneuropathie ist nach MERKEL, Weyer, die sogenannte „alkoholische Indolenz“ bekannt. Sie verhindert, daß die Ersterkrankung an Tuberkulose nicht rechtzeitig erkannt wird und daß Knochenbrüche, insbesondere Serienrippenfrakturen bei tuberkulösen Alkoholikern zumeist erst durch Routineuntersuchungen festgestellt werden. Außerdem verspürt der Kranke selbst nach operativen oder diagnostischen Eingriffen (Mediastinoskopie) kaum das Bedürfnis nach Ruhe und Erholung.

In einem Kollektiv von 800 Kranken konnten infolge der ungenügenden Ernährung bei tuberkulösen Alkoholikern Kavernen nur in 25 v. H. zur Abheilung gebracht werden. Bei Nichtalkoholikern war das Ergebnis 50 v. H.

In drei österreichischen Heilstätten (Laab, Allend, Weyer) wurden kürzlich durch die Wiener Psychiatrische Klinik sämtliche Insassen untersucht. Ergebnis: 30,5 v. H. psychisch Normale, 33 v. H. psychisch Gestörte, 36,5 v. H. potentielle oder manifeste Alkoholiker.  $\frac{1}{3}$  der Gesamtaufnahmen von Weyer waren

Psychopathen, bei den Alkoholikern waren es 38 v. H. Der Prozentsatz an Psychopathen, Debilen und Dementen betrug 67 v. H., eine Feststellung, die die disziplinären Schwierigkeiten einer Heilstätte hinlänglich erklärt. Dem Grad der Intelligenz nach entsprachen 54 v. H. dem Durchschnitt, 45,1 v. H. den Minderbegabten. Bei den Alkoholikern sind die Zahlen: 30,8 bzw. 69,2 v. H. Der Grad der Verhaltensstörung (Disziplin) steigt mit der Abnahme des Intelligenzquotienten, ein Beweis, daß die Verhaltensstörung nicht nur Ausdruck mangelnder Einsicht und Urteilsfähigkeit, sondern auch die Folge einer Störung der Gesamtpersönlichkeit ist. Merkel, Weyer, bringt ein eindrucksvolles Beispiel für die traurigen Folgen dieser Kombinationskrankheit.:

G. P., geboren 1930. Die Familie ist von den Großeltern her mit Tuberkulose und Alkoholismus belastet. Mutter, tuberkulöse Alkoholikerin, starb, als P. acht Jahre alt war. Der Vater endete durch Selbstmord. Alle Geschwister wurden im Heim aufgezogen. Eine Schwester wurde Prostituierte und P. im Alter von 15 Jahren ihr Zutreiber. Außerdem hatte er schon damals den ersten Rausch. In zwei Lehrstellen versagte er. Im Laufe der Jahre war er an 28 Arbeitsplätzen als Hilfsarbeiter tätig. Dann folgte ein kriminelles Zwischenpiel. In der Fremdenlegion infizierte er sich mit Tuberkulose (Kaverne), wurde entlassen und erhielt zu Hause 1952 eine Frührente. Den Pneumothorax vernachlässigte er, lehnte die angebotenen Behandlungen ab, verlangte andere Methoden, die bei ihm aber nicht angezeigt waren. 1962 zwei Kavernen und Einweisung in eine Nervenheilstätte wegen eines Selbstmordversuches in depressiver Verstimmung. In zehn Krankheitsjahren brach er zwölf Heilverfahren aus wichtigen Gründen ab.

Magenoperierte neigen ganz allgemein infolge von Unter- oder Fehlernährung, Vitamin-, HCl- und Fermentmangel an Verdauungsstörungen, Gewichtsschwankungen und Leberschaden. Letzterer besteht bei Alkoholikern zumeist schon vor der Resektion. Nachher gelangt der Alkohol noch rascher und konzentrierter in die Leber (H. GROSS).

Neben der Komplikation Alkoholismus-Lungentuberkulose ist daher vielfach eine weitere Kombination bedeutsam: Magenresektion und Lungentuberkulose.

1. Nach den Beobachtungen von K. MERKEL gibt es in den Heilstätten viele Kranke, die im Anschluß an eine Magenoperation tuberkulös wurden und auf Tuberkulostatika schlecht ansprachen, durchschnittlich 10 v. H. (M.: 12 v. H., Fr.: 2 v. H.). Nach Blaha waren von den 1967 entlassenen Tuberkulösen 11 v. H. magenoperiert (meist nach Billroth II). Von den auf lange Sicht beobachteten Tuberkulösen waren immerhin 5,3 v. H. magenreseziert. Als Gründe gelten: Geschlecht, Alter, Nikotin, Alkohol, ungenügende Ernährung (Eiweißmangel).
2. Magenresektionen wurden unter Tuberkulösen in 6,1 v. H. vorgenommen. Diese Rate ist fast doppelt

so hoch als die der männlichen Gesamtbevölkerung mit 3,8 v. H. (6,1 der Männer, 1,9 der Frauen).

3. Aus der Sicht des Lungenfacharztes sind 12 v. H. der Magenoperierten tuberkulös.
4. Der Alkoholkranke ist mit Rücksicht auf seine Beschwerden, die das Trinken beim Vorliegen eines Geschwürs auslöst, bereit, sich operieren zu lassen, weil er keine Geduld für eine langwierige Diätbehandlung aufbringt.
5. Als Ursachen für eine erhöhte Tuberkuloseanfälligkeit der Magenresezierten kommen in Frage:
  - a) die allgemeine Stoffwechselverschlechterung durch den operativen Eingriff (Restmagen),
  - b) der Alkoholismus: von 413 untersuchten Magenoperierten waren 300 sichere Alkoholiker = 73 v. H., während bei einer Kontrollgruppe von Nichtoperierten nur 34 v. H. alkoholkrank waren.

Diese Beobachtung ist auch in der französischen Literatur niedergelegt. Der Alkoholismus bei den Lungentuberkulösen ist demnach nicht die Folge, sondern die Ursache. Der Mißbrauch wird durch die Operation erst sichtbar, weil dadurch die Toleranz absinkt und die bisherigen Trinkmengen nicht mehr „vertragen“ werden, d. h. regelmäßig einen Rausch auslösen können. Der Alkoholkranke schiebt naturgemäß die Schuld dafür auf die Operation.

Ehe man sich bei einem Magenkranken zur Operation entschließt, sollte man daher zunächst nach Zeichen eines latenten Alkoholismus (Präalkoholismus) fahnden, z. B. nach einem süchtigen Charakter, seinen Verhaltensweisen, einer möglichen Familientragödie und lehne mit Rücksicht auf die erhöhte Anfälligkeit des Alkoholikers die Operation ab, außer es handelt sich um eine Magenblutung oder einen Durchbruch. Vielmehr verdopple man die Bemühungen, den Kranken auf dem üblichen Behandlungswege zur Abstinenz zu bewegen und psychisch in den Griff zu bekommen.

Das Problem heißt also: Alkoholismus – Magenleiden (Resektion) – Lungentuberkulose.

Die Ärzte in der BRD und in Österreich stehen diesen untragbaren Verhältnissen, dem Mangel an wirksamen gesetzlichen Bestimmungen, an sinnvoller Zusammenarbeit oder an der Bekämpfung der Tuberkulose und Sucht beteiligten Instanzen, den nutzlosen Geldausgaben und der Tatsache, daß der Kranke nach Belieben ein Heilverfahren sabotieren kann, ziemlich machtlos gegenüber, ohne aber aufzugeben oder zu resignieren.

Merkel, Weyer, schlägt ein Mindestprogramm vor:

1. Der Alkoholiker und der Tuberkulöse müssen im Frühstadium erfaßt und behandelt werden.
2. Der Tuberkulöse muß günstige Heilungsaussichten aufweisen und im Zeitpunkt der Entlassung arbeiten können.
3. Der soziale Rahmen (Familie, Beruf) muß in Ordnung sein.

4. Unter den derzeitigen Verhältnissen sollte man den Akzent der Behandlung auf die prognostisch günstigen Fälle legen (25 v. H. günstig, 50 v. H. fraglich, 25 v. H. ungünstig).
5. Alkoholismus und Tuberkulose sind eine Kombinationskrankheit und müssen daher **g l e i c h z e i t i g** behandelt werden. Wird die eine Krankheit behandelt, die andere vernachlässigt, so ergeben sich große Rückfallquoten für beide Krankheiten.
6. Der tuberkulöse Alkoholiker muß in Sonderabteilungen behandelt werden, zum Teil in offenen, zum Teil in geschlossenen Anstalten. Neben der fachlichen Therapie müssen auch disziplinäre Maßnahmen (Ausgangssperre, Wirtschaftssanktionen, die Durchführung des strikten Alkoholverbotes, Beschäftigungs- und psychotherapeutische Gruppenbehandlung, die Verlegung in eine andere Heilstätte oder in einer psychiatrischen Anstalt möglich sein. Im Notfall soll auch zur Entmündigung gegriffen werden.
7. Solange diese notwendigen Sonderabteilungen fehlen, müssen Ärzte und Pflegepersonal der Heilstätten für die spezielle Behandlung des Alkoholkranken geschult werden. Die Heranziehung von Mitarbeitern aus dem Kreise der Nichtalkoholiker würde dazu beitragen, die gegenseitigen menschlichen Beziehungen zu vertiefen und zu festigen.

Dank der erheblichen Aufwendungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen – in den letzten Jahren je über 480 Millionen DM, 900 Millionen DM für alle Maßnahmen – ist die Zahl der an aktiver Tuberkulose Leidenden in der BRD von 400 000 im Jahre 1958 auf 210 000 im Jahre 1968 zurückgegangen. Es würde sich also lohnen, nicht nur die Infektionskrankheit, sondern auch gleichzeitig die Suchtkrankheit in das Programm der Rentenversicherungen in verstärktem Maße als bisher einzubeziehen. (Fortsetzung folgt)

## Standesleben

### Hufeland-Preis 1970 verliehen

Am 31. März 1971 wurde im Kölner Gürzenich der mit DM 10 000,- dotierte Hufeland-Preis zu gleichen Teilen an die Autoren zweier Arbeiten über vorbeugende Gesundheitspflege verliehen. Herr Dr. med. Gerd HÖFLING, Facharzt für Augenkrankheiten, Wülfrath, erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit „Die Ursache der schlechten Haltung beim Schreiben und ihre Beseitigung“. Herr Professor Dr. med. Dietrich SCHMÄHL und Herr Professor Dr. med. Hans OSSWALD, Heidelberg, waren die Verfasser der anderen preisgekrönten Arbeit „Experimentelle Untersuchungen über carcinogene Wirkungen von Krebs-Chemotherapeutika und Immunosuppressiva“.



„Das war sein letzter Heuler“  
denn jetzt nimmt er  
**pecticept<sup>®</sup>**  
das schmeckt gut und hilft

**pecticept**  
der angenehm schmeckende  
Langzeit-Hustensaft für den  
banalen Husten.

- ausgezeichneter Geschmack
- zentrale Dämpfung ohne Blockade
- Langzeitwirkung über 8–10 Std.

Das richtige Rezept, wenn Kinder  
Husten haben:

**pecticept**  
Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-  
löffel morgens und abends,  
Kleinkinder (2–5 Jahre) je 1/2 Tee-  
löffel morgens und abends.

**Handelsform** Flasche mit 90 ml



Sanol-Arzneimittel  
Dr. Schwarz GmbH  
4019 Monheim/Rhld.

## 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Vom 14. bis 17. April 1971 fand in München die 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, unter der Leitung ihres Präsidenten Professor Dr. A. GÜTGEMANN, des Ordinarius für Chirurgie in Bonn, statt. Die weitere Vergrößerung der Gesellschaft — es nahmen über 3000 Mitglieder teil — machte es notwendig, auf den bisherigen Tagungsraum, das Deutsche Museum, zu verzichten, und in das Messegelände zu übersiedeln, das mit der Bayernhalle, dem Plenarsaal der Kongreßhalle, dem Sitzungssaal, dem Roten Saal, dem Schwarzen Saal größere Möglichkeiten bot. Auch die Ausstellung der Pharmazeutischen Industrie, der Fachverlage, des Bedarfs für Krankenhäuser, Apparate, Geräte und Instrumente, die Wehrmacht fand hier größere Möglichkeiten und eine begrüßenswerte Geschlossenheit und Übersicht.

Der Präsident konnte vor allem den Bundesgesundheitsminister Frau Käthe STROBEL begrüßen, den Präsidenten des Bayerischen Landtages Rudolf HANAUER, den Münchener Bürgermeister Albert BAYERLE, die Dekane der beiden Münchner Medizinischen Fakultäten Professor Wolfgang SPANN und Georg MAURER, die Vertreter der Deutschen Ärzteschaft Professor Dr. Ernst FROMM, den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, und den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Senator Professor Dr. H.-J. SEWERING. Ein besonderer Gruß galt den Ärzten aus dem anderen Deutschland und den zahlreichen ausländischen Ärzten, auch aus den Ostblockstaaten, die die Gemeinsamkeit des wissenschaftlichen Denkens dokumentierten.

In seiner Eröffnungsrede wurde vorerst zweier für die Geschichte der Gesellschaft bedeutsamer Männer, Professor Dr. Erich Freiherr von Redwitz und Erwin Payrs gedacht. Professor Dr. Gütgemann fuhr fort: „In der Erschließung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse wie der Nutzbarmachung moderner Techniken für die Medizin liegt der Ansatz zu Neuem; zur Verbesserung unserer Heilmethoden, der Früherfassung, wenn möglich der Vorbeugung und der Vorsorge. Dies bedingt Differenzierung und Spezialisierung, auch in der Chirurgie; aber ebenso interdisziplinäre Zusammenarbeit in Forschung wie Krankenbehandlung. Sie sind notwendig, in Hinsicht auf neue Aufgaben wandelbar. Immer in der Betrachtung des ganzen Menschen, seiner leibseelischen Individualität. Stillstand ist Rückschritt. Die medizinische Wissenschaft, unsere Heilmethoden entwickeln sich weiter; ständige Evolution entspricht dem Wesen wissenschaftlich begründeter Heilkunst.“

Jedoch der moderne Mensch erliegt oft der Faszination des Möglichen, des scheinbar Spektakulären, auch in der Medizin. Er mißt sie an den für ihn äußer-

lich erkennbaren Leistungen. Seine Ungeduld verleitet ihn dazu, das tatsächlich Geleistete gering zu schätzen. Ist dies bereits Anlaß, von „Krise in der Medizin“ zu sprechen? In dieser Formulierung drückt sich trotz zunehmender Emanzipation offenbar zwangsläufig eine Überwertung des rein Materiellen wie auch eine allgemeine Verunsicherung unserer modernen Leistungsgesellschaft aus, die Kultur und Zivilisation weitgehend als Ausdruck der soziologischen, der ökonomischen, wie technologischen Entwicklung begreift; und weniger aus einer geistigen, insbesondere moralischen Wertung; auch des vermeintlichen Fortschritts. Vielleicht ist das der Grund, weshalb auch die Medizin als Teil unserer Gesellschaft wie sichtbarster Gradmesser ihres zivilisatorischen wie kulturellen Standards sich ebenso wie andere gesellschaftliche Bereiche zunehmend der Kritik und der Tendenz der Umstrukturierung ausgesetzt sieht. Die Medizin wird zum gesellschaftspolitischen Experimentierfeld, auf dem der am meisten Betroffene, der Kranke selbst am wenigsten gefragt wird.

Kein Zweifel, die Medizin, der Arzt gleich welcher Arbeitsrichtung müssen sich ebenso sehr ihrer Aufgabe gegenüber dem kranken Menschen wie auch der Gesellschaft immer wieder bewußt werden. Kein Zweifel aber auch, daß der Arzt dies nur unter der ethisch-moralischen Vertretbarkeit seiner Heilmethoden gegenüber dem Individuum kranker Mensch tun kann. Die Frage, die Arnold Joseph TOYNBEE stellt, inwieweit die Entwicklung des moralischen Bewußtseins mit der technologischen Schritt gehalten habe, gilt auch für diese Betrachtung. Sie charakterisiert durchaus das Dilemma, aus dem die Medizin vorwiegend unter dem Aspekt des technischen Perfektionismus, wie ihres ökonomisch-soziologischen Nutzens beurteilt wird.

Begriffe wie höhere Effizienz, bessere Überschaubarkeit, optimalere Krankenversorgung, in Reformdenkschriften und als Begründung gesetzgeberischer wie administrativer Maßnahmen, lassen dies erkennen. In der verallgemeinernden, stereotypen Wiederholung und Interpretation, der naiven Vorstellung daß Abschaffung der Ordinarien-Universität, des Chefarzt-Systems, von Autorität und Hierarchie dies alles bereits gewährleisten, enthüllt sich der gesellschaftspolitische Hintergrund wie zugleich das Unverständnis für pragmatische Ordnungen im Bereich jeder Exekutive.

Demokratie, nicht nur Bewußtwerden des Wertes der eigenen Persönlichkeit, sondern zugleich Achtung vor der Freiheit des einzelnen wie Verpflichtung vor der menschlichen Gemeinschaft, entspricht primär humanitären Lebensprinzipien. Demokratisierung, ideologisch oder gedankenlos mit Autoritätsabbau gleichgesetzt, verzichtet auf die überragende Kreativität Ein-

zelter; in der dogmatischen Fixierung und Intoleranz gegenüber Andersdenkenden verbirgt sich die Gefahr der „Enthumanisierung“ im gesellschaftlichen Bereich die der Anarchie. Mit der simplen Übertragung rein staatsbürgerlicher, parlamentarisch-plebiszitärer Vorstellungen auf die forschende wie pragmatische Medizin werden vor allem zwei für diese charakteristische wie notwendige Prinzipien verkannt: Das eine, der sowohl individuellen wie umfassenden ärztlichen Verantwortlichkeit gegenüber dem Kranken. Das andere einer sachnotwendigen Aufgabenteilung und abgestuften Verantwortlichkeit entsprechend Wissensstand wie persönlicher ärztlicher Erfahrung, und insofern Kritikvermögen wie Verantwortungslosigkeit. Längst hat sich in der Medizin, von der Öffentlichkeit offenbar kaum bemerkt, eine innere Emanzipation vollzogen; auch in der weitergehenden Möglichkeit persönlicher Selbstentfaltung; und sie vollzieht sich weiter. Sei es auf Grund innerer Einsicht, der Ausweitung unseres Wissens, der zwingenden Notwendigkeit zur Delegation von Aufgaben und Verantwortung, wie der Intensivierung in Teilbereichen. In der erkennbaren Wandlung des Selbstverständnisses der Leiter Wissenschaftlicher wie Ärztlicher Arbeitsgemeinschaften als letztverantwortlicher Führer eines Teams drückt sich diese innere Evolution und Emanzipation ebenso aus wie in der Bereitschaft des noch Lernenden mit der Übernahme von Teilaufgaben zur Bewältigung gemeinsamer Aufgaben beizutragen. Dies mit Selbstebensoviel Unverständnis, wie die absolute Gleichsetzung Aller letztlich in einer fatalen Egalisierung der Verantwortung gegenüber dem Subjekt kranker Mensch einzumünden droht . . .“

Zur Frage der angeblichen „Krise in der Medizin“ sagte der Präsident: „Zunehmend erkennen wir auch, wie sehr einseitig dogmatische Betrachtung zur Verabsolutierung führt, die einer sachgerechten Argumentation keinen Raum mehr läßt. So wenn in pauschalierender Form das „System“ in der Person leitender Ärzte als fragwürdig bezeichnet wird; noch dazu in der mißbräuchlichen Ausnutzung in anderer Hinsicht außerordentlich verdienstvoller wie aber auch emotionalisierender Informationsmedien (Professor Dr. Gerd KADELBACH, Leiter der Hauptabteilung „Bildung und Erziehung“ beim Hessischen Rundfunk).

„Die Macht der Publizistik beruht nicht zuletzt auf der Undurchsichtigkeit ihrer Methoden. Die Öffentlichkeit billigt ihr ohne Kontrollmöglichkeit eine oft unbegründete Sachkompetenz zu, über die sie nicht immer verfügt. Und der Einfluß, den sie ausübt, besteht auch in der Manipulation.“ Sinngemäß vernahm man solches am 4. Februar dieses Jahres in einer selbstkritischen Fernsehsendung des Dritten Programms. Mit berechtigter oder begründeter Kritik lassen sich öffentlich vor einem wenig sachkundigen Publikum geäußerte Behauptungen über materielle wie experimentelle Indikationen nicht rechtfertigen. In ihrer Verallgemeinerung stellen sie eine ebenso betrübliche wie verant-

wortungslose Diffamierung aller ihrer Aufgabe bewußter wie um diese sich bemügender Ärzte dar. Verantwortungslos, weil sie das Vertrauen kranker Menschen in die Hilfsbereitschaft der Ärzte zerstören.

Die heutige und sicher in Zukunft noch zunehmende Breite der Medizin, insbesondere auch der Chirurgie, erfordert ebenso Intensivierung in Traditionellen Bereichen wie Spezialisierung. Beides aufgrund struktureller Ordnungen, die dem Spezialisten ebenso Raum geben, wie sie dem universellen Arzt und Denker die Möglichkeit erhalten müssen, nach jeder Richtung hin in Neuland vorzustoßen. Dies muß ebenso in der Verbindung von Funktion und Position seinen Ausdruck finden, wie in einer angemessenen Anpassung und Anhebung des individuellen Lebensstandards. Allerdings scheint es mir allzu einseitig, den erstrebten Fortschritt hinsichtlich einer „optimalen“ wie zugleich risikoarmen Versorgung kranker Menschen allein aus dem Aspekt des reinen technischen Perfektionismus wie der totalen Spezialisierung zu sehen, wie es heute vielfach geschieht. Nicht nur besteht für den Forscher und Arzt die Gefahr der Einseitigkeit, des Sichverlierens in der Lösung rein technischer Probleme. Für die weit überwiegende Zahl allgemeinkrankter Menschen, deren Betreuung die ganze Vielfalt moderner Diagnostik und Therapie erfordert, kann die Gefahr oder doch immerhin die Möglichkeit, daß sie nicht mehr den Arzt finden, der ihnen den richtigen Weg weist, nicht übersehen werden. Zwischen dem Hausarzt, der keinesfalls zum Gesundheitsfunktionär und dem Spezialisten, der ebensowenig zum medizinischen Techniker und Erfüllungsgehilfen absinken kann, bedarf es daher vor wie nach des universellen Arztes und Facharztes. In seiner Person und auf ausreichend großer Basis vermag der universelle Kliniker Integration und Kooperation aller Disziplinen zu entwickeln, wie aus der verbindlichen Überschau Forschung und Krankenbehandlung neue Wege zu weisen. Die Grenzen mögen fließend sein; die Fähigkeit der Überschaubarkeit kleinerer oder größerer Arbeitsbereiche ist nicht zuletzt durch individuelle Leistung und Erfahrung bestimmt.

Der Wert neuer Operationsverfahren enthüllt sich schonungslos in primärer Letalität und Spätprognose, und insofern auch Ihre Vertretbarkeit. Hierzu bedarf es langfristiger wie kritischer Beobachtung unter gleichbleibenden Behandlungsprinzipien an ausreichend großen Krankenkollektiven. Nachdem wir nicht wissen, höchstens ehnen können, in welcher Weise sich die Medizin in Zukunft weiter entwickeln wird, welche sachlichen Bedürfnisse sich ergeben, um neue Entwicklungen zu ermöglichen, erscheint es daher sinnlos, ja gefährlich, das hierzu notwendige Fundament, d. h. die ausreichend große Kernklinik, zumindest in den traditionellen klinischen Fachgebieten, preiszugeben. Nur ausreichend große Allgemeinkliniken garantieren noch eine universelle Ausbildung zum allgemeinen Arzt und Facharzt. . . . Hochschulkliniken und Krankenanstalten in ihrer dreifachen Aufgaben-

stellung der Forschung, der Lehre wie der Krankenbehandlung sind weithin Exekutive und insofern mit anderen theoretisch-wissenschaftlichen Bereichen nicht vergleichbar. Als Leistungsbetriebe bedürfen sie eigener Ordnungen, die Mitsprache, Mitbestimmung und Mitverantwortung in sachbegründeter Form einschließen, wie sie in der Achtung vor Rang und Bedeutung der Einzelpersönlichkeit zugleich die notwendige Integration unter allgemeingültigen ökonomischen Prinzipien gewährleisten müssen. Hier widerspricht das in anderen ökonomischen Bereichen gültige Leistungsprinzip eines kooperativen Führungsstils unter Wahrung angemessener persönlicher Autorität auch nicht dem Sinne echter Demokratisierung; sofern diese nicht ganz vordergründig als plebiszitär-parlamentarische Lebensform verstanden wird. Die Verlagerung selbst höchst aktueller Entscheidungsbefugnisse in die Anonymität teilweise wenig sachzuständiger Gremien mag zwar nach außen hin den Anschein von Demokratisierung erwecken. Inwieweit dies im ärztlichen Bereich auch gegenüber dem Patienten vertretbar ist, erscheint jedoch fraglich. Kaum fraglich ist jedoch, daß eine weitergehende Gleichstellung nach Leistungs- wie Verantwortungsvermögen Ungleichheit in ihrer Konsequenz allgemeine Nivellierung und Entdynamisierung bedeutet. Im medizinisch-wissenschaftlichen wie aber auch ärztlichen Räume sind innere Dynamik, ständige Selbsterneuerung und Evolution, wie aber auch Wahrung der Chancengleichheit Aller entscheidende Lebensprinzipien. Mit der jetzt teilweise geplanten, teils bereits weit gediehenen Aufspaltung zusammengehöriger klinischer Arbeitsbereiche in aller kleinste Arbeitseinheiten wird nicht nur die Ausstrahlungsfähigkeit überragend befähigter und ausgewiesener Forscher- und Arztpersönlichkeiten unnötigerweise eingeschränkt. Mit der damit einhergehenden Stabilisierung in Amt und Person verringern sich auch die Möglichkeiten des eigenen Aufstiegs und der weiteren Selbstentfaltung für den jungen hochqualifizierten Forscher und Arzt in zunehmendem Maße.

Die Maßlosigkeit derzeitiger Forderungen wie die daraus gezogenen Konsequenzen haben zwangsläufig eine allgemeine Unsicherheit, ja Resignation zur Folge, in der die Attraktion zur Wahrnehmung einer wissenschaftlich-ärztlichen Aufgabe an unseren Universitäten in einem Maße verlorengelassen, wie es bisher wohl kaum der Fall war. Die Zahl hochqualifizierter Wissenschaftler und Ärzte, die nicht bereit sind eine so weitgehende Einengung ihrer Wirkungsmöglichkeiten hinzunehmen, sich in ihrer Gewissensfreiheit einschränken zu lassen, Rufe ablehnen oder sich nach anderen Tätigkeitsbereichen innerhalb wie außerhalb unserer Grenzen bemühen, ist alarmierend. Mit der Begründung höherer Effizienz in der speziellen Krankenversorgung, des technischen Perfektionismus werden Anweisungen gegeben, bei denen man sich fragen muß, ob und inwieweit hier die Einsicht schlecht

beratener Dogmatiker über dem sachkundigen Verständnis wie der Zuständigkeit der jeweiligen Fachvertreter rangiert. Lehrstuhl heißt wohl immer noch die Wahrnehmung grundsätzlicher Lehrfunktionen im Hinblick auf das Berufsziel des Arztes schlechthin; zumal in der Durchführung der zukünftigen Approbationsordnung. Und wenn geschrieben steht, daß für jeden ausscheidenden Hochschullehrer ergebene Nachfolger gefunden werden, dann mag dies zutreffen. Die Frage ist nur, ob dies im Sinne echten Engagements gegenüber einer wissenschaftlichen und Lehraufgabe zu verstehen ist; oder nicht auch einer bedingungslosen Anpassung an ein „System“, das nicht mehr bereit ist, seiner geistigen Elite den Raum zu geben, den sie immer noch zum Wohle unserer Gesellschaft wie unserer Zukunft beanspruchen kann.“

Frau Käte Strobel, der Bundesgesundheitsminister, überbrachte die Wünsche der Bundesregierung, Landtagspräsident Hanauer knüpfte an eine jüngst Aufsehen erregende Äußerung an, daß in Bayern die Ehren anders gehen. Dies bestätigend, betonte der Präsident unter großem Beifall, daß sie hier aber richtig gehen. Bürgermeister Bayerle gab der Freude Ausdruck, daß der Kongreß wiederum München als Tagungsort gewählt habe. Für die ausländischen Gäste sprach Professor BRUNNER (Zürich), die Gemeinsamkeit wissenschaftlicher Arbeit über die Ländergrenzen hinweg dankbar bestätigend.

Zu Ehrenmitglieder der Gesellschaft wurden Professor Dr. med. Dr. h. c. Ernst DERRA (Düsseldorf) und Professor Dr. Dr. h. c. Werner WACHSMUTH (Würzburg) ernannt. Die Ernennungsurkunde zu korrespondierenden Mitgliedern erhielten die Professoren Boris D. PETROV (Moskau) und Thomas E. STRAZL (Denver, Colorado).

Die Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ des Frankfurter Assistenzarztes Dr. Hans MAUSBACH (34) veranlaßte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zur Stellungnahme.

In einer Presseverlautbarung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie heißt es: „Da zahlreiche Mitglieder unserer Gesellschaft verlangten, daß die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Maßnahmen gegen eine solche Verunglimpfung der deutschen Chirurgie ergreift, sah sich das Präsidium zu einer eingehenden Prüfung aller zur Verfügung stehenden Unterlagen verpflichtet. Aus den vorliegenden Tatsachen zog das Präsidium den Schluß, daß Herr Dr. Mausbach mit seinen allgemein gehaltenen Anschuldigungen die deutsche Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit, insbesondere aber die operierenden Ärzte und damit vor allem die in unserer Gesellschaft vereinten deutschen Chirurgen, in der Öffentlichkeit diffamiert und das Recht der freien Meinungsäußerung zu beleidigenden Angriffen auf die Gesamtheit seiner Kollegen mißbraucht hat. Darin ist eine Schädigung des Ansehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu sehen. Das

Präsidium der Gesellschaft hat daher nach einem einstimmig gefaßten Beschluß gemäß § 5 (4) unserer Satzung den Antrag auf Ausschluß des Herrn Dr. Mausbach aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gestellt."

In der Generalversammlung wurde mit starker Mehrheit dieser Beschluß gebilligt, nachdem Dr. Mausbach die Zurücknahme seiner Äußerungen abgelehnt hatte (Oberbürgermeister Dr. H. J. Vogel sicherte nach

einer Pressemeldung dem Frankfurter Arzt Dr. Mausbach zu, daß er in München eine Stelle erhalten werde).

Zum neuen Präsidenten der Gesellschaft wurde Professor Dr. LINDER (Heidelberg) gewählt.

Die Themen des Kongresses behandelten die Behandlung des Schwerverletzten, das Kapitel „Tumoren“, die experimentelle Chirurgie, den biologischen und technischen Organersatz. K-g.

## 46. Fortbildungskongreß für praktische Medizin in Augsburg

vom 25. bis 27. September 1970

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

(Zusammenfassung der wichtigsten Referate)

(Schluß)

Privatdozent Dr. B. LUBAN-PLOZZA, Locarno:

### „Nikotin und Gesundheitsführung“

Man unterscheidet absolute und relative Kontraindikationen des Rauchens.

Zu den absoluten zählen: Bronchitis acuta et chronica, Angina pectoris, akute Myokarditis oder Perikarditis, frischer Herzinfarkt oder chronische Myokardischämien, Thrombangiitis obliterans, Arteriosclerosis obliterans, Morbus RAYNAUD, Ulzerationen oder paronychia Infektionen, Sehstörungen im Sinne einer Tabakamblyopie.

Zu den relativen Kontraindikationen gehören: Emphysem, Asthma bronchiale, spezifische Lungenprozesse, Herzrhythmusstörungen, nervöse Herzbeschwerden, schwere Formen der Hypertonie, Gastritis acuta et chronica, schwere Formen einer vegetativen Dystonie.

Man unterscheidet drei Formen von Rauchern:

1. Die nikotinsüchtigen Raucher, zu denen die Kettenraucher gehören; es handelt sich um eine Mini-Toxikomanie. Die Kettenraucher brauchen gewöhnlich große Mengen, zwischen 30 und 100 Zigaretten pro Tag. Bei diesen Süchtigen erzeugt die Zigarette eine Mini-Euphorie, eine sogenannte trockene Trunkenheit. Es handelt sich hierbei um Selbstmordkandidaten auf lange Sicht. Die Suchtraucher machen etwa 10 bis 20% aus und können durch die Gemeinsamkeit einer süchtigen Fehlhaltung gekennzeichnet werden.
2. Die Gewohnheitsraucher sind sogenannte Mußraucher, die unter depressiven Stimmungsschwankungen oder gar unter depressiven Stimmungen leiden. Sie rauchen meistens, um eine Stress-Situation oder Angstzustände sowie eigene innere Unruhe zu durchbrechen. Auch äußere Störungen können Anlaß zum Rauchen sein. Die Gewohnheitsraucher betragen etwa 50 bis 60% und sind psycho-

pathologisch durch einen höheren Extroversionsgrad charakterisiert.

3. Die Gelegenheitsraucher machen etwa 20 bis 30% sämtlicher Raucher aus. Im Gegensatz zu den süchtigen Rauchern werden von ihnen nur 3 bis 10 Zigaretten geraucht, nur deshalb, weil es schmeckt. Sie können viel leichter statt der Zigarette zu Ersatzmitteln wie Bonbons und Kaugummi usw. greifen.

Für die Behandlung kommen in erster Linie psychotherapeutische Maßnahmen in Frage, am besten im Rahmen eines stationären oder Kuraufenthaltes in einem sogenannten therapeutischen Schonklima. Wichtig ist, daß die äußeren Stress-Situationen dabei wegfallen.

Bei den nicht lobelinhaltigen Präparaten zur Behandlung des Nikotinabusus haben sich in letzter Zeit besondere Antidepressiva aus der Imipramin-Reihe bewährt.

Nebenwirkungen beim Nikotinentzug sind Gewichtszunahme, hypotone Kreislaufwirkung, gelegentliche Obstipation und zunehmende Gereiztheit, die beachtet und gegebenenfalls entsprechend behandelt werden sollten.

Dr. W. TUXHORN, Brackwede:

### „Kampf der Volkskrankheit Grippe“

Alljährlich wiederkehrende Grippewellen geben der Grippe in der Tat den Charakter einer Volkskrankheit. Es zeigte sich, daß die durchschnittliche Erkrankungsquote der Geimpften bei 12% lag, während die der Ungeimpften im Jahr 1969 21% betrug. 1970 lag der Krankenstand bei 11% der Geimpften, während er bei den Ungeimpften 20,5% betrug.

Nicht nur bezüglich der Arbeitsausfallszeiten ist der Impfaspekt bei der Grippe von besonderer Bedeutung, sondern vor allem beim Schutz von Risikopatienten. Die Zahl der Grippetoten läßt sich nur dann senken, wenn planmäßig eine gezielte Prophylaxe durchge-



führt wird, vor allem bei Patienten mit chronischer Bronchitis, Lungenemphysem, Herzinsuffizienz, Diabetes usw.

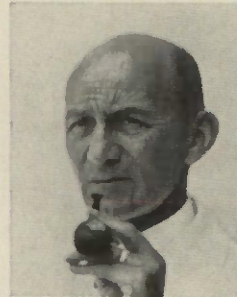
Professor Dr. W. BIRKMAYER, Wien:

#### „Urbane Anthropologie“

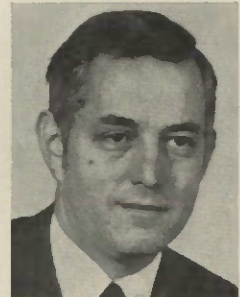
Zwischen dem Bewegungsturm eines Pantoffeltierchens oder dem Totstellreflex eines Käfers und den Phänomenen hysterischer oder psychopathischer Verhaltensweisen besteht biologisch betrachtet kein Unterschied. Nach DARWIN entstanden die neuen Arten als Anpassungsleistungen an die vom Selektionsdruck geforderten Milieubedingungen. Solche Adaptationsleistungen werden durch die nervöse Struktur bzw. durch die nervöse Organisation vollbracht. Die Summe der Instinkte stellt eine Gemeinsamkeit in der Verhaltensweise des heutigen Menschen mit allen biologischen Vorstufen her. Instinktformen sind eine optimale biologische Potenz des Lebewesens, die sowohl sein Überleben als auch seine Fortpflanzung garantiert. Auch der Mensch verfügt in den alten Regionen des Gehirnstamms über plastisch nicht wandelbare Instinktformen. Gerade zur Anpassung an die moderne Umwelt braucht der moderne Mensch jedoch eine Plastizität.

Die archetypische Urkraft, die jedes Lebewesen zur Sicherung seines Reviers braucht, ist die Aggression. Die meisten Verhaltensregeln alter Religionen mit Totem und Tabu, aber auch das Christentum, philosophische Systeme und der Marxismus, wie auch letzten Endes die Psychoanalyse, haben versucht, den Menschen von seinen übersteuerten Instinktformen zu befreien. Die aggressive Urkraft sollte in die sublimierte Form der Kultur und Zivilisation umgeleitet werden. Resigniert muß festgestellt werden, daß eine solche Umstrukturierung erfolglos war, denn der Mensch hat sich in seinem Schmerz, in seiner Angst, in seiner Wut, in seiner Lust, in seiner Enttäuschung und allen Empfindungen seines Affektes und in allen Aktivitäten seiner Emotion seit seiner frühesten Entwicklungsstufe nicht verändert. Ein Instinktverhalten kann nicht vorausgeplant werden, es läuft eigengesetzlich ab. Der Zusammenschluß von Individuen erhöht die Überlebenschance. Der Zusammenschluß von Gruppen ist zweckmäßig und sinnvoll. Unser rationaler Verstand hat aber aus ökonomischen Motiven verschiedene Instinktregeln des Zusammenlebens überplant. Eine solche Regel ist z. B. die individuelle Distanz. Alle Lebewesen, sei es die Forelle im Gebirgswasser oder der Steinadler im Gebirge, halten eine biologisch optimale Distanz ein. In der modernen Großstadt wird diese Forderung der individuellen Distanz durch die Wohndichte, die Dichte am Arbeitsplatz außer acht gelassen, so daß es zur biologischen Dekompensation des Großstädtlers kommt. Die Unsumme der affektiven Reibungsflächen und der Überfluß permanenter Informationen führt zu einer Überlastung, die durch den logischen Verstand nicht neu-

tralisiert werden kann, sondern zu aggressiven Emotionen oder zu inaktiver Resignation führt. Der Selektionsdruck der modernen Großstadt könnte die in unserem Gehirn schlummernden ethischen Potenzen freisetzen, die eine Anpassung an das moderne Leben und damit eine Erhaltung unserer Art gewährleisten können.



Prof. Dr. W. Birkmayer  
Wien



Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger  
Basel

Privatdozent Dr. W. PÖLDINGER, Basel:

#### „Die Angst der modernen Menschen“

Die Symptome der Angst sind im vegetativen Bereich Pupillenerweiterung, Hautblässe im Gesicht, Schweißausbrüche, Tachykardie, Tachypnoe, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Appetitlosigkeit, Reduktion von Libido und Potenz, Blutdruckanstieg, Blutzuckeranstieg.

Psychologische Symptome sind qualvolles Vitalgefühl der Beengung, das Gefühl des hilflos Ausgeliefertseins, innere Unruhe und Spannung.

Im psychomotorischen Bereich zeigen sich mimische Ausdrucksphänomene und psychomotorische Agitiertheit bis zum Raptus oder psychomotorische Hemmung bis zum Stupor.

Man kann verschiedene Formen der Angst unterscheiden. Die Realangst geht immer von bedrohenden Situationen der Umwelt aus und hat eine nicht behandlungsbedürftige Schutzfunktion, die der Sicherung des Lebens dient. Auch die Vitalangst hat eine Schutzfunktion und tritt z. B. beim Herzinfarkt auf, was lebenserhaltend wirkt im Sinne einer Ruhigstellung. Die Gewissensangst ist eine Angstform, die primär von der Umwelt ausgeht und auf den Grundlagen der Kultur beruht. Sie ist ebenfalls nicht behandlungsbedürftig. Allerdings ist es oft schwierig, diese Form von der neurotischen Angst abzutrennen. Diese wiederum und die psychotische Angst setzt eine scharfe diagnostische Trennung zwischen Neurosen und Psychosen voraus.

Zur Behandlung der Angst kommt neben dem ärztlichen Gespräch im autogenen Training und psychoanalytischen Verfahren vor allem auch die medikamentöse Behandlung mit angstdämpfenden Psychopharmaka in Frage. Tranquillizer und Anxiolytika im engeren Sinne sind die Meprobamatderivate, Librium, Valium, Adumbran und Nobrium. Antidepressiva mit dämpfender Wirkungskomponente sind z. B. Saroten,

Tryptizol und Aponal. Zu den Neuroleptika mit schlafanstößendem Effekt gehören Megaphen, Taractan, Truxal, Melleril, zu den Neuroleptika ohne schlafanstößenden Effekt Omca und Lyogen.

Professor Dr. W. KETTERL, Mainz:

„Volkskrankheiten bei Kindern: Zahnschäden“



Die Weltgesundheitsorganisation nennt in der Reihe der auszurottenden Seuchen die Karies an sechster Stelle. In den zivilisierten Ländern weisen 95 bis 100 % aller Milchgebisse einen Kariesbefall auf. Prophylaktische Möglichkeiten sind Umstellung der Ernährungsgewohnheiten, Beschränkung der Nahrungsaufnahme auf die Hauptmahlzeit; harter, frischer, faseriger Nahrung ist der Vorzug zu geben. Für die Entstehung der Karies sind Mikroorganismen, Kohlehydrate und der Kontakt der Nahrung mit den Zähnen notwendig. Zucker in jeder Form, vor allem aber in fester, klebriger Form wirkt stark kariogen. Richtige Reinigung der Zähne nach der Mahlzeit hemmt ebenfalls die Kariesbildung.

Fluor wirkt karies-protektiv. Fluorhaltige Zahnpasten haben einen weniger schützenden Effekt als die Trinkwasserfluoridierung.

Fluor wirkt karies-protektiv. Fluorhaltige Zahnpasten haben einen weniger schützenden Effekt als die Trinkwasserfluoridierung.

Privatdozent Dr. J. DREYER, Heidelberg:

„Haltungsschäden bei Kindern“

Bei Haltungsschäden besteht eine diagnostische Unsicherheit, die durch verschiedene Faktoren bedingt ist:

1. erhebliche Schwankungsbreite innerhalb der normalen Körperformen,
2. im Verlaufe der Reifung wiederholter Gestaltwechsel der Kinder und Jugendlichen mit Veränderung der Skelettform,
3. ständiger Wechsel der von zahlreichen exo- und endogenen Faktoren abhängigen Haltung,
4. unterschiedliche Lokalisation von Haltungsschäden. Dies führt zu einer Verwirrung, weshalb die ursprünglich exakt definierten Bezeichnungen wie Haltungsschäden, Haltungsschwäche, Handlungsverfall, Handlungsstörungen und Handlungsfehler wahllos gebraucht werden. Erschwerend ist die Tatsache, daß Haltungsschäden über lange Zeit keine Beschwerden verursachen. Je nach Schweregrad der Haltungsschäden kann man unterscheiden:
  1. Handlungsfehler – sie sind aktiv ausgleichbar.
  2. Stellungsfehler – sie sind passiv ausgleichbar.
  3. Formfehler – sie sind nicht ausgleichbar.

Therapeutisch genügt beim Handlungsfehler meist eine weitgehend ungezielte Kräftigung der Muskulatur, Turnen und Sport, Schwimmen. Bei Stellungsfehlern ist eine gezielte Übungsbehandlung erforderlich, nicht selten muß das Behandlungsergebnis über einen gewissen Zeitraum durch ein korrigierendes Gipsbett oder durch Einlagen unterstützt werden. Die Therapie der Formfehler, wie z. B. Kyphose oder Skoliose, kann sich im allgemeinen nicht auf konservative Maßnahmen beschränken, aber auch chirurgisch-orthopädische Maßnahmen einschließlich einer konsequenten Nachbehandlung lassen die Prognose quoad functionem zweifelhaft bleiben.

Dr. G. Weib, Augsburg

## Freie Kassenarztsitze in Bayern

### Mittelfranken

**Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Dinkelsbühl:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Langenzenn, Lkr. Fürth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nürnberg-Langwasser:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Wendelstein, Lkr. Schwabach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Mittelfranken –, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

### Niederbayern

**Breitenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seit 1. April 1971 frei gewordene einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

**Eggenfelden:** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

**Ergolding, Lkr. Landshut:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Dritte Kassenarztstelle für Ergolding, einer ständig wachsenden Vorortgemeinde von Landshut, mit entsprechendem Einzugsgebiet. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von geeigneten Räumlichkeiten behilflich.

**Freyung v. W., Lkr. Wolfstein:** 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

**Grafenau (Bayer. Wald):** 1 Augenarzt

**Kelheim/Donau:** 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

**Landshut:** 1 Kinderarzt

**Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

**Niederviehbach, Lkr. Dingolfing:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seit 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis).

**Passau-Grubweg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle; Einzugsgebiet ca. 3500 Einwohner.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern —, 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

### Oberbayern

**Bayrischzell, Lkr. Miesbach:** 1 Allgemein/Prakt. Arzt  
Hier ist unfallchirurgische Erfahrung zur Erstversorgung von Bergunfällen im Sommer und Winter erforderlich.

**Bruckmühl, Ortstell Heufeld, Lkr. Bad Aibling:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Erding:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Galmersheim, Lkr. Ingolstadt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Garching, Lkr. Altötting:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Inchenhofen, Lkr. Alchach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Kirchseeon, Lkr. Ebersberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Kösching, Lkr. Ingolstadt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Pförring, Lkr. Ingolstadt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Waldkralburg, Lkr. Mühldorf:** 1 Augenarzt

**Wartenberg, Lkr. Erding:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Es wäre günstig, wenn der Bewerber chirurgische Fachkenntnisse zur Versorgung des Belegkrankenhauses Wartenberg hätte.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

### Oberfranken

**Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

**Hof/Saale:** 1 Kinderarzt

**Kulmbach:** 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte

**Münchberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Selb:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Scherneck, Lkr. Coburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Töpen, Lkr. Hof:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

### Oberpfalz

**Erbendorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Eschenbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Hahnbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Mitterteich:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Neumarkt:** 1 Augenarzt

**Roding:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Sulzbach-Rosenberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Vohenstrauß:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Welden (Ortstell Nord):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Welden:** 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

### Schwaben

**Alerhelm, Lkr. Nördlingen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augsburg (Ortstell 4):** 1 Augenarzt

**Augsburg-Herrenbach (Ortstell 7):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

**Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Babenhausen, Lkr. Illertissen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Burghelm, Lkr. Neuburg/Do.:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Delningen, Lkr. Nördlingen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

**Jettlingen, Lkr. Günzburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Memmingen:** 1 Augenarzt

**Mindelheim:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Neuburg/Do.:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Do.:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Thannhausen, Lkr. Krumbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

### Unterfranken

**Aidhausen, Lkr. Hofheim:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Gieselbach, Lkr. Alzenau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Miltenberg:** 1 Augenarzt

**Schneeberg, Lkr. Miltenberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

## **Bericht über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 24. April 1971**

Für ihren verstorbenen stellvertretenden Vorsitzenden, Herrn Professor Dr. Dietrich VOGT, München, wählte die Vertreterversammlung Herrn Dr. Hans SCHLEICHER, Oberarzt, Peißenberg, als Nachfolger.

Anschließend nahm die Vertreterversammlung die ausführlichen Berichte des Vorstandsvorsitzenden, Herrn Dr. VÖLLINGER, und des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Herrn Dr. MEIDER, entgegen.

Aufgrund der für 1971 abgeschlossenen neuen Gesamtverträge mit den RVO-Kassen Bayerns war für dieses Jahr eine Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabs erforderlich; die Vertreterversammlung beschloß diese Ergänzung einstimmig. Sie wird nach § 17 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns veröffentlicht (vgl. S. 516).

Aufgrund des Berichts des Finanzausschusses billigte die Vertreterversammlung die Bilanz 1969 und entlastete den Vorstand für dieses Jahr; anschließend wurde der Haushaltplan 1971 beschlossen.

Dr. Giesen

Vorsitzender der Vertreterversammlung

### **E.-K.-Frey-Preis 1971 verliehen**

Anläßlich der 77. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin am 19. April 1971 in Wiesbaden wurde vom Präsidenten dieser Gesellschaft, Herrn Professor Dr. GROSSE-BROCKHOFF, der von Bayer Leverkusen gestiftete und mit DM 10 000,- dotierte E.-K.-Frey-Preis an Herrn Professor Dr. med. Ernst HABERMANN, Leiter des Pharmakologischen Institutes der Universität Gießen, verliehen.

## **Personalia**

### **Professor Dr. Sewering zum Senator gewählt**

Die Wahlmännerversammlung des Verbandes der freien Berufe wählte am 3. April 1971 Herrn Professor Dr. med. Hans Joachim SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, in den Bayerischen Senat. Er ist damit Nachfolger des verstorbenen Senators Dr. Dr. W. v. Gugel.

### **Bundesverdienstkreuz für Dr. Reichstein**

Auf Vorschlag des Herrn Ministerpräsidenten hat der Herr Bundespräsident Herr Dr. med. Willy REICHSTEIN, Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, das Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Die Auszeichnung wurde ihm am 6. April 1971 durch den Herrn Regierungspräsidenten von Oberbayern überreicht.

### **Silberne Leistungsspange des DRK für Dr. W. Lemke**

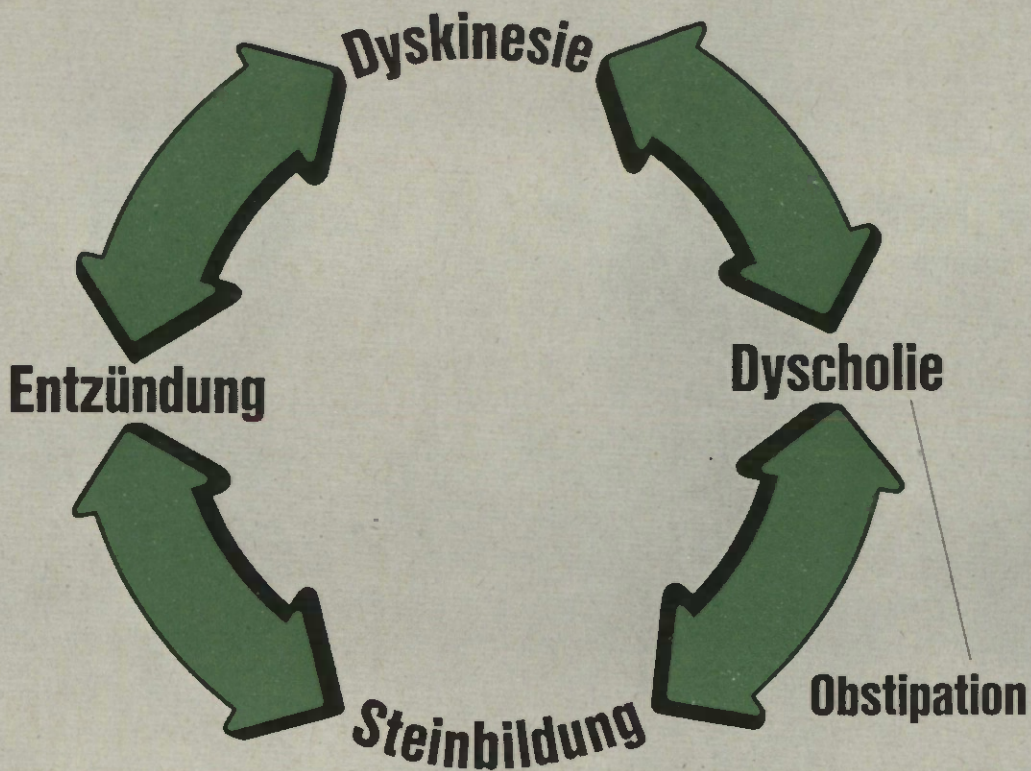
Als Chefarzt des Kreisverbandes Eichstätt im Bayerischen Roten Kreuz wurde am 26. März 1971 anläßlich der Hauptversammlung des Kreisverbandes Eichstätt Herrn Dr. med. Wilhelm LEMKE, Medizinaldirektor der Bayerischen Bereitschaftspolizei, Abteilung Eichstätt, die silberne Leistungsspange des Deutschen Roten Kreuzes für außerordentliche, ehrenamtliche Verdienste um das Rote Kreuz verliehen.



### **Karl Lubber 75 Jahre**

Dr. Karl LUBER, der allen bayerischen Ärzten als jahrzehntelanger Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung in bester Erinnerung ist, konnte seinen 75. Geburtstag feiern. Die bayerische Ärzteschaft entbietet dem Jubilar zu diesem Festtag ihre herzlichsten Glückwünsche. Karl Lubber ist mit der Geschichte der Bayerischen Ärzteversorgung unlösbar verbunden. Er hat diese Einrichtung mit aufgebaut und er stand an entscheidender Stelle, als es galt, die Versorgungsanstalt der bayerischen Heilberufe über schwere Krisenzeiten hinweg zu bringen. Wer das Glück hatte, in diesen Jahren mit ihm zusammenzuarbeiten, der wird seine Einsatzbereitschaft, seine Fachkenntnis und seine guten Ideen in dankbarer Erinnerung behalten. Mit unseren Glückwünschen zum 75. Geburtstag verbinden wir deshalb neuerdings unseren aufrichtigen Dank für sein fruchtbares und erfolgreiches Wirken.

Hans J. Sewering



## spasmo-gallo-sanol<sup>®</sup> unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasma-galla-sanol wirkt choleretisch, choleretisch, spasmolytisch, bakterizid und mild laxierend

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:  
 N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid 7,5 mg  
 Fel. Tauri sicc. stand. 100 mg Extr. Frangulae sicc. 20 mg  
 Extr. Aloes sicc. 10 mg Acriflaviniumchlorid 3 mg

#### Indikationen:

Bei allen Cholezystopathien

#### Dosierung:

2- bis 3mal täglich 1 bis 2 Dragées nach dem Essen

#### Kontraindikationen:

Verschluß-Ikterus, akute Hepatitis

#### Hinweis:

Bei fortgeschrittenen Fällen von Prostatahypertrophie kann eine Erschwerung der Blasenentleerung durch höhere Dosen des Spasmolytikums N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid auftreten. Bei klinischen Prüfungen wurden allerdings substanzbedingte Entleerungsstörungen dieser Art nicht beobachtet.

#### Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

Wenn das spastische Geschehen nicht im Vordergrund steht, bei allen Cholezystopathien, bei Völlegefühl, Druckschmerz, gestörter Fettverdauung und Obstipation das seit Jahren bewährte galla-sanol.

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:  
 Fel Tauri sicc. stand. 50 mg  
 Magn. oleic basic 50 mg  
 Extr. Frangulae e cart. sicc. 20 mg  
 Extr. Aloes sicc. 10 mg  
 Acriflaviniumchlorid 3 mg  
 Menthol 0,2 mg  
 Ol. Menthae pip. 0,4 mg  
 Ol. Carvi 0,2 mg

#### Dosierung:

2- bis 3mal täglich 1 Dragée vor den Mahlzeiten, bei gestörter Fettverdauung 1 bis 2 Dragées vor den Hauptmahlzeiten.

#### Kontraindikationen:

Verschluß-Ikterus, akute Hepatitis

#### Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 4,75 inkl. Mehrwertsteuer  
 Packung zu 100 Dragées DM 7,60 inkl. Mehrwertsteuer

spasmo-gallo sanol<sup>®</sup>

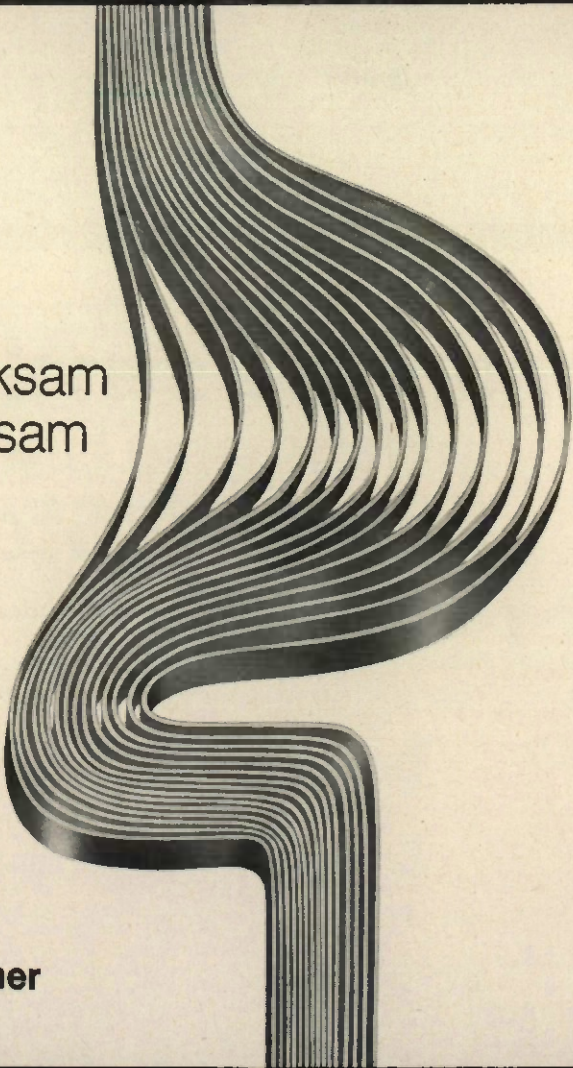
gallo sanol<sup>®</sup>

# Esberizym<sup>®</sup>

hochaktiv  
bei Verdauungsinsuffizienz

substituiert — stimuliert — reguliert

magenwirksam  
darmwirksam



Schaper & Brümmer  
Salzgitter-Ringelheim

## in memoriam



### Professor Dr. Alfred Groth

Am 27. März 1971 verstarb im Alter von 94 Jahren Herr Professor Dr. Alfred GROTH. Die bayerische Ärzteschaft nimmt Abschied von einem Menschen, dessen langes Leben unruhig, reich und doch erfüllt war.

Professor Alfred Groth nahm an der stürmischen Entwicklung der Medizin um die Jahrhundertwende teil. Seine Arbeiten brachten ihn mit den großen Wissenschaftlern der damaligen Zeit zusammen. Energie, Kritik, ein umfassendes Interesse an naturwissenschaftlichen und mathematischen Problemen und warme Menschlichkeit kennzeichnen seine Tätigkeit. Die neuen Impulse, die die Immunitätsforschung anfangs des Jahrhunderts erhielt – Groth kannte Paul Ehrlich persönlich – und die praktische Anwendung dieser Forschungsergebnisse führten Groth im Jahre 1900 zum Eintritt in die Bayerische Landesimpfanstalt, deren Leiter er nach kurzer Zeit wurde. Einige Jahre später errichtete er den Neubau an der heutigen Stelle und wurde Landesimpfparzt. Als Honorarprofessor für Hygiene las Groth den Impfkurs, der damals im Haunerschen Kinderspital abgehalten wurde. Zahlreiche wichtige und heute noch gültige Arbeiten auf dem Gebiete der Immunitäts- und Impfwissenschaften sind ihm zu verdanken – um nur wenige Beispiele zu nennen: eine heute noch in Gebrauch befindliche Methode der Wertbestimmung von Impfstoffen, Arbeiten über die Verhütung von gesundheitlichen Schädigungen nach Impfungen, die Erstbeschreibung mehrerer Anomalien des Impfverlaufes und ihre immunbiologische Deutung, zahlreiche Arbeiten über Seuchenbekämpfung unter besonderer Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte. Weitere Untersuchungen galten der Kinder-Tuberkulose und den sie fördernden Faktoren. Im Verlaufe dieser Untersuchungen führte Groth Erhebungen über die Stellung von Kindern städtischer und ländlicher Herkunft, sowie den Einfluß der Ernährung auf die Gesundheit des Kindes durch. Seine „Theorie der Variola und Vaccine“ (1923) regte ihrerseits wieder zahlreiche Arbeiten auf diesem Ge-

biete an. Von 1920 bis 1934 vertrat Groth Deutschland im Hygiene-Ausschuß des Völkerbundes.

Neben seiner Tätigkeit in Lehre und Forschung als akademischer Lehrer, als Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt und als Landesimpfparzt sah Groth die soziale Not seiner Mitmenschen und die sozialmedizinischen Probleme einer in ihrer Struktur sich wandelnden Gesellschaft. Mit diesen Erkenntnissen und den sich hieraus ergebenden Forderungen war Groth seiner Zeit weit voraus. So gründete er im Jahr 1905 in Zusammenarbeit mit den Kinderärzten Münchens die „Zentrale Fürsorge für Säuglinge“. Damit verbunden war zugleich eine Mütterberatung. Diese segensreiche Einrichtung, die erste auf der Erde, erwies sich bald als beispielgebend für ganz Bayern, Deutschland und schließlich die übrigen Kulturnationen. Später, als Staat und Kommunen die Initiative Groths aufgriffen und die Säuglingsfürsorge zu einer festen Einrichtung wurde, war er als Berater und Förderer dieser Einrichtung unermüdlich tätig. Schon vor dem ersten Weltkrieg regte Groth die Kinder- und Schulspeisung an, die er später mit Hilfe der Hoover-Stiftung in München weiterhin ausbaute. Bei einem Rückblick kurz vor seinem Tode – Groth war bis in seine letzten Tage hinein ein fesselnder Gesprächspartner – nannte er diese seine Tätigkeit für die Säuglings- und Kinderfürsorge den wichtigsten und schönsten Teil seines ärztlichen Handelns. Wir möchten dem heute zustimmen: in einer Zeit, als dies alles noch keineswegs selbstverständlich war, gelang es Groth, unzähligen Kindern durch fürsorgerische und prophylaktische ärztliche Tätigkeit zu helfen, durch rege publizistische Tätigkeit die Bürgerschaft auf die Not ihrer Mitmenschen aufmerksam zu machen und das Gewissen der Verantwortlichen zu wecken.

Auch bittere Jahre der Enttäuschung blieben Professor Groth nicht erspart: 1934 wurde ihm verboten, Vorlesungen abzuhalten, und im Jahr 1938 mußte er die Leitung der Impfanstalt vorzeitig abgeben. Dies alles geschah unter kränkenden Umständen. Vor allem aber blieben mehrere Arbeiten, die ihm sehr am Herzen lagen, unvollendet. Zu Kriegsbeginn übernahm Groth in Bad Wiessee Praxisvertretungen von kriegsverpflichteten Ärzten und organisierte die über die Grenzen Bayerns hinaus bekannten Fortbildungstagungen in Bad Wiessee. In der Kriegszeit wird sein kultiviertes Heim in München zerstört. Schon über 70 Jahre alt, beginnt er mit dem Wiederaufbau.

Groth nahm bis zu seinem Tode an der Entwicklung der Medizin regen Anteil. Darüber hinaus war Groth ein versierter Kunstkennner. Zahlreiche äußere Ehrungen und Ordensverleihungen wurden ihm zuteil.

Die bayerische Ärzteschaft verlor an Groth einen hervorragenden Arzt, Wissenschaftler, Sozialmediziner und Hygieniker, vor allem aber einen Arzt, dessen Tätigkeit durch warme Menschlichkeit gekennzeichnet war. Wir werden das Andenken Groths in Ehren halten.

Professor Dr. med. H. Stickl, München

## Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern\*

von Dr. Walther Koerting

(Schluß)

### IV. Titel.

Medizinal-Bureau

bei Unserem geheimen Ministerium des Innern

Wir haben schon bei Errichtung Unseres geheimen Ministeriums des Innern, das Medizinalwesen als einen der wichtigsten Zweige der Staatspolizei, demselben zur Besorgung und obersten Leitung übergeben. Bei diesem Unserm Ministerium haben Wir gegenwärtig in der Sektion der Polizei ein eigenes Medizinalbureau errichtet, und die erforderlichen Weisungen erlassen, damit das Medizinalwesen, dem von Uns genehmigten Plane gemäß, systematisch bearbeitet, in allen Theilen Unseres Reiches in homogene Anwendung treten kann.

Von Unsern General-Kreis-Kommissariaten, Medizinalräthen, Gerichtsärzten, Polizeistellen und dem gesammten ärztlichen Personal erwarten Wir die thätigste Mitwirkung nach der Geschäftssphäre eines jeden, um in diesem wichtigen Gegenstande Uns sowohl als unsern getreuen Unterthanen die Früchte des Erfolges zu sichern.

Max Joseph.

Freiherr von Montgelas.

Auf königl. allerhöchsten Befehl  
von Krempelhuber.

### Allerhöchste Verordnung.

Die Organisation des Medizinalwesens und Errichtung eines medizinischen Central-Bureau an der Polizeisektion des königlichen geheimen Ministeriums des Innern betreffend.

Unserm Ministerium des Innern theilen Wir in der Anlage, das von Uns in der geheimen Staatskonferenz vom 8ten d. M. genehmigte organische Edikt über das Medizinalwesen in Unserm Reiche mit, und, nachdem Wir über den Geschäftsgang der dahin gehörigen Gegenstände in dem Edikte über die Anordnung einer Polizei-Sektion (Titel III. §. 16 bis 30.) das gehörige verfügt haben, wollen Wir den Wirkungskreis der das medizinische Centralbureau constituirenden Obermedizinalräthe zugleich näher bestimmen.

Derselbe hat demnach zu bestehen:

a) In dem Entwurfe eines vollständigen Systems des

Medizinalwesens, und der Ausarbeitung desselben in seinem ganzen Umfange, d. i. in Verfaßung der erforderlichen Instruktionen, Normen, Formularien, des Dispensatoriums, der Tax-Apotheker-Hebammen- und Veterinair-Ordnung, der dahin einschlägigen Gesetze u. dgl., welche Uns zur allerhöchsten Genehmigung vorzulegen, durch die einschlägigen Stellen und Individuen in Anwendung zu bringen, und in dem einmal eingeführten Gange zu erhalten sind.

b) In den Vorschlägen zu planmäßigen Anordnungen und Reformen in allen höhern sowohl als niedern medizinischen Lehr- und Bildungsinstituten.

c) In den Vorschlägen zu einer systemmäßigen und genügenden Einrichtung der öffentlichen Institute der Wohlthätigkeit aller Art, insofern dieselben Zweige des Sanitätswesens sind.

d) In den Vorschlägen zu Personalnominationen aller medizinischen Individuen, welche auf eine nähere oder entferntere Weise in den Staatsdienst genommen werden sollen, mit Rücksichtnahme auf die Gutachten der General-Kreis-Kommissariate, auf die Fähigkeiten und Eigenschaften der Individuen, und den durch dieselben Uns und Unsern Unterthanen resultirenden Nutzen.

e) In der Beurtheilung aller medizinisch-gerichtlichen Fälle, welche entweder von dem Oberappellationsgerichte, oder Unserm Ministerium der Justitz verlangt werden.

f) In systematischer Bearbeitung aller von den General-Kreis-Kommissariaten Uns zukommenden Berichten, Anzeigen, Notizen, Tabellen u. s. w. insoferne solche auf das Sanitätswesen Bezug haben, und worüber Wir, mit dem Schluß eines jeden Jahres (Edikt die Anordnung der Polizeisektion Titel II. §. 12. am Ende) besondere, anwendbare Konspekte erwarten.

g) In Bearbeitung aller mit dem Medizinalwesen überhaupt in Bezug stehenden Gegenstände; welche Unser Ministerium des Innern dem Medizinalbureau als Einlauf oder ex officio zutheilen wird.

Über die Verhältnisse des Ranges und der Uniform der Obermedizinalräthe haben Wir in dem organischen Edikte über die Errichtung der Polizeisektion die geeigneten Bestimmungen getroffen.

Unser Ministerium des Innern wird Sorge tragen, daß der neue Geschäftsgang des medizinischen Centralbureau sowohl als die Funktionen der Medizinalräthe bei den General-Kreis-Kommissariaten mit künftigem

\*) Wegen des großen Umfanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die dann in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.



1ten Oktober in Wirklichkeit treten, und daß die Anstellung der noch mangelnden Gerichtsarzte nach Titel II. §. 8. u. s. f. des organischen Ediktes über das Medizinalwesen bald möglichst vorgenommen werde. München, den 8ten September 1808.

Max Joseph.  
Freiherr von Montgelas.

#### Ergänzende Hinweise

In Landshut, dem damaligen Sitz der von Ingolstadt im Jahre 1802 hierher verlegten Universität (im Jahre 1826 erfolgte ihre Verlegung nach München), erschienen im Jahre 1810 erstmals die „Jahrbücher des Sanitätswesens im Königreich Baiern“, „herausgegeben von den königlich bayerischen Obermedizinalräthen Dr. Simon Häberl und Dr. Max Jacobi.“

Ihre Herausgabe wurde durch die nachfolgende Erklärung genehmigt:

#### Maximilian Joseph

von Gottes Gnaden König von Baiern.  
Erklären öffentlich mittels dieses Briefes und thun es kund Jedermann:

Nachdem Wir den Uns gemachten Antrag wegen Herausgabe von Jahrbüchern des Sanitätswesens in Unserm Königreiche zu genehmigen geruht, und Unsere Obermedizinalräthe, Simon Häberl und

Maximilian Jacobi, allerunterthänigst gebeten haben, ihnen das Privilegium impressorium zu ertheilen; so haben Wir obengenannten Obermedizinalräthen die Gnade gethan, und dahin die Freiheit ertheilt, daß sie, jedoch nur für ihre Personen, und in so lange es Uns gefällig seyn wird, bemerkte Jahrbücher in Unserm Königreiche ausgeben und verkaufen mögen, auch ihnen solches Niemand, wer er immer sey, namentlich Buchführer, Buckdrucker und Buchbinder, ohne ihre Einwilligung, Willen und Wissen in besagt Unserm Königreiche nachdrucken zu dürfen, oder zu verkaufen befugt seyn soll, weder in kleinerm noch größerm Format, weder ganz noch stückweise, unter welch gesuchtem Namen es immer wäre. Alles bei Vermeidung Unserer allerhöchsten Ungnade und einer Geldstrafe von 100 Stück Dukaten, wovon die eine Hälfte Unsern Staatskassen, die andere Unsern oftgenannten Obermedizinalräthen, Simon Häberl und Maximilian Jacobi, unnachlässlich zufließen sol, sodann bei Verlust des Nachdrucks, welchen Unsere zwei Obermedizinalräthe mittels Beiwirkung einer jeden Ortsobrigkeit, in deren Gerichtsprengel dergleichen Nachdruck angetroffen wird, aus eigener Gewalt, ohne jemand's Hinderniß oder Streitgestattung zu sich zu nehmen, und damit nach Gefallen zu handeln berechtigt seyn sollen.

Dem zufolge wollen Wir, daß zur Nachricht und War-

## Bauen ohne Bausparvertrag ist wie Reisen mit der Postkutsche.

(Unmodern und teuer.)

Ohne Bausparvertrag bringen Sie sich um Geld. Mit, verdienen Sie welches. Durch die 624-Mark-Anlage (30 oder 40 Prozent Sparzulage). Dazu die Wohnungsbauprämie (vielleicht über 1000 Mark im Jahr). Oder Steuerersparnisse. Zinsen für alles. Ist das nicht vernünftig?

Zu Ihrem Geld kommt Geld von uns. Als Darlehen. Zinsgünstiger gibt es Ihnen kaum einer.

Mit einem Bausparvertrag finanzieren Sie ohne Risiko. Denn wir stehen dahinter. Die Bausparkasse der Sparkassen. Wir besitzen die Finanzkraft, die Sie brauchen.

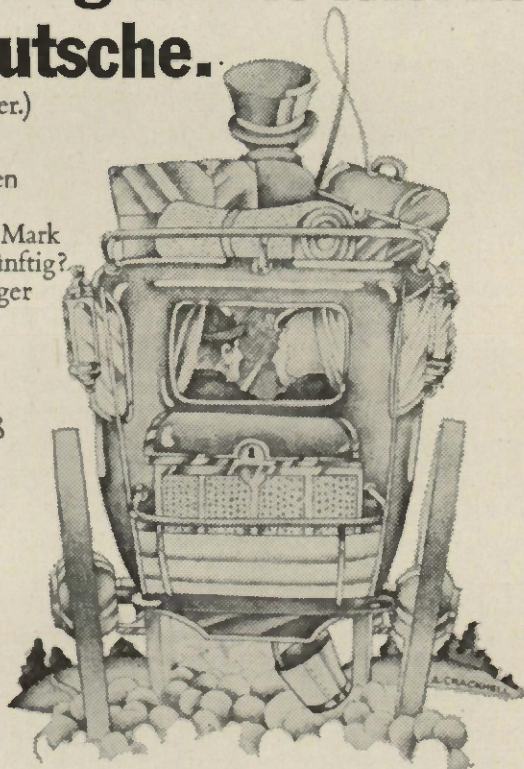
Es gibt heute so viele moderne Wege des Bausparens. Man muß nicht bauen. Aber vorwärtskommen.


Fragen Sie unseren Fachberater. Bei uns ist die Postkutsche passé. Und bei Ihnen?

Als öffentliche Bausparkasse wollen wir Ihnen Umwege ersparen.

Landes   
Bausparkasse

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel.: 21721



 Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen

nung dieses von Uns ertheilte Privilegium dem mehrberührten Werke vorgedruckt werde.  
Geschehen und mit Unserer Unterschrift beurkundet, dann mit Unserm größern Kanzlei-Insiegel gefertigt in Unserer königlichen Haupt- und Residenzstadt München den fünfzehnten Tag und Monate July des Jahres Eintausend Achthundert und Neun, Unseres Reichs im vierten.

Max Joseph.

(L. S.)

Freiherr von Montgelas.

Auf königl. allerhöchsten Befehl  
der Generel Sekretär  
v. Kobell.

Die „Ankündigung von Jahrbüchern des Sanitätswesens im Königreich Baiern“ lautete:

Unter vorstehendem Titel werden die Unterzeichneten eine Schrift erscheinen lassen, zu deren Bearbeitung das vielfach gefühlte Bedürfnis der in dem bayerischen Staatsdienste stehenden Aerzte, eine vollständige Sammlung derjenigen Verordnungen zu besitzen, welche bei der Umwandlung und Feststellung dieses Theiles der Staatsverwaltung bisher erschienen sind, die nächste äussere Veranlassung gab.

Eine nicht minder nahe liegende innere Veranlassung fanden die Unterzeichneten, welchen Se. königl. Majestät von Baiern die Arbeiten in der Sektion des Sanitätswesens, und den Vortrag darüber bei dem geheimen Ministerium des Innern übertragen haben, vorlängst in der Nothwendigkeit, dem ärztlichen Publikum nebst einer vollständigen Sammlung dieser Verordnungen auch die Grundsätze und Motive vorzulegen, von welchen die Regierung in jedem einzelnen Falle der medizinischen Gesetzgebung geleitet und bestimmt ward.

Bei keinem Zweige der Staatsverwaltung scheint nämlich das Publikum mit grösserem Rechte auf eine gewisse Oeffentlichkeit der Verhandlungen Anspruch machen zu dürfen, als bei demjenigen, der das Sanitätswesen umfaßt. Denn da hiezu die Prämissen aus einer Wissenschaft gezogen werden, welche, auf dem Wege der Erfahrung und Induktion fortschreitend, ihrer Form nach nothwendig in einer beständigen Umwandlung begriffen seyn muß, so ist es eine billige Forderung, daß die Ansichten und die Beweggründe, von welchen Einzelne bei der Vorlage der hieher gehörigen Verordnungen zur gesetzlichen Sanktion geleitet wurden, dem der Sache kundigen Publikum nicht vorenthalten werden.

Die vielfachen Vortheile, welche dem Medizinalwesen, aus einer systematischen Bearbeitung, aus ihrer Anwendung auf einen größeren Staat, und aus einer unbefangenen Publizität der Resultate derselben, zugehen, sind nicht zu verkennen. Zur Verbreitung dieser Vortheile soll die hiemit angekündigte Schrift mitwirken. Das ärztliche Publikum wird durch sie mit den bisher in den k. b. Regierungsblättern, und den älteren Generaliensammlungen, zerstreut befindlichen, so wie

## Die Deutsche Universität in Prag

### Die letzten 100 Jahre Ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

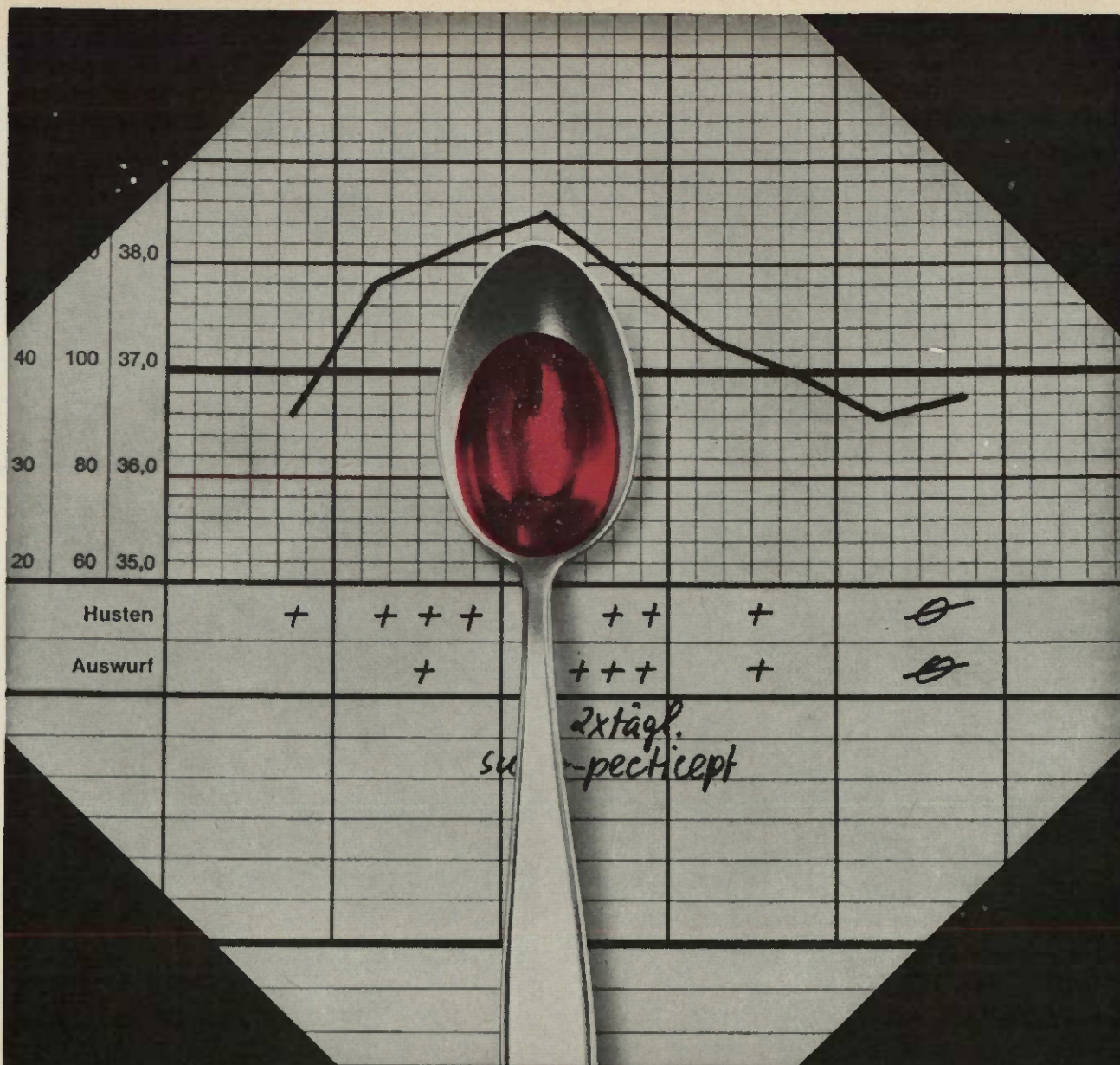
ist als Band 11 unserer Schriftenreihe erschienen. 301 S., 33 Abb., broschiert.

Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, unter Befügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, gerichtet werden.

mit den neueren Gesetzen in diesem Fache, und deren Geiste, bekannt gemacht werden. Sachkundige Männer werden einen neuen Anlaß finden, ihre Ansichten über einen so wichtigen Gegenstand mitzutheilen, und so mit gemeinsamen Bemühungen denselben der Vollkommenheit näher zu bringen, und der Probestein der Erfahrung wird unfehlbar den wahren Werth der ergriffenen Theoremen und Ansichten zeigen. Letzteres möchte um so nothwendiger seyn, da die zur Einrichtung des Sanitätswesens bisher aufgestellten Grundsätze bei weitem noch nicht hinlänglich geprüft, und der gemachten Erfahrungen noch zu wenige sind; daher dieses Unternehmen unter andern auch dazu dienen dürfte, einigen angesehenen Aerzten sowohl als Staatsmännern, welchen der Nutzen einer theoretischen Bearbeitung dieses Zweiges der Arzneiwissenschaft, und das wohlthätige Eingreifen desselben in der Anwendung auf das Gesamtwohl eines Volkes noch problematisch scheinen, einen Maaßstab zur Berichtigung ihres Urtheiles an die Hand zu geben.

Um diesen verschiedenen Zwecken zu entsprechen, werden die hiemit angekündigten Jahrbücher folgende Gegenstände umfassen.

1. Eine vollständige Sammlung aller im Fache des Sanitätswesens nach seinem ganzen Umfange erschienenen königl. bayerischen Verordnungen, welche gegenwärtig noch gesetzliche Kraft haben.
2. Alle über diesen Gegenstand noch nachfolgende Verordnungen.
3. Eine Auseinandersetzung der Motive, die den wichtigeren Verordnungen zum Grunde liegen, und der dabey beabsichtigten Zwecke.
4. Die Darlegung der Resultate aller in Ausübung gebrachten wichtigern Verordnungen.
5. Die Resultate der von den angestellten Gerichtsärzten eingehenden vorschrittmässigen Berichte u. s. w., welche alles Wissenswürdige über jeden einzelnen Gegenstand der medizinischen Polizei aus allen Gegenden des Königreichs umfassen, und nicht allein für das ärztliche, sondern überhaupt für das ganze gelehrte Publikum von einem großen und mannigfaltigen Interesse seyn werden.



# Bei **sulfo-pecticept** spricht man über Produktvorteile

- Ausgesprochen angenehmer Geschmack
- Sehr gute Verträglichkeit
- Selektive Dämpfung des Hustenzentrums
- Sichere Wirkung bei fieberhaften Erkältungen durch Sulfadiazin-Komponente

**sulfo-pecticept**  
die wohlschmeckende Sulfonamid-Kombination mit Langzeiteffekt zur wirkungsvollen Therapie aller fieberigen Erkältungskrankheiten

**Handelsformen**  
Flasche mit 90 ml  
Packung mit 25 Tabletten



Sanol-Arzneimittel  
Dr. Schwarz GmbH  
4019 Monheim/Rhld.

6. Nachrichten über die Einrichtung, die Verbesserung und die Fortschritte aller öffentlichen, das Sanitätswesen betreffenden, Institute, z. B. der Lehranstalten aller Art, der Kranken-Gebähr-Irren-Häuser, u. s. w., so wie eine getreue Angabe desjenigen, was von Zeit zu Zeit durch dieselben geleistet ward.

7. Vollständige Nachrichten über den medizinischen Personalstatus im ganzen Reiche, und über die in demselben vorkommenden Veränderungen, als Beförderungen, neue Anstellungen und Todesfälle; die letzteren mit kurzen, dem Verdienste der Abgelebten angemessenen, biologischen Notizen. Auch die Bekanntmachung besonderer Verdienste und Auszeichnungen soll hier ihren Platz finden.

8. Endlich Nachrichten über die im Königreiche beobachteten Epidemien und Epizootien.

Nach dem bisher Vorgetragenen schließt zwar der Plan dieser Jahrbücher die eigentlich medizinisch-wissenschaftlichen Gegenstände, als solche für sich, aus: doch sollen ganz besonders merkwürdige praktische Fälle und allenfalls gemachte wichtige Entdeckungen inländischer Aerzte, Wundärzte, etc. bis auf weiters, darin aufgenommen werden.

Zufolge eines allerhöchsten Rescripts wird diese Schrift für die königl. Staaten offizielle Autorität haben, und den angestellten Gerichtsärzten, statt des Regierungsblattes, auf Aerarialkosten zugefertigt werden. Nach vorliegender Ankündigung mag also das Publikum den Werth dieses Unternehmens, und den Unterschied desselben von ähnlichen, bemessen.

Diese Jahrbücher werden übrigens in Hinsicht der Zeit und Bogenzahl zwar in zwanglosen Heften erscheinen, jedoch so, daß das Publikum jährlich 5-6 Hefte, jedes von 12-14 Bogen, erhält. Drei Hefte werden jedesmal einen Band ausmachen, dem ein vollständiges Inhaltsregister beygefügt werden soll. Die ersten Hefte werden wegen des großen Vorrats vorhandener Gegenstände schneller auf einander folgen.

München, am 1 Oktob. 1809.

Dr. Simon Häberl,  
Dr. Maximilian Jacobi,  
königl. beierische Obermedizinalräthe.

Unterzeichneter hat den Verlag dieser Jahrbücher übernommen. — Das Format, Druck und Papier werden wie diese Ankündigung ist. Der Preis eines aus 3 Heften bestehenden Bandes, der nicht getrennt wird, ist auf 4 fl. 30 kr. festgesetzt, und die Liebhaber kön-

nen ihre Bestellungen bei allen guten Buchhandlungen machen, da ich mit allen in Verbindung stehe, oder sich an mich selbst wenden, und der promptesten Bedienung versichert seyn.

Philipp Krüll,  
Universitäts-Buchhändler in Lendshut.

In diesen Jahrbüchern wurde erstmals die vorstehend wiedergegebene „Medizinalverfassung für das Königreich Baiern“ abgedruckt. Ihre Gliederung besteht aus dem „Entwurf einer Medizinalverfassung für das Königreich Baiern“, „das Organische Edikt über das Medizinalwesen im Königreich Baiern“ und „die königliche Verordnung wegen der Errichtung eines medizinischen Centralbureau's“.

#### Abbildungen

Max I. Joseph, König von Bayern. Gemälde von Josef Stieglitz (Galerie Tegernsee), Graphische Sammlungen München. Max Joseph, Graf von Montgelas, Bayerischer Minister, Lithographie von J. Fertig nach einem Gemälde „von Heuß“. Die Bilder sind dem Werk von Adalbert Prinz von Bayern über „Max I. Joseph von Bayern“ entnommen. Der Verlag F. Bruckmann in München gab die Erlaubnis zum Abdruck, wofür ihm herzlich gedankt sei.

Simon von Haberl. Die Abbildung entstammt der „Geschichte der Münchener Krankenanstalten insbesondere des Krenkenhauses links der Isar“ von Prof. Dr. Hermann Kerschensteiner. (2. Auflage, 1939.)

#### Schrifttum

Adalbert Prinz von Bayern, „Max I. Joseph, König von Bayern“, (München, 1957).

Allgemeine Deutsche Biographie (ADB), mit den Beiträgen über Maximilian Josef I. (von Heigel), Max Josef Graf von Montgelas (Heigel), Simon von Haeberl (F. Seitz) und Karl Wigand Maximilian Jacobi (Arndt).

Karl Bosl, „Die historisch-politische Entwicklung des bayerischen Staates“ in „Handbuch der historischen Stätten Deutschland“ (Stuttgart, 1965).

„Jahrbücher des Sanitätswesens im Königreich Baiern“, Band I. (München, 1810).

Hermann Kerschensteiner, „Geschichte der Münchener Krankenanstalten insbesondere des Krenkenhauses links der Isar“, (2. Auflage, München, 1939).

„Territorien-Plötz“

J. Bepf. von Wenzl, „Umriss des Lebens und der letzten Krankheitsgeschichte Dr. Simon von Haeberl's (München, 1833).

Anschrift des Verfassers:

Dr. Welther Koertling, 8 München 80,  
Pienzeneuerstraße 1 e.

**Liquirit**®  
Magentabletten

**Volle Wirksamkeit auf therap. Breite**

bei *Ulcus ventriculi* u. *duodeni*, Gastritis,  
Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

KP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889

### Bayerns vierte Landesuniversität Regensburg

#### Aufbau, Entwicklung und Struktur

Nicht nur der Größenordnung, sondern auch der Bedeutung nach gehört der Neubau der Universität Regensburg zu den hervorragendsten Bauzielen, die sich der Freistaat Bayern nach 1945 gesteckt hat. Der Erfolg hat dieses Unternehmen inzwischen auf das Eindrucksvollste gerechtfertigt. Bayerns vierte Landesuniversität hat sich in den 5 $\frac{1}{2}$  Jahren seit ihrer Grundsteinlegung am 20. November 1965 sehr schnell und rascher als geplant entwickelt.

Knapp 3700 Studenten waren an der Universität im vergangenen Wintersemester 1970/71 immatrikuliert. Das bedeutet ein Anwachsen von fast 50% gegenüber dem vorhergehenden Sommersemester 1970 mit 2500 Immatrikulierten (weitere Vergleichszahlen: WS 1969/70 2450 Studenten, SS 1969 1793 Studenten).

Falls dieser Trend anhält, was anzunehmen ist, kann bereits in einem Jahr die der ursprünglichen Planung für die Universität zugrunde gelegte Zahl von 6000 Studenten erreicht werden. Diese Planzahl wäre damit bereits in einem Stadium erreicht, in dem der Lehrbetrieb in allen geisteswissenschaftlichen Fachbereichen in vollem Umfang läuft, in den naturwissenschaftlichen Disziplinen jedoch erst in den Anfangssemestern.

In die Universitätsplanung ist jedoch von Beginn an eine mögliche Kapazitätsausweitung auf 10 000 Studienplätze einbezogen worden. Bereits in dieser Legislaturperiode wird sich die Notwendigkeit ergeben, die für die zweite Hälfte der siebziger Jahre erforderlichen Erweiterungsbauten zu planen und teilweise bereits auszuführen. Die interministerielle Baukommission hat deshalb im Februar 1971 die Universität gebeten, diesbezügliche Überlegungen anzustellen.

Wesentlichstes Ziel bei der Universitätgründung in Regensburg war es, neben der Entlastung der bestehenden bayerischen Hochschulen die Begabungsreserven der Region Regensburg mit annähernd 2 Mio Einwohnern zu erschließen. Den Absolventen der zahlreichen neuen Gymnasien in der Region mußte eine

nicht allzu entfernte Hochschule angeboten werden. Auch diese Absicht ist verwirklicht worden. Im Wintersemester 1970/71 studierten in Regensburg fast 2000 Studenten aus dem Raum Niederbayern/Oberpfalz.

Für den Grunderwerb wurden bis Ende 1970 ca. 70 Mio DM aufgewendet. Das Baugelände in Regensburg wurde seinerzeit unter mehreren zur Auswahl stehenden so ausgewählt, daß keine stadtferne isolierte Universität auf freiem Felde geschaffen zu werden brauchte, sondern Altstadt und Universität einander so zugeordnet wurden, daß eine gegenseitige Wechselwirkung möglich ist. Die Verwirklichung dieser Absicht hat die günstige Entwicklung der Universität zweifellos gefördert.

Bereits zwei Jahre nach der Grundsteinlegung konnten im Wintersemester 1967/68 die ersten Gebäude bezogen und der Studienbetrieb in der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät sowie in der Philosophischen Fakultät aufgenommen werden. Im Sommersemester 1968 folgte die Theologische Fakultät. Die Naturwissenschaftliche Fakultät konstituierte sich im Dezember 1968, mit ihr der zu ihr gehörige Fachbereich Biologie. Es folgte in den nächsten Jahren die Aufnahme des Lehr- und Forschungsbetriebs in den Naturwissenschaftlichen Fachbereichen Mathematik und Physik sowie im vorklinischen Studium; im Herbst 1971 wird der Betrieb, wenn auch noch in eingeschränkter Form, in Biologie und Chemie aufgenommen werden können. Alle nach der strukturellen Rahmenplanung festgelegten Gebäude auf dem Stammgelände werden 1974/75 betriebsfertig sein.

Am 15. Juli 1969 trat ein vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus berufener Medizinischer Beirat erstmals zusammen. Seine Aufgabe war es, Empfehlungen für die Planung und Struktur dieser Fakultät zu erarbeiten. Die Arbeit des Medizinischen Beirates ist in der Zwischenzeit so weit vorangekommen, daß ein Ideenwettbewerb für die bauliche Gestaltung des Klinikums ausgeschrieben werden konnte,

*Sinupret*<sup>®</sup>

schließt eine therapeutische Lücke

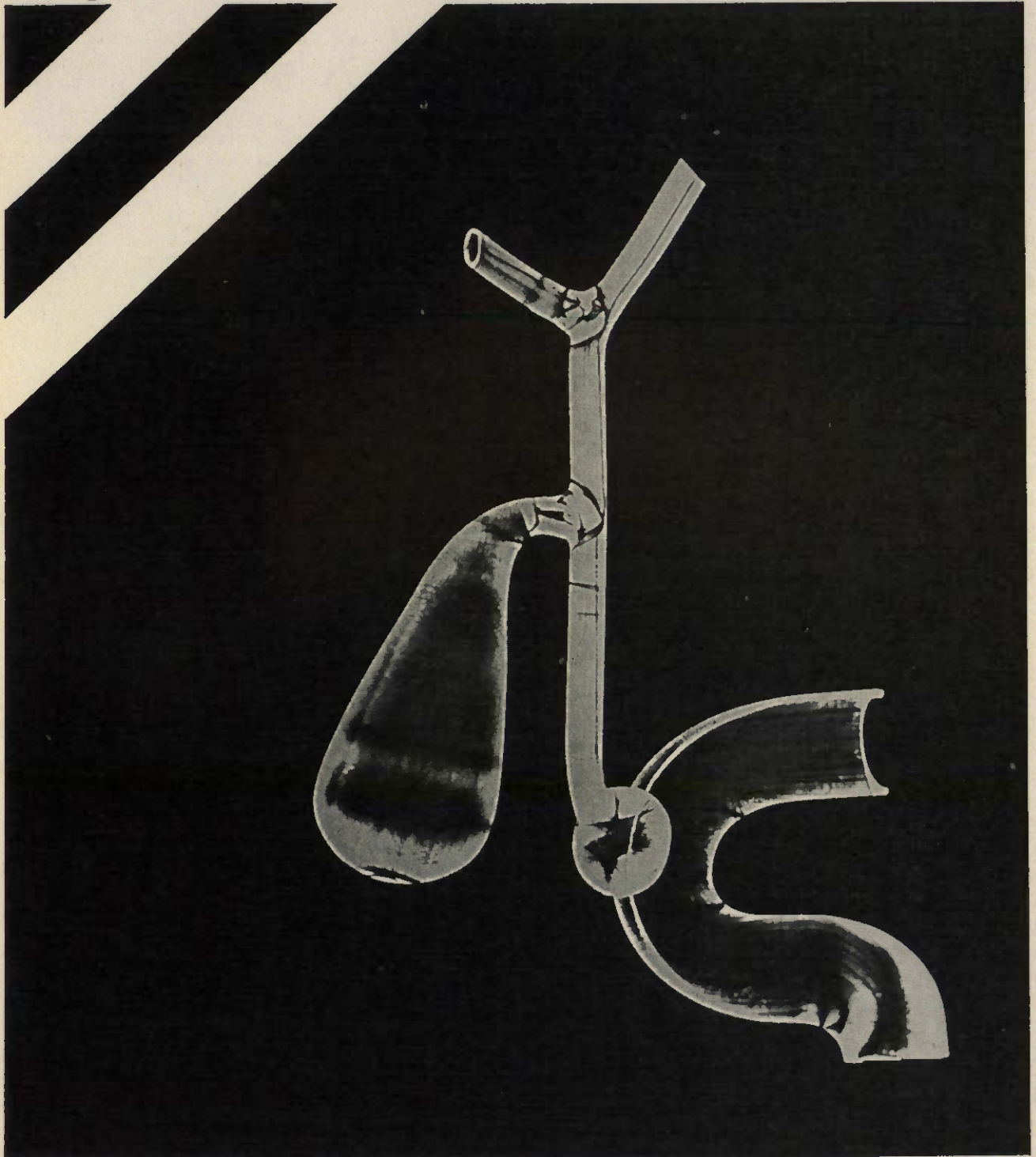
bei *Sinusitiden*

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

# Oddibil

®

**Amphocholereticum**



**Beständig .....**  
**Beständig fließt-----**  
**Beständig fließt die Galle**

# Oddibil®

## Amphocholereticum

**— und  
beständig fließt  
die Galle  
wie in  
guten Tagen**

Oddibil® regelt den Gallefluß. Als Amphocholereticum wirkt Oddibil® krankhaften Veränderungen des Galleflusses entgegen: bei Hypercholerese hemmend, bei Hypocholerese anregend. Je mehr der Gallefluß übersteigert ist, desto eindeutiger ist die Bremswirkung — und umgekehrt. Die Galle fließt durch diese amphocholeretische Wirkung beständig und gleichmäßig. Um die geringen Schwankungen des normalen Galleflusses kümmert Oddibil® sich nicht: der physiologische Gallefluß bleibt unangetastet. Diesen normativen Effekt der Cholerese-Einpendelung ergänzt eine kräftige Relaxation am Sphinkter Oddi: das Gallenvolumen kann abströmen. Jede Drucksteigerung im Gallenwegsystem wird durch diese Doppelwirkung vermieden. Oddibil®, Amphocholereticum und Sphinkter-Spasmolyticum, stellt die physiologische Exkretion sowie die normalen Druck- und Flußverhältnisse im Gallenwegsystem wieder her.

### Indikationen

schmerzhafte Gallenblasen- und Gallenwegs syndrom (Cholezystopathie) und (Cholangiopathie)  
Cholelithiasis und Choledocholithiasis  
spastisch-hypertonische und hyperkinetische Dyskinesien  
hypertonische Stauungsgallenblase  
Dyscholie, vor allem Hypercholie mit schmerzhaften Stauungsbeschwerden  
Verdauungsstörungen durch unregelmäßigen Gallefluß

### Kontraindikationen

Keine; in zahlreichen tierexperimentellen und klinischen Prüfungen erwies sich Oddibil® bislang als atoxisch

### Zusammensetzung

je Dragée 250 mg wäßriger Auszug aus Fumaria officinalis, sprühgetrocknet

### Dosierung

Die Dosierung ist verschieden, je nachdem ob es sich um akute oder chronische Zustände handelt:

#### Akute Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Gallenkolik durch Gallensteine, biliärer Migräneanfall:  
4–6 Dragées auf einmal.

#### Chronische Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Oberbauchschmerzen durch Gallensteine, biliäre Migräneanfälligkeit:  
4 Dragées täglich; d.h. je 1 Dragée vor den Hauptmahlzeiten und 1 Dragée vor dem Schlafengehen.

Die Dauer der Verabreichung von Oddibil® wechselt je nach dem klinischen Zustand und erstreckt sich von zwei Wochen bis zu 2–3 Monaten. Die gute Verträglichkeit von Oddibil® gestattet erforderlichenfalls hohe Tagesdosen (6–8 Dragées) oder Kuren von mehrmonatiger Dauer.

**A. Dienenhofen KG**  
**Bonn-Bad Godesberg**

# Oddibil®

dessen Ergebnisse im Sommer 1971 vorliegen sollen. Die Planungen sehen die erste Ausbaustufe des Klinikums für Anfang 1978 vor.

Die Universität Regensburg darf als relativ „preiswerte“ Universität gelten. Die für die Universität (ohne Medizin) 1964 geschätzten Baukosten von rund 450 Mio DM werden nicht wesentlich überschritten werden, wenn man die außerordentlichen Verteuerungen auf dem Baumarkt gerade in der letzten Zeit berücksichtigt; sie werden bei etwa 500 Mio DM liegen. (Einige Kostenzahlen für verschiedene Gebäude und Institute: Recht und Wirtschaft 20,4 Mio, Mathematik 5,9 Mio, Physik 24,7 Mio, Erschließungskosten insgesamt 35,8 Mio, Sammelgebäude 19 Mio, Mensa 10,5 Mio, Vorklinische Einrichtungen 28,8 Mio, Heizwerk 7 Mio DM.) Parallel zu den steigenden Studentenzahlen vergrößerte sich der Personalkörper der Universität. Rund 1100 Planstellen standen der Universität Ende 1970 zur Verfügung; im Doppelhaushalt 1971/72 werden rund weitere 400 Stellen, darunter 19 Lehrstühle, hinzukommen. In Kürze wird an der Universität Regensburg der hundertste Lehrstuhl besetzt werden.

Die organisatorische Struktur der Universität, für die der von Staatsminister Dr. Ludwig Huber im Mai 1965 eingesetzte Strukturbeirat Vorschläge erarbeitet hatte, ist gekennzeichnet durch die Untergliederung der herkömmlichen Fakultäten in überschaubare Fachbereiche mit maximal 15 bis 20 Lehrstühlen. Den Fachbereichen wurde die bisher von den Fakultäten sowie von den Instituten und Seminaren wahrgenommenen Aufgaben übertragen. Die Bereitstellung der Sach- und Personalmittel erfolgt — abgesehen von einer Grundausstattung für jeden Lehrstuhl — an die Fachbereiche. Die Fakultäten wurden jedoch als Verwaltungseinheiten zur Koordinierung gewisser Aufgaben der Fachbereiche beibehalten.

Eines der wichtigsten Merkmale dieser modernen Universität ist die Auflösung der starren Grenzen zwischen den einzelnen Universitätsinstitutionen und stattdessen die Betonung gemeinsamer Lehr- und Forschungsaufgaben mit dem Ziel einer interdisziplinären Verflechtung, sowie die Kooperation fachlich einander nahestehender Lehrstühle. Der besonderen Struktur der Universität wird durch die Einrichtung eines völlig neu geordneten einheitlichen Bibliothekswesens Rechnung getragen. An die Stelle der herkömmlichen Seminar- und Institutsbibliotheken sind zentrale

Präsenzbibliotheken getreten, die allen Studierenden in gleicher Weise zugänglich sind. Die Fachbereichsbibliotheken werden einheitlich verwaltet, sie gehören organisatorisch ebenso zur Universitätsbibliothek wie der zentrale Ausleihbestand. Insgesamt umfaßt die Universitätsbibliothek Regensburg derzeit 942 828 Buchbände und Dissertationen. An laufenden Zeitschriften werden gegenwärtig 5500 gehalten. Von 1964 bis 1970 wurden nahezu 23 Mio DM für Bucherwerb aufgewendet. Mit einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage werden die Katalogisierung und der Katalogausdruck bewältigt.

Die seit Mai 1970 im Aufbau befindliche Universitätsbibliothek Augsburg hat sich aus Rationalisierungsgründen den Bearbeitungsverfahren der Universität Regensburg, insbesondere in der systematischen Signaturenvergabe und im Ablochschemata für die Titelverfassung, angeschlossen. Auf diese Weise konnte sie die in Regensburg geleistete Arbeit für ihre Buchzugänge mit sehr geringem Eigenaufwand verwerten. Auch für den weiteren Programmausbau, speziell im Bucherwerbungssektor, soll eine Arbeitsteilung und enge Kooperation zwischen beiden Bibliotheken erfolgen.

Das Zentrum für elektronische Datenverarbeitung hat als allgemeine Dienstleistungseinrichtung der Universität Aufgaben aus den Bereichen der Wissenschaft und Verwaltung übernommen. Ebenso ist die Beschaffung von Geräten, Büromaterialien u. a. zentralisiert. Um die in letzter Zeit sehr schwierig gewordene Unterbringungssituation der Studenten schnell und unbürokratisch etwas zu lindern, hat das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus in der zweiten Jahreshälfte 1970 DM 95 000,— zur Verfügung gestellt. Das Studentenwerk wurde dadurch in die Lage versetzt, Großwohnungen anzumieten, umzubauen und nach entsprechender Möblierung als Studentenzimmer zu verwenden. In sehr kurzer Zeit konnten auf diese Weise 72 Wohnheimplätze für Studenten gewonnen werden. Von den insgesamt rund DM 121 000,— übernahm die Stadt Regensburg weitere DM 10 000,— und das Studentenwerk DM 16 000,—.

Im Sommersemester 1971 werden die großen Freisportanlagen der Universität fertiggestellt sein. 1972 wird mit der Fertigstellung der Sporthallen gerechnet. Die Kosten für diese Sportanlagen der Universität werden voraussichtlich 15,4 Mio DM betragen.

Flasche mit 20 ml 5,15 DM  
mit 50 ml 9,35 DM

# Mitchellando®

Ein in der täglichen Praxis bewährtes biologisches Tonikum und Sedativum  
bei nervösen Erregungs- und Erschöpfungs-Zuständen der Frauen

*Synthera*  
BIOLOGISCHE  
HEILMITTEL

DR. FRIEDRICHS & CO - 5630 REMSCHEID 11 - POSTFACH 110256



## Aus der Arbeit des Bayerischen Landesgesundheitsrates

### Neue Mitglieder für den Landesgesundheitsrat

Die von den CSU- und SPD-Fraktionen nominierten neuen Mitglieder für den Landesgesundheitsrat wurden vom Plenum des Landtags bestätigt. Im einzelnen handelt es sich um folgende Abgeordnete und Persönlichkeiten, die dem Landtag nicht angehören:

CSU: Frau Dr. BERGHOFER-WEICHNER, MdL, Franz von PRÜMMER, MdL, Frau Marilies SCHLEICHER, MdL, FrI. Maria WITTMANN, MdL, Dr. Walter AURNHAMMER, Neuburg/Do., Dr. Bernhard KLÄSS, Senator, Fürth, Dr. German LINS, München, Professor Dr. Georg MAURER, München, Dr. Hanns MOLL, München, Dr. Rudolf SOENNING, Memmingen.

SPD: Dr. Friedrich CREMER, MdL, Hedwig WESTPHAL, MdL, Dr. Georg OECKLER, Dr. Eduard DAVID, Dr. Norbert KRUEL.

### Förderung des Ausbaus des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes

Wie bekannt, forderte der LGR schon seit Jahren den Ausbau des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes in Bayern. Am 13. Juli 1970 behandelte der LGR in seiner ersten öffentlichen und letzten Sitzung dieser Legislaturperiode erneut dieses Thema und übergab seine Vorschläge am 13. Juli 1970 an den Präsidenten des Bayerischen Landtages. Von der Bayerischen Staatsregierung wurde bekanntgegeben, daß in Zukunft im Rahmen des Ausbauplanes der Bayerische Staat einen Zuschuß von 1 Mill. DM für den Ausbau des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes zur Verfügung stellen will.

Der Landesgesundheitsrat dankt dem Bayerischen Parlament und der Staatsregierung für das gezeigte Interesse und hofft, daß schneller als bisher vorgesehen, der weitere Ausbau vom Land Bayern gefördert wird.

### Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

Der Bayerische Städteverband begrüßt die Absicht des Bundes, sich an der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zu beteiligen und beim Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten Krankenhaussystems in der Bundesrepublik mitzuwirken. Der dem Bundesrat vorliegende Gesetzentwurf zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser werde jedoch den Kommunen nicht die dringend notwendige Hilfe bringen; ihre finanzielle Belastung werde im Gegenteil steigen.

Die Bedenken und Sorgen der Städte beruhen vor allem auf der Tatsache, daß der Bund bei der vorgesehenen Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung mit einem Drittel die Realität falsch einschätze, wenn er für dieses Drittel eine absolute Grenze von 636 Mio DM für 1972, 656 Mio DM für 1973 und 675 Mio DM für 1974 setze. Ein Krankentbett koste nämlich heute nicht DM 72 000,—, sondern über DM 100 000,—. Ferner müßten wegen der zwischenzeitlich erfolgten Ände-

rung des Gesetzentwurfs jetzt 472 000 statt 410 000 Betten finanziert werden. Die ständig steigende Bevölkerungszahl und die in bestimmten Gebieten notwendige Befriedigung eines Nachholbedarfs forderten von Jahr zu Jahr mehr Krankentbetten. Im Gegensatz zur Berechnung des Bundes betrage der jährliche Gesamtbedarf statt 1,9 Milliarden DM tatsächlich 3,3 Milliarden DM. Für 1972 würde der Bund daher nicht ein Drittel, sondern bestenfalls ein Fünftel der Kosten tragen.

Da der Bund ferner nicht bares Geld gebe, sondern nur Schuldenaufnahmen der Krankenhausträger finanziert, würden die Städte damit weiter auf den Kapitalmarkt gedrängt und seien damit von den Schwankungen des Marktes abhängig. Wenn die öffentliche Hand und damit zum erheblichen Teil die Gemeinden die Krankenhäuser der frei- und privatgemeinnützigen Institutionen künftig in vollem Umfang finanzieren sollen, hält der Städteverband es für zumutbar, daß diese Krankenhausträger auch künftig einen Teil dieser Kosten selbst tragen. Da der Bund grundsätzlich kein Krankenhaus mit weniger als 100 Betten fördern will, müßten Länder und Gemeinden diese rund 83 000 Krankentbetten allein zahlen, solange sie erforderlich sind.

### Zu wenig Geld für Krankenhaus-Neubauten

Im Sinne einer gleichmäßigen Behandlung aller Krankenhäuser sei es zwar notwendig, auch den Schuldendienst für vor 1970 aufgenommene Darlehen, sogenannte alte Last, zu berücksichtigen. Die Höhe dieser Beträge lasse jedoch befürchten, daß für den Neubau von Krankenhäusern nicht mehr genügend Geld übrig bleiben wird. Die notwendige Umschuldung müßte daher gesondert geregelt werden. Die Pflegekosten sollen zwar von den Krankenkassen getragen werden; über eine Hintertüre bleiben aber die Gemeinden weiterhin belastet. Wenn nämlich die Pflegekosten einen bestimmten Prozentsatz der einmal festgelegten Pflegesätze der Krankenkassen übersteigen, müssen Bund, Länder und Gemeinden dafür einspringen. Bei dieser Sachlage ist nach Meinung des Städteverbandes ernsthaft zu prüfen, welche Belastung sozialer ist: die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Krankenversicherung oder die Finanzierung durch allgemeine Steuern.

Die bayerischen Städte und Landkreise schießen schon heute für den Betrieb ihrer Krankenhäuser jährlich etwa 200 Mio DM zu. Der jährliche Investitionsbedarf für Krankentbetten wird auf 580 Mio DM geschätzt, die zu vier Fünfteln von Land und Gemeinden getragen werden müßten.

Der Städteverband hat das Bayerische Innenministerium gebeten, diese Bedenken bei den Beratungen im Bundesrat zu vertreten.

### **Innenminister Dr. Merk vor dem Bundesrat**

Vor dem Bundesrat gab der Bayerische Innenminister, Dr. Bruno Merk, in Bonn zum Entwurf eines Gesetzes über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze eine Erklärung ab. Bayerns Innenminister erklärte, daß die Bayerische Staatsregierung den Entwurf für ein Krankenhausfinanzierungsgesetz in der von der Bundesregierung vorgelegten Form ablehnen müsse. Bei den Ausschlußberatungen seien Änderungsvorschläge erarbeitet worden, die den Entwurf auf eine bessere Grundlage stellen.

Die neue Zuständigkeit des Bundes gibt die Chance, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, das über eine angemessene Eigenleistung des Krankenhausträgers, eine angemessene Beteiligung der öffentlichen Hand an den Investitionskosten und die Abdeckung der übrigen Kosten durch den Pflegesatz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser führt. Nach der Erklärung des Innenministers habe die Bundesregierung diese Chance vertan. Nach dem vorgelegten Konzept übernimmt die öffentliche Hand, also der Steuerzahler, die gesamten Vorhaltekosten für die Investitionen und die Instandhaltungskosten. Die Benutzer, also überwiegend die Krankenkassen, haben die Kosten der Versorgung und der ärztlichen Betreuung aufzubringen. Von dem Finanzierungsanteil, der auf die öffentliche Hand entfällt, übernimmt ein Drittel der Bund und zwei Drittel die Länder und Kommunen. Die Ein-Drittel-Beteiligung des Bundes stehe aber nur auf dem Papier. In Wirklichkeit finanziert der Bund höchstens ein Sechstel. Die Bundesregierung geht dabei von viel zu niedrigen Berechnungsgrundlagen aus.

Der vom Bund angenommene Bettenwert in Höhe von DM 72 100,— ist illusorisch. Unter DM 100 000,— könne selbst in einfachen Krankenhäusern kein Bett mehr finanziert werden. Realistisch ist ein Bettenwert von etwa DM 110 000,—.

Die vorgesehene Preissteigerung von jährlich 3% ist unreal, da die Baupreise allein im letzten Jahr zwischen 17 und 40% gestiegen sind. Bei 410 000 vorhandenen Akutbetten fehlen 50 000 Betten in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten, die der Bund aus einer Förderung ausnehmen möchte. Außerdem könne der Nachholbedarf und der verstärkte zukünftige Bedarf an Krankbetten nicht, wie die Bundesregierung meint, durch Rationalisierungsmaßnahmen aufgefangen werden. Beschränkte Finanzierungsmöglichkeiten können nicht durch Ignorieren von Tatsachen aufgefangen werden. Eine realistische Betrachtung muß von etwa 500 000 förderungsfähigen Krankbetten ausgehen. Somit ergibt sich für die öffentliche Hand ein jährlicher Finanzierungsaufwand von etwa 3,3 Milliarden DM. Der Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 650 Mio DM macht dann nur ein Sechstel aus, wenn man berücksichtigt, daß nur 85% dieses Betrages auf die Länder verteilt werden sollen und außerdem noch Mittel zur Förderung der Forschung ab-

gehen. Die minimale Beteiligung des Bundes an den Kosten der Krankenhausfinanzierung stehe im Gegensatz zum maximalen Finanzierungsumfang, den die Bundesregierung der öffentlichen Hand anlasten will. Die Finanzierung der Anlagegüter, der Instandhaltungskosten sowie der sogenannten alten Last erfordert in Bayern bei einer Bettenzahl von 90 000 und einem Bettenwert von DM 100 000,— einen jährlichen Aufwand von 680 Mio DM, von denen der Bund höchstens 110 Mio DM übernimmt. Das bedeutet, daß die Haushaltsmittel in Bayern nahezu verdreifacht werden müßten. Hinzu kommt, daß die Bundesregierung eine Erhöhung der Pflegesätze über 7,5% auf die Länder abwälzen möchte.

Die Krankenhausfinanzierung dürfe nicht isoliert gesehen werden, sondern im Zusammenhang mit den Aufwendungen der Länder für den sozialen Wohnungsbau, der Städtebauförderung, des Umweltschutzes und der Struktur- und Bildungspolitik. Die Auswirkung des Gesetzes würde sein, daß der Krankenhausbau stagniert und die optimale Versorgung der Bevölkerung mit Krankbetten gefährdet wird. Die Bayerische Staatsregierung lehnt den Entwurf für ein Krankenhausfinanzierungsgesetz in der von der Bundesregierung vorgelegten Form ab.

Die im Bundesrat vorgeschlagene echte Ein-Drittel-Beteiligung des Bundes über Finanzierungshilfen nach Art. 104 des Grundgesetzes bewirkt eine Verteilung der öffentlichen Last auf Bund, Länder und Gemeinden, die der Steuerverteilung besser Rechnung trägt, als die Vorlage der Bundesregierung.

## **Amtliches**

### **Vollzug des Jugendarbeitsschutzgesetzes Sonderaktion 1971**

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung teilt mit, daß die in den Jahren 1969 und 1970 jeweils durchgeführte Sonderaktion zur Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes in Klein- und Mittelbetrieben in diesem Jahr wiederholt wird. Darin einbezogen sind auch die ärztlichen Praxen. Die Gewerbeaufsichtsämter sind angewiesen worden, in der Zeit vom 17. Mai bis 30. Juni 1971 die Betriebe zu überprüfen. Es darf gebeten werden, hiervon Kenntnis zu nehmen.

### **Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht**

Herr Oberstlandesgerichtsrat Bruno ROMANOVSKY wurde mit Wirkung vom 1. März 1971 auf die Dauer von fünf Jahren zum 1. Stellvertreter des richterlichen Bessitzers des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

# Neu



# Essaven Gel

## Die neuartige Wirkstoff-Kombination.

Erstmalig ist es gelungen, eine Phosphatidspezialfraktion mit Heparin und Aescin zu kombinieren.

Diese speziellen Phosphatide fördern Mikrozirkulation und örtliche Durchblutung. Das bedeutet eine entscheidende Voraussetzung für die bessere Verteilung und die Wirksamkeit von Heparin und Aescin.

Umfangreiche Untersuchungen in Klinik und Praxis bestätigen: Stärkere Durchblutung, schnellere Ödemausschwemmung, gesteigerte Entzündungs- und Gerinnungshemmung, raschere Schmerzlinderung.

**Indikationen:** Venöse Durchblutungsstörungen wie Krampfadern, schmerzende, müde Beine, nächtliche Wadenkrämpfe, oberflächliche Thrombophlebitiden und Besenreiser, Blutergüsse und Schwellungen nach Verstauchungen und Prellungen; Sportverletzungen. **Kontraindikation:** Keine.

**Zusammensetzung:** 100 g Gel enthalten Aescin 1g, Heparin-Natrium 10000 I.E., EPL-Substanz 1 g. 40 g DM 5,95, 100 g DM 10,95 (Apoth. Verk. Preis m. Mwst.)



## Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 24. April 1971 für die Quartale I–IV/1971 folgende Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 30. Juni 1965 (BayÄBl. 1965/546) in der Fassung der Änderungen vom 26. März 1966 (BayÄBl. 1966/343) und vom 27. April 1968 (BayÄBl. 1968/437) beschlossen:

„Die anerkannten Honorarforderungen der Kassenärzte werden auf Bezirksstellenebene nach Maßgabe der von den RVO-Kassen entrichteten Gesamtvergütungen sowie der im Fremdkassenabrechnungsverkehr für bezirksfremde RVO-Kassen eingehenden Beträge bezahlt. Für die Honorarverteilung sind die Bestimmungen der mit den bayerischen RVO-Kassen abgeschlossenen Gesamtverträge und die vereinbarten „Grundsätze für die Berechnung der kassenärztlichen Gesamtvergütung“ maßgebend.“

München, 26. April 1971

Dr. Völlinger  
Vorstandsvorsitzender

### Arztausweise

An die Geschäftsstelle der Kammer gerichtete Anfragen geben Veranlassung, nochmals darauf hinzuweisen, daß durch Beschluß des Kammervorstandes vom 14. März 1970 ein Arztausweis mit fünfsprachigem Text eingeführt worden ist. Er soll es dem Arzt ermöglichen, sich als solcher ausweisen zu können, da der Bundespersonalausweis und auch der Reisepaß vielfach die Fakultätsbezeichnung nicht enthalten. Der Ausweis wird von dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband auf Wunsch kostenlos ausgestellt, der dafür Antragsvordrucke bereithält.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Entschliebung vom 31. März 1971 um Veröffentlichung der nachstehenden Bekanntmachung vom 23. Dezember 1970 – Nr. III A 7 – 4/166 259 – gebeten:

## Früherfassung und Beratung blinder und sehbehinderter Kinder und Jugendlicher in Nordbayern

Für blinde und sehbehinderte Kinder ist es von entscheidender Bedeutung, daß sie nicht erst bei der Schulanmeldung erfaßt und den entsprechenden Sonderschulen zugeführt werden, sondern daß sie bereits möglichst früh die bestmögliche fachärztliche und pädagogische Förderung erhalten. Den Erziehungsberechtigten soll frühzeitig die Möglichkeit gegeben werden, sich über das Wesen und die Folgen der Blindheit oder der Sehbehinderung Aufklärung zu verschaffen. Sie sollen ferner angeleitet werden, wie sie bei der Erziehung und Unterweisung ihres Kindes, insbesondere bei blinden Kleinkindern, am erfolgreichsten vorgehen.

Bei sehbehinderten Kindern und Jugendlichen erfolgt die Überweisung in die Sonderschule für Sehbehinderte erfahrungsgemäß leider erst dann, wenn die schulischen Leistungen merklich abnehmen oder die Berufswahl notwendig wird. Nicht selten sind diese Kinder und Jugendlichen nervös, unsicher und physisch und psychisch gestört, weil sie den Anforderungen der Normalschule in ihrer optischen Leistungsfähigkeit nicht gewachsen sind.

Um diesen schädlichen Entwicklungen bei schulpflichtigen Kindern entgegenzuwirken und um bei noch nicht schulpflichtigen Kindern den Eltern behilflich zu sein, wurde bereits im Jahre 1959 eine Beratungsstelle an der Bayerischen Landesschule für Blinde in München, Maria-Ward-Straße, eingerichtet. Neben dieser auch weiterhin fortzuführenden Beratungsstelle hat nunmehr auch die Blindenanstalt Nürnberg e. V., 8500 Nürnberg, Kobergerstraße 34 (Straßenbahnhalte-



**sichere  
Prophylaxe  
bewährte  
Therapie!**

ROWA-WAGNER K.G. 506 BENSBERG

**ROWACHOL®**

**bei  
Leber- u. Gallenleiden  
Gallensteinen**

#### Handelsformen

Tropfen: 5 ml 3,50, 10 ml 6,75, AP 100 ml  
Kapseln: 30 St. 3,50, 50 St. 4,95, AP 500 St.  
comp.: 10 ml 6,75

Spasmo-Rowachol-Supp.: 5 St. 4,20, 25 St. 16,95

stelle Krelingstraße der Linie 9) eine Beratungsstelle für die vorschulische, schulische und berufliche Ausbildung blinder und sehbehinderter Kinder und Jugendlicher in Nordbayern errichtet, die mit den Universitäts-Augenkliniken in Erlangen-Nürnberg und Würzburg sowie mit den Behörden der Arbeitsverwaltung in Nordbayern zusammenarbeitet.

Die Beratungsstelle kann (ausgenommen die üblichen Schulferien und Feiertage) täglich in Anspruch genommen werden, wobei eine schriftliche oder telefonische Anmeldung (09 11/533521) erwünscht ist.

Es wird empfohlen, die Beratungsstellen möglichst frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

### Schweigepflicht des Praxispersonals

Die Strafbestimmung des § 300 StGB gilt für den Fall der unbefugten Offenbarung eines fremden Geheimnisses auch für die berufsmäßigen Gehilfen des Arztes in Ausübung ihres Berufes. Der Arzt ist nach § 2 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 verpflichtet, „seine Gehilfen und die Personen, die zur Vorbereitung für den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten“. Um dieser Pflicht zu genügen, dürfte es nicht ausreichen, diese Verpflichtung durch einen Vermerk im Arbeitsvertrag festzuhalten. Es empfiehlt sich vielmehr, daß sich der Arzt von seinem Personal die durch ihn erfolgte Belehrung schriftlich bestätigen läßt. Hierfür wird die nachstehende Erklärung vorgeschlagen:

#### „Erklärung

Mir ist bekannt, daß ich verpflichtet bin, über alles, was mir bei Ausübung meines Berufes anvertraut oder bekanntgeworden ist, jedermann gegenüber Stillschweigen zu bewahren. Ich weiß, daß meine Schweigepflicht sich auch darauf erstreckt, daß eine bestimmte Person in ärztlicher Behandlung ist oder war. Hierüber, sowie über die zivilrechtlichen und strafrechtlichen Folgen einer Verletzung der Schweigepflicht

wurde ich heute von Herrn Dr. med. ... eingehend belehrt.

Ort und Datum

Unterschrift der Hilfsperson“

## Rechtsfragen

### Unterlassene Hilfeleistung

Die Frage, wann sich (insbesondere) ein Arzt einer „unterlassenen Hilfeleistung“ (§ 330 c StGB) schuldig gemacht hat, wird in Rechtsprechung und Literatur immer wieder unterschiedlich beurteilt.

Gegenüber verschiedenen Verlautbarungen der jüngeren Zeit kann nach wie vor die Rechtsauffassung betont werden, die BÖSCHE in „Ärztliche Mitteilungen“ 1956/263 unter der Überschrift „Jeder Arzt muß sofort kommen“ dargelegt hat. Danach besteht zivilrechtlich kein Kurierzwang für den Arzt und strafrechtlich stellt § 330 c StGB keine spezielle Strafnorm gegen Ärzte dar. Der Arzt muß die Entscheidungsfreiheit besitzen, den Umfang seiner ärztlichen Behandlungspflicht im Unglücksfall selbst zu bestimmen; in einem eventuellen Strafverfahren muß das Gericht diese Entscheidung des Arztes auf der Basis „ex ante“ würdigen.

Das nachstehend wiedergegebene Urteil läßt den Umstand entscheiden, daß eine Pflicht zur Hilfeleistung dann entfällt, wenn sie zu dem Zeitpunkt, wo der Arzt zu Hilfe gerufen wird, objektiv nicht mehr erforderlich ist.

**Urteil des Amtsgerichtes Friedberg vom 4. Februar 1971 (Az: Cs 366/70) — rechtskräftig:**

Aus den Gründen:

...  
Der Angeklagte wurde gegen 14.45 Uhr in A. von dem Bademeister B. und dem Angehörigen der Wasserschutz, C., hastig und aufgeregt um ärztliche Hilfe gebeten mit der Begründung, daß draußen im Freibad



**strath labor  
gmbh**

## Gezielte Therapie mit Strath-Präparaten

Bei ● Polyarthritiden  
● Spondylosen  
● Arthrosen  
● Psoriasis  
● Acne vulgaris

und ähnlichen Erkrankungen beweist das Präparat **c 35-strath®**

seine hervorragende Wirksamkeit auch in hartnäckigen Fällen immer wieder.

c 35-strath® ist das nach seiner Zusammensetzung therapeutisch am breitesten einzusetzende Präparat der Strath-Therapie. Es enthält biologisch umgesetzte *Torula-utilis*-Hefe nach Vergärung mit *Radix Bryoniae*, *Fucus Vesiculosus*, *Bulbus Colchici*, *Stigmata Madais*, *Herba Rhois toxicodendri*.

Ärztemuster und ausführliche Unterlagen über Strath-Therapie und Strath-Verfahren erhalten Sie auf Anforderung durch die wissenschaftliche Abteilung der

**Strath-Labor GmbH**

Pharmazeutische Präparate, 8405 Donaustauf, Strathstraße 5-7, Postfach 18

# UNRUHE

## INDIKATIONEN:

Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen. Schlafstörungen.

## ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminaphenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

## KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

## HANDELSFORMEN:

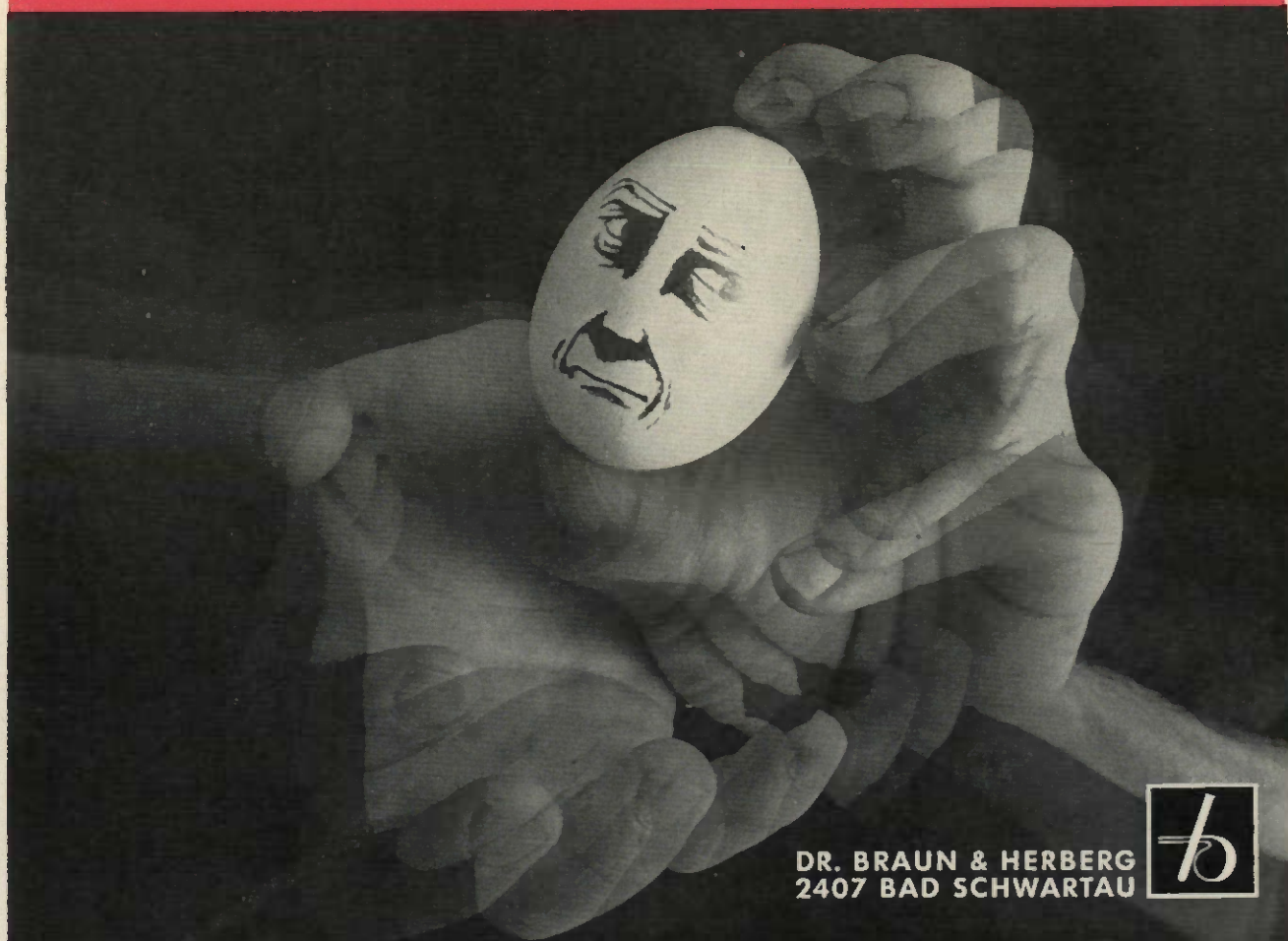
OP zu 50 Dragées.

**Verschreibungspflichtig**

**Preis: DM 2,95 lt. A.T.**

# NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG  
2407 BAD SCHWARTAU



## Brief aus Bonn

am Beckenrand ein Mann liege und keine Luft mehr bekomme. Der Angeklagte habe die beiden Männer mit dem Hinweis abgewiesen, daß er keinen Bereitschaftsdienst habe. Dabei sei ihm bekannt gewesen, daß bei Badeunfällen höchste Eile geboten sei, besonders, wenn der Hilfsbedürftige um Luft ringe. Der Hilfsbedürftige X. sei nach Durchtauchen des Schwimmbades außerhalb des Wassers zusammengebrochen. Sein Leben habe nicht mehr gerettet werden können. Es habe sich auch nicht feststellen lassen, daß X. noch am Leben gewesen wäre, wenn der Angeklagte die gebotene Hilfe geleistet hätte.

Ein Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung nach § 330 c StGB konnte dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden.

Der Angeklagte läßt sich folgendermaßen ein: Bei seiner polizeilichen Vernehmung habe er zu sagen vergessen, daß er selbst damals gar nicht in der Lage gewesen sei, so rasch Hilfe zu leisten wie der diensthabende Arzt. Er sei damals mit einer Reparatur seines Fahrzeuges beschäftigt und ziemlich verschmutzt gewesen. Auch sein Anzug sei nicht entsprechend gewesen. Er hätte sich auf jeden Fall zunächst gründlich die Hände waschen müssen. Seine Überlegung sei gewesen, daß der zuständige Arzt rascher an der Unfallstelle sein könne als er. Im Bewußtsein, daß er selbst nicht so rasch helfen könne wie der Bereitschaftsarzt, habe er die beiden Zeugen B. und C. an diesen verwiesen. Er habe die Hilfeleistung nicht aus Bequemlichkeit abgelehnt. Später habe er dann als damals allein zuständiger Leichenschauer den Leichenschauschein ausgestellt und den Todeszeitpunkt für 14.40 Uhr festgestellt.

Aufgrund der eidlichen Aussagen des Zeugen D. steht fest, daß als Todeszeitpunkt des verstorbenen X. im Leichenschauschein der 11. Juli 1970 um 14.40 Uhr festgestellt worden ist.

Ob dieser Todeszeitpunkt zutreffend war, kann heute nicht mehr geklärt werden. Nachdem aufgrund der polizeilichen Ermittlungen die Zeugen B. und C. beim Angeklagten gegen 14.45 Uhr vorgesprochen und diesen um Hilfe ersucht hatten, muß davon ausgegangen werden, daß X. zu diesem Zeitpunkt bereits tot war. Jedenfalls kann dies aufgrund des festgestellten Todeszeitpunkts um 14.40 Uhr nicht widerlegt werden. Eine ärztliche Hilfeleistung war deshalb zu diesem Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so daß eine Pflicht zur Hilfeleistung entfällt (vgl. DREHER StGB, 31. Aufl., § 330 c Anmerkung 1 Ba).

Der Angeklagte mußte deshalb freigesprochen werden.

Rechtsanwalt Poellinger, München

Das Inhaltsverzeichnis für 1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

Der Bürger wird mit einer Flut von Steuerreformplänen überschwemmt. Selbst dem Sachkundigen fällt es schwer, die Übersicht zu behalten. Es wird also Zeit, die Spreu vom Weizen, das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen. Alle Pläne, über die gegenwärtig berichtet wird, zielen auf das Jahr 1974. Vor diesem Termin wird es mit Sicherheit keine Steuerreform geben. Das bedeutet freilich nicht, daß davor auch jede Steuererhöhung ausgeschlossen wäre. Eher ist mit dem Gegenteil zu rechnen. Mit ziemlicher Sicherheit wird man davon ausgehen können, daß die Mineralölsteuer schon zum 1. Januar 1972 um drei bis zu fünf Pfennig angehoben wird. Der Autofahrer soll also zur Kasse gebeten werden. Auch Branntwein und die Zigaretten dürften schon von 1972 an teurer werden. Das gilt im Kabinett praktisch als beschlossene Sache. Ins Gespräch ist auch schon die Mehrwertsteuer geraten; die Regierung versucht, die Öffentlichkeit an den Gedanken zu gewöhnen, daß sie schon vor 1974 die Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt, von 11 auf 12% heraufsetzen muß. Für einen solchen unpopulären Schritt wird nur der 1. Juli 1972 oder der 1. Januar 1973 in Frage kommen.

Über die genannten Steuererhöhungen wird sich die Regierung im Herbst schlüssig werden müssen, wenn sie darüber zu entscheiden hat, was alles noch bis 1973, also in dieser Legislaturperiode, gemacht werden soll und wie die Reformpläne zu finanzieren sind. Obwohl die große Steuerreform nicht vor 1974 in Kraft treten wird, sollen die Grundsatzentscheidungen über die Vorschläge der Regierung schon früher als die Beschlüsse über die Steuererhöhungen fallen. Dafür hat sich die Regierung eine Frist bis Mai gesetzt. Sie wird Mühe haben, diesen Termin einzuhalten. Das Vorziehen der Entscheidung über die Steuerreform ist aber durchaus konsequent, denn es können ja nur Steuern erhöht werden, die auch im Rahmen der Steuerreform entsprechend korrigiert werden sollen. Die Regierung sieht die Steuererhöhungen gewissermaßen als Vorschub der Steuerzahler auf die Steuerreform an. Darin liegt freilich für den Steuerzahler ein beträchtliches Risiko, denn wer weiß, ob die Verbesserungen des Steuerrechts noch kommen, wenn der Staat seinen Anteil erst einmal eingestrichen hat.

Die Frage, ob in dieser Legislaturperiode wirklich eine große Steuerreform beschlossen wird, ob es möglicherweise nur zu einer bescheidenen Reform oder gar nur zu dem einen oder anderen Steueränderungsgesetz kommen wird, ist gegenwärtig nicht zu beantworten. Die Koalition ist sich noch nicht schlüssig; vielleicht weiß man Ende Mai mehr. Es gibt in der Koalition maßgebliche Politiker, die vor einem allzu großen Elan bei der Steuerreform warnen. Dazu soll z. B. Herbert Wehner gehören. Wehner weiß um die

Schwierigkeiten; und sein Ziel ist eben der Wahlsieg der Sozialdemokraten 1973, mit dem er den sozialdemokratischen Führungsanspruch zu festigen hofft. Bei einer Steuerreform müssen zwangsläufig viele Interessen aufeinander prallen. Es gibt keine Steuerreform, die alle Steuerzahler oder auch nur eine große Mehrheit zufriedenstellen, d. h., entlasten kann. Dafür ist der Finanzbedarf des Staates zu groß. Wenn die Bezieher kleinerer Einkommen weniger Steuern zahlen sollen, so müssen schon die Bezieher mittlerer Einkommen zusätzlich belastet werden, obwohl bei diesen schon heute die Progression am härtesten zugeht. Will man auch die mittleren Einkommen schonen, so bleibt eben nichts anderes übrig, als die Mehrwertsteuer kräftig zu erhöhen, was dann von den zunächst entlasteten Beziehern kleiner Einkommen wieder als Härte empfunden wird, da die Umsatzsteuer nun einmal in dem zum Teil unbegründeten Rufe steht, eine unsoziale Steuer zu sein.

Politische Meriten, die der Wähler zu honorieren pflegt, sind also mit einer großen Steuerreform kaum zu gewinnen. Dennoch hat die Regierung die Erwartungen so hochgeschraubt, daß sie diese Reform nicht schlicht zu den Akten legen kann. Das geht schon deshalb nicht, weil sie sich nun mit einer Erbschaft vom früheren Finanzminister Strauß herumschlagen muß, der 1968 eine unabhängige Sachverständigen-Kommission zur Vorbereitung der Steuerreform eingesetzt hatte. Das Gutachten dieser Kommission unter Vorsitz des früheren bayerischen Finanzministers Eberhard liegt der Regierung nun vor. Sofort kamen die Proteste von links; und auch die Regierung hatte es eilig, sich von dem Gutachten zu distanzieren, das durchweg sehr abgewogene Vorschläge bringt. Die Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen sollen entlastet werden, und zwar durch einen höheren Grundfreibetrag, durch einen mehr als verdoppelten Arbeitnehmerfreibetrag, durch eine großzügig bemessene pauschale Abgeltung aller Aufwendungen für die Lebensvorsorge, durch die Begrenzung der Sparförderung auf die unteren Einkommensgruppen und durch einen durchgängig progressiven Tarif, der mit einem Steuersatz von 16 % beginnt. Dieser Tarif führt bei zu versteuern den Einkommensbeträgen von mehr als DM 40 000

(Ledige) und DM 80 000 (Verheiratete) zu einer höheren Belastung, die jedoch durch die Regelung für die bisherigen Sonderausgaben sowie durch höhere Kinderfreibeträge gemildert wird. Der Spitzensatz soll 55 % betragen, was keine fühlbare Mehrbelastung bedeutet, da ja die Ergänzungsabgabe entfallen soll. Vermögensteuer und Erbschaftsteuer sollen so umgestaltet werden, daß die Besitzer kleinerer Vermögen oder Erwerbe, insbesondere durch höhere Freibeträge, besser abschneiden.

Die Kommission will insbesondere die Gewerbesteuer abbauen, die in der Tat zum Anachronismus in unserem Steuersystem geworden ist. Das setzt freilich eine kräftige Erhöhung der Mehrwertsteuer voraus. Diese Verlagerung der Steuerlast ist das eigentliche Problem des Kommissionsvorschlags, da die Betriebe natürlich versuchen werden, einen Teil der Entlastungen möglichst als Gewinn zu kassieren und die Mehrbelastungen an die Verbraucher weiterzuwälzen. Diesem Problem weicht Möller aus. Er will bei der Gewerbesteuer allenfalls die Freibeträge erhöhen. Die kleineren und mittleren Betriebe werden das begrüßen, aber die Gewerbesteuer wird damit vollends untauglich als Gemeindesteuer.

Nach Möllers Konzept sollen bereits die mittleren Einkommen stärker belastet werden. Dies ergibt sich vor allem aus der beabsichtigten Umstellung bei den Sonderausgaben; diese sollen nicht mehr das Einkommen vor Anwendung des Steuertarifs kürzen, wodurch bisher die Progression gemildert wird. Durch einen Abzug von der Steuerschuld soll hier eine Nivellierung Platz greifen. Das gilt auch für die Vorschläge zum Familienlastenausgleich. Wenn man darüber hinaus berücksichtigt, daß der Spitzensatz auf mindestens 56 % angehoben, daß die Sparförderung begrenzt, die Sonderabschreibungen eingeschränkt, die Grundsteuer erhöht werden soll und auch bei der Vermögensteuer und der Erbschaftsteuer Vorschläge gemacht werden, die über die der Kommission deutlich hinausgehen, so kommt man kaum an der Feststellung vorbei, daß diese Steuerreform, falls sie Wirklichkeit werden sollte, nicht zuletzt zu Lasten der freien Berufe und anderer Selbständiger gehen wird.

bonn-mot



## Sparkassen-Giro: Konto Bequemlichkeit.

Er lebt—wir zahlen: Er hat sein Girokonto bei uns. Wenn Sie wollen, zahlen wir auch für Sie. Immer und überall. Auch wenn mal nichts mehr „drauf“ ist. Informieren Sie sich über Ihr „Konto Bequemlichkeit“.

Es ist so einfach...  
**SPARKASSE**





## Äskulap und Pegasus

### Albrecht Dürer als Reimer und Heiler

Am 21. Mai 1971 ist ein halbes Jahrtausend vergangen, seit Albrecht Dürer (1471 bis 1528) als Sohn eines Goldschmiedes zu Nürnberg geboren wurde. Seine Werke haben in den folgenden Jahrhunderten wenig nachgewirkt und haben vor allem die Poesie kaum befruchtet; sogar Goethe, der doch selbst zeichnerisch begabt war, spricht Eckermann gegenüber nur vom „großen Talente Dürers“, das ist alles. Um so abstoßender mutet uns der Rummel an, der nun anlässlich des Dürerjahres mit ihm getrieben wird. Ausstellungen über Schmuck von Dürer, der ja als Goldschmied gelernt hatte, bis zur Pop-Art und Einladungen der amerikanischen Beatniks von Oregon zu ihren Tanzvergünstungen mit der babylonischen Hure aus der Apokalypse dienen wohl kaum dem Verständnis dieses großen Meisters, höchstens vielleicht einem verklemmten, versexten und verpopten Bilde.

Albrecht Dürer war ein vielseitig begabter Mensch. So hat er auch die von Sebald Schreyer (1446 bis 1520) und dem „Erzhumanisten“ und poeta laureato Konrad Celtis (1459 bis 1508) angebahnte Verbindung der Literatur mit der bildenden Kunst durch seine Freundschaft mit Willibald Pirckheimer (1470 bis 1530) in Nürnberg zur höchsten Vollendung geführt. Beide haben in freundschaftlicher Verbundenheit wesentlich zum kulturellen Aufblühen und dem Ruhme Nürnbergs in aller Welt beigetragen, nach Dürers Eintritt in den Großen Rat der Stadt (1509) wohl auch kraft ihres Amtes, man würde heute sagen als Kulturreferenten oder als Kulturausschuß. Willibald Pirckheimer, der Dürer um zwei Jahre überlebte, hat in seiner Elegie dem toten Freunde eine ergreifende Totenklage gewidmet, die mit den Versen beginnt:

Qui mihi tam multis fueras iunctissimus annis,  
Alberte, atque meae maxima pars animae  
und ausläuft in den Gedanken: er stirbt eben nicht:

Felix interea somno requiesce beato,  
Dormit enim in Christo vir bonus, haud moritur.

Es ist kaum bekannt, daß Dürer in seinem Streben nach gegenseitiger Ergänzung von Eloquentia und Pictura uns aus den Jahren nach 1509 eine Anzahl „Reime“ hinterlassen hat, wie „Sinnsprüche“, „Von der Lebensweisheit“, „Vom Tode“ und die „Sieben Betstunden“. Wegen seiner Reimerei bekam er Streit mit dem Ratsschreiber Lazarus Spengler, der in einem Spottgedicht Dürer ermahnte, beim Malerhandwerk zu bleiben, „damit man Spott nicht mit ihm treib.“ Dürer antwortet darauf u. a.:

„Gleichwohl hab ich mir vorgenommen,  
Noch ganz und gar nicht zu verstummen,  
Daß ich was lerne, was ich nicht kann,  
Dafür straft mich kein weiser Mann.“

Am Ende dieses 1510 verfaßten Spottgedichtes auf Lazarus Spengler spricht Dürer auch von seinem Willen, Arzneikunde zu betreiben. Da die bildenden Künstler zu jener Zeit sich ex officio mit der Anatomie des menschlichen Körpers befassen mußten, so zeigt uns diese Absicht, auch wenn sie wie hier in scherzhafter Form vorgetragen wird, die große Vielseitigkeit und das rege Interesse Dürers an allen Dingen, mit denen er zu tun hatte.

„Doch will ich nicht nur Reime schreiben,  
Sondern auch Arzneikunde treiben.  
Denn wunderlich ist es zu merken,  
Wie die Arznei'n des Malers stärken.  
Drum hört, was solch ein Arzt euch lehrt,  
Viel gut' Ding', der Gesundheit wert:  
Ein kleines Tröpflein reiner Laugen,  
Ist gut zu träufeln in die Augen.  
Und wer scharf hören will und schnell,  
Der tu in die Ohren Mandelöl.  
Wer das Zipperlein los will sein,  
Der trinke Wasser, nicht starken Wein;  
Und wer will gesunde Beine behalten,  
Der soll einen Block nicht stehend spalten.  
Wer darnach alt wird hundert Jahr',  
Verzeugt, wie gut mein Ratschlag war.“



Bei Heuschnupfen

# Prospen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées  
O.-P. 100 Dragées  
O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

Wenig bekannt ist der Reime schmiedende Dürer, noch weniger der sich für die Arzneikunde interessierende und doch sollte man darum wissen, um das Genie des großen Malers ganz zu verstehen.

Zwei unserer Confrères sind von dem Leben und den Werken Dürers inspiriert worden: Heinz Schauwecker u. a. in seinen Gedichten „Schönheit“, „Mutter“ und „Melancholie“ und Max Josef Zilch in seinem Gedichte „Gedanken zum Dürerjahr 1971“. Heinz Schauwecker hat zudem in seinem Buche „Die Meister“ (Verlag Oberpfälzer Druckereien, Weiden, DM 7,50) u. a. mit seiner Erzählung „Der alte Mann von Antwerpen“ Dürer ein schönes Denkmal gesetzt. Schauwecker las diese Erzählung im Wohnstift Rathsberg am 10. März dieses Jahres unter großem Beifall der Zuhörer.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

### Mutter

von Heinz Schauwecker

Zu Albrecht Dürers Kohlezeichnung „Bildnis der Mutter“ (1514)

Du bist längst deiner Zeiten Lust und Leid entwachsen – sie haben dir gezeichnet das Antlitz – Stirn und Mund. Was alles ruht in deiner Seele Grund beschlossen – o Mutter – du sinnst, weshalb dir alles so ward aufgetragen, wie du es in vergangnen Tagen durchlebst hast. Ich hab mein Teil daran. Du schweigst – doch deine Augen reden und alles, was ich Gottes Schöpfung absehen und gestalten durfte, es spricht daraus. Hab Dank – und spür im tastend stummen Gleiten, mit dem mein Stift sich festzuhalten müht dein Bildnis, meiner Liebe Antwort, die aus des Herzens Tiefe dir entgegenblüht.

### Schönheit

von Heinz Schauwecker

Zu Albrecht Dürers Wort: Was Schönheit ist, daß weiß ich nit.

Du hast Dich drei Jahrzehnte lang bemüht, was Schönheit ist, als ein Gesetz zu finden, und Normen, Proportion dafür zu meistern. Dennoch kamst du zuletzt nur zu dem Schluß, daß man sie nicht in dürren Worten festlegen kann. Du wußtest's nicht, trotzdem du hundertfach in deinem Werk sie aufgezeigt hast und ihr leuchtendes Gesicht, trotzdem schriebst du: das weiß ich nit. Schönheit weist jedermann ein eigen Antlitz. Man kann sie nicht errechnen und ihr Maß nach Zahlen mathematisch pressen in knappe Formel, die für alle gilt. Dein Werk, das sie einfind in vielerlei Gestalt, fand sie aus deiner Seele letzten Tiefen, nicht aus Berechnung. Ihre Wunderkraft, die jedermann ergreift und fesselt, läßt sich ins Letzte nicht erklären. Dir war trotz mancher Kummernis beschieden – vielleicht liegt da ein Teil der Lösung – trotz allen Sorgen, ausgeglichener Seelenfrieden. Schönheit kennt keine sture Regel und ist nie obszön, auch wenn sie zeigt Ekstase und Verzerrung grausamer Schmerzen, bitterliches Leid. Sie kann der Ehrfurcht und des Glaubens nicht entbehren,

aufleuchtend noch in abgefallner Engel Sturz, blüht in des Frühlings holder Pracht wie in des Herbstes farbenfroher Klarheit. Du fandest sie im kleinen Rasenstück wie in der vier Apostel Hochgestalt. Dem einen strahlt sie aus der hinggegebenen Liebe einer Frau, dem anderen aus dem Wolkenzug im Abendlicht, aus sturmgepeitschter See grandioser Schau, dem Dritten aus dem Kranz, der sich um hohe Stirne flicht. Schönheit ist unvergänglich. Wo sie starb, lebt sie in der Erinnerung fort, wird nicht vergessen – Schönheit – ein Teil der Ewigkeit – bleibt unermessen.

### Melancholie

von Heinz Schauwecker

zu Albrecht Dürers Kupferstich: „Melencolia“  
Der große dunkle Engel sitzt und sinnst, das Haupt gestützt in seine Linke – vergessen schlingt der Kranz sich um die Stirn – hält seine Rechte ungenützt des Meisters Zirkel. Der Blick ist ganz in sich hineinversunken, die Augen schau in unbestimmte Ferne. Die Zeit wird zeitlos und zerrinnt. Vielfältig Werkzeug liegt umhergestreut – Sägmesser, Hobel, Hammer des Gesellen, Nägel. Die Kugel rollt nicht, Sanduhr ruht, die Glocke bleibt ungerührt, lautlos starrt alles ohne Regung. Geheimnisvoll die Quadratur des Zahlenbretts. Der kleine Unschuldengel blickt vertieft auf seine Tafel in den Kinderhänden. Der Hund schläft müde hingeduckt zu Füßen und niemand steigt die Leiter aufwärts. Vor schmalen Ufern dehnt sich weit, von keinem Windhauch angerührt die See, zum Himmel überbrückt vom Regenbogen, und eine rätselhafte Strahlensonne schickt ihren Glanz am Horizont weitem. Bedarf es noch des Drachens, daß er sein Spruchband zeigt: Melencolia? Stumm, gehüllt in schweren Hauch von Trauer, bleibt ohne Lösung jede Frage, harrt keiner Antwort jegliches: Warum.

### Gedanken zum Dürerjahr 1971

von Max Josef Zilch

Seht die Dürer-Bilder an,  
Darin die Menschen leben,  
Die vor Euch ein andres Weltbild hatten,  
Andre Sorgen, andres Denken.  
Seht die Bilder unsrer Zeit,  
Und erkennt Euch selbst und Eure Maler,  
Euer Weltbild kennt Ihr kaum,  
Euch ist Religion nur Traum und Maske.  
Seht Euch Zukunftsbilder an,  
Von denen, die ihr Bewußtsein spalten und erweitern,  
Und dann doch am falschen Weltbild scheitern,  
Und an ihrem Wahn.  
Nicht gefragt ist Albrecht Dürer,  
Denn er verkündet das reine Wort,  
Auch dort, wo sich die Geister trennen,  
Obwohl sich alle Christen nennen.  
Albrecht Dürers Welt,  
Erlitten in der Not der Kämpfe um den Glauben,  
Geformt von der Enttäuschung ohne Kind,  
Ihr kennt sie nicht, und doch ist sie die Eure auch.  
Zerstört die Welt, verändert sie.  
Dann sucht Ihr in den Trümmern  
Nach jener Kunst,  
Die informiert die Nachwelt besser als die Computer.

Die Besonderheit von **Facilus® HämotaMps**  
garantiert ein Verbleiben des Therapeutikums  
am Ort der Hämorrhoidal-Erkrankungen.

Ein Spezialmull hält die nach Einführen des HämotaMps freiwerdenden  
Wirkstoffe am Erkrankungsort fest.

**neu**

Während Suppositorien in der Tiefe des Rektums verschwinden und  
Salbe vom Erkrankungsherd weggedrückt wird, erfüllt Facilus die  
Forderungen nach

- Therapie des Hämorrhoidal-Leidens unmittelbar am Ort der Erkrankung
- voller und langdauernder Versorgung mit Wirkstoffen
- Vermeidung mechanischer Reizung der Wundflächen
- anaesthesierender, thrombolytischer, antioedematöser und antiphlogistischer Wirkung.

Es bleibt, wo es hingehört.

Verschreibungsformen: 5 und 10 Stück Facilus® HämotaMps

**Es bleibt  
wo es hingehört**



Arznei Müller Bielefeld

Zusammensetzung: Lyophilisiertes Bienengift 4,17 µg, Toxin der Lachesis muta 0,9  
nanogramm, Frischpflanzenauszüge aus Aristolochia Clemat. und Echinacea angust.  
ää 350,0 mg, Hydroxypolyäthoxydodecan 75 mg, Heparin-Natrium 150 I. E.

Die in Erstaunen setzen nur die kleinen Geister.  
 Vergebens sucht bei Dürer Ihr verlorene Gesichter,  
 Und solche mit den Masken,  
 Die Künstler ihrem Modell verpassen  
 Und ihrem Weltbild, das sie selbst nicht kennen.  
 Drum wendet Euch an Albrecht Dürer,  
 An seinen Geist,  
 Der Euch beweist,  
 Daß seine Gedanken und sein Sinnen  
 Noch immer weiterwirken,  
 In einer andren Welt,  
 Bei Menschen, die das Höhere nicht kennen wollen,  
 Und darum Fortschritt rufen,  
 Und den Gottverkündern grollen.  
 Die letzte Wahrheit blieb verborgen Dürer auch,  
 Drum malte er die vier Apostel,  
 Die man nun sehen kann im Musentempel,  
 Dort sprechen sie zu Euch,  
 Doch Euer Ohr bleibt taub,  
 Ihr seid ja manipuliert vom Trieb der Massen.  
 Wo bleibt der Maler unsrer Zeit?  
 Der jene malt, die Kriege nicht verhindern,  
 Weil sie nicht wollen,  
 Weil sie der Erdenmacht verfallen sind.  
 Wo bleibt der Maler,  
 Der das Gift der Umwelt malt in grellsten Farben  
 Und jene, die gemordet wurden von der Pille,  
 In aller Stille?  
 Wo bleibt der Maler,  
 Der die Seele noch begreift,  
 Der nicht nur Körper malt,  
 Kaum zu erkennen, grausam und bleich?  
 Wo ist der Maler,  
 Der wie Dürer wirkt;  
 Man schweigt ihn tot,  
 Weil er in sich das Erbgut Dürers trägt,  
 Als Maler, Mathematiker und Philosoph,  
 Der immer sucht das edle Maß,  
 In der Natur, im Menschen, stets aus Gott,  
 Der Das Gesetz ist,  
 Das nicht verändert werden muß,  
 Weil es in sich ist Evolution hin zum Geist,  
 Der werden ließ das All und Alles.

### Schriftsteller-Ärzte aus Franken\*

Daß viele Ärzte musikalisch sind, ist bekannt. Von Ärzten, die schriftstellern, weiß man dagegen weniger. Und so war es wohl auch ein Novum für Erlangen, als sich drei fränkische „Schriftsteller-Ärzte“ den Stiftsbewohnern von Rathsberg vorstellten.

Wie sie ihre literarische Aktivität selber charakterisieren, stellen sie diese mehr in den Dienst ihrer eigenen

Entspannung (als Feierabend-Hobby), als l'art pour l'art zu betreiben. Und was dabei herauskommt, hat nicht selten schon Krankenhauspatienten Freude bereitet — für die sie nämlich ab und zu Lesungen veranstalten.

Nun also im Rathsbergstift: Dr. Heinz Schauwecker, Berching, Dr. Alfred Rottler, Nürnberg und Dr. Robert Paschke, Emskirchen. Dr. Schauwecker hat sich schon vor Jahrzehnten im Nürnberger „Industrie- und Kulturverein“ einen Namen gemacht, wie sich der seine Kollegen einführende Erlanger Chirurg Dr. Zeus erinnern konnte. Jetzt trug er Dürer-Erzählungen und Gedichte vor, Skizzen mit echter Problematik, deren stilisierte Sprache, insbesondere Dürers Rede-weise, Altertümlichkeit evoziert. Man spürte überall eine beträchtliche sprachliche und lyrische Begabung, die dann auch ihre Wirkung nicht verfehlte.

Von ganz anderer Art die Werke Dr. Rottlers: an seinen Städte- und Landschaftsbildern glückten besonders die mit der größten Schelmenhaftigkeit, etwa „Rathsberg“ (ein schon vor 40 Jahren entstandenes Studentenlied). Oder auch schön gelungen, wie Rottler den Zauber der Stadt durch fragende Aufzählung ihrer Attribute realisiert: „Mein Nürnberg“.

Dr. Paschke schließlich las aus seinem in der Entstehung begriffenen Entwicklungsroman des Martin Sucher das Kapitel über die Abiturientenfeier des Helten und seiner Klasse. Bindung und Freiheit, Achten des verehrungswürdigen Alten und Aufbruch zu eigenem Neuen sind die Problemkreise, um die das Denken des jungen Intellektuellen geht. Dr. Paschke erzählt mit Talent, kräftiger Vorstellungskraft, stets präsentem Humor und nicht zuletzt mit moralischem Engagement. All das amüsierte und überzeugte die anwesenden Stiftsbewohner.

Für gute Zäsuren zwischen den einzelnen Vorträgen sorgten zwei Mitglieder des akademischen Musikvereins „Fridericiana“ mit vier Stücken für Cello und Klavier, von Jacques Offenbach, Diabelli, Boccherini und Beethoven.

— mms —

\*) Bericht aus dem „Erlanger Tagblatt“ vom 16. März 1971. Eine dort vorhandene Namensverwechslung, die am nächsten Tage richtiggestellt wurde, ist hier bereits korrigiert.



Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe  
 durch Spasmolyse im Genitaltrakt  
 und zuverlässige Analgesie

# Dismenol

(Perasulfamidobenzoessäure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CHEMISCHE FABRIK, Gauting bei München

**Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1971\***  
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Scharlacherkrankungen stieg im März weiter an; es wurden je 100 000 Einwohner im Februar 61, im März 78 Fälle gemeldet (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Auch die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an übrigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen, nahm zu, nämlich von 8 auf 11 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) hatte im März wieder etwa den gleichen Wert wie schon seit Beginn des Jahres. Dagegen ging, wie auch schon im Februar, die Häufigkeit von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zurück, und zwar von 34 Fällen im Februar auf 26 im März, jeweils auf 100 000 Einwohner.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Februar bis 3. April 1971 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide		Intactlose		Botulismus	
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	BT	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	422	-	-	-	7	2	53	1	3	-	-	-	1	-	1	-	40	-	2	-	-	-
Niederbayern	-	-	17	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	15	-	7	-	-	-
Oberpfalz	-	-	63	-	-	-	5	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Oberfranken	1	-	72	-	-	-	2	-	11	-	4	1	-	-	-	-	-	-	12	-	2	1	-	-
Mittelfranken	1	-	91	1	-	-	4	1	7	2	3	1	-	-	-	-	2	-	29	-	1	-	-	-
Unterfranken	-	-	47	-	-	-	10	-	12	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	82	-	-	-	12	3	10	-	1	1	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Bayern	2	-	794	1	-	-	43	6	111	4	11	3	-	-	1	-	4	-	114	-	12	1	-	-
München	-	-	143	-	-	-	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	48	1	-	-	2	-	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Augsburg	-	-	7	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	7	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
																			4					

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Hepatitis infectiosa		Mikrosporidie		Ornithose				Bangsche Krankheit		Malaria-Erkrankung		O-Fieber		Toxoplasmose		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
					Psittacose		übrige Formen											
E	ST	E	BT	E	ST	E	ST	E	BT	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	76	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	1	-
Niederbayern	30	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1
Oberpfalz	46	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Oberfranken	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10
Mittelfranken	30	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	38
Unterfranken	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Schwaben	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Bayern	264	-	1	-	1	-	1	-	1	-	2	-	4	-	5	-	-	77
München	36	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Nürnberg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>1)</sup> Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

<sup>2)</sup> „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

<sup>3)</sup> „ST“ = Sterbefälle. <sup>4)</sup> Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

# Kongresse

## Internatsfortbildung für Ärzte

vom 21. bis 25. Juni 1971 in Augsburg

**Motto:** Jeder Arzt wählt sein Programm

Drei Programme zur Auswahl, Wunschprogramm möglich.

Jeder Arzt wählt das Vormittagsprogramm. Unterlagen über „Problem“-patienten sollen mitgebracht werden. In der Ringvorlesung wird ein Thema von allen Fachdisziplinen aus besprochen.

Jeweils ein praktizierender Arzt ist als Referent oder Diskussionssteilnehmer eingesetzt.

Die Probleme der Gemeinschafts- und individuellen Praxis werden im Vordergrund stehen.

Zusätzliche Wünsche werden berücksichtigt. Grundsätzlich erfolgt Einteilung in kleine Diskussionsgruppen (bis 10 Teilnehmer) zu Vorlesungen, Demonstrationen und Diskussionen in den Augsburger Kliniken. Vertreterwünsche werden wir selbst oder über die Bayerische Landesärztekammer, soweit möglich, erfüllen.

Die Moderatoren gestalten ihr Programm nach eigenen Vorstellungen. Sie werden Ärzte der eigenen oder auch anderer Kliniken und eventuell weitere Fach- und Allgemeinärzte nach Bedarf zuziehen.

Nachmittags: Gemeinsame Ringvorlesung mit Zentralthema (z. B. Herz und Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule u. a.).

### Montag, 21. Juni 1971

Vormittag 8.30–12.30 Uhr:

**1. Programm:**  
Durchblutungsstörungen und variköser Symptomenkomplex

**2. Programm:**  
Orthopädische Demonstrationen, insbesondere Bandscheibenschaden

**3. Programm:**  
Allergie und Hauterkrankungen sowie Tests

Nachmittag 16.15–18.15 Uhr:

**Ringvorlesung:**  
Durchblutungsstörungen

Es sprechen dazu:  
Pathologe – Chirurg – Internist – Dermatologe – Angiologe – Arzt für Allgemeinmedizin

### Dienstag, 22. Juni 1971

Vormittag 8.30–12.30 Uhr:

**1. Programm:**  
Differentialdiagnose der chronischen Bronchitis und chronischen Lungenerkrankungen  
Die operative Behandlung

**2. Programm:**  
Intensivstation, das Herzversagen

**3. Programm:**  
Präventive Untersuchungen in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie

Nachmittag 15.30–18.30 Uhr:

**Ringvorlesung:**  
Vorsorgeuntersuchungen in der Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie

Es sprechen dazu:  
Gynäkologe – Geburtshelfer – Pädiater – Arzt für Allgemeinmedizin

### Mittwoch, 23. Juni 1971

Vormittag 8.30–12.30 Uhr:

**1. Programm:**  
Magen-Darm-Diagnostik und operative Therapie

**2. Programm:**  
Thoraxchirurgie

**3. Programm:**  
Kinderärztliches Symposium

Nachmittag 15.30–18.30 Uhr:

**Ringvorlesung:**  
Die Grippe

Es sprechen dazu:  
Arzt für Allgemeinmedizin – Pathologe – Internist – Kinderarzt

### Donnerstag, 24. Juni 1971

Vormittag 8.30–12.30 Uhr:

**1. Programm:**  
Pyelonephritis

**2. Programm ab 10.30 Uhr:**  
Urologie, Diagnostik, Therapie und präventive Untersuchungen in der Sprechstunde

**3. Programm:**  
Kleine Chirurgie in der Sprechstunde

Nachmittag 15.30–18.30 Uhr:

**Ringvorlesung:**  
Urologie und Nephrologie

Es sprechen dazu:  
Nuklearmediziner – Arzt für Allgemeinmedizin – Urologe – Internist

### Freitag, 25. Juni 1971

Vormittag 8.30–12.30 Uhr:

**1. Programm:**  
Demonstrationen an der Leiche, Gewinnung und Einsendung von Untersuchungsmaterial

**2. Programm:**  
Nuklearmedizinische Diagnostik

**3. Programm:**  
Medikamentöse Therapie der Herzkrankheiten

Nachmittag 15.30–18.30 Uhr:

**Ringvorlesung:**  
„Rheuma“

Es sprechen dazu:  
Pathologe – Internist – Orthopäde – Arzt für Allgemeinmedizin

### Tagungsort:

Parkhotel „Weißes Lamm“, Augsburg, Ludwigstraße 36

**Kursgebühr:** DM 50,—

**Auskunft und Anmeldung:** Sekretariat des Zentrums für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

# Internatslehrgang für Arztfrauen und Arzthelferinnen

vom 21. bis 25. Juni 1971 in Augsburg

## Montag, 21. Juni 1971

8.30 Uhr:

Eröffnung des Lehrganges

9.00–9.45 Uhr:

Das ärztliche Labor heute und morgen

9.45–12.30 Uhr:

Urinstatus einschließlich Sediment

a) medizinischer Teil

b) technischer Teil

14.00–17.00 Uhr:

Das Blutbild

17.30–19.00 Uhr:

Besichtigung der kardiologischen Sofort- und Intensivstation

## Dienstag, 22. Juni 1971

8.30–11.00 Uhr:

Diabetes-Diagnostik, photometrische Blutzuckerbestimmung

11.00–12.30 Uhr:

Sterilisation und Einweggeräte (Spritzen, Einsendeflässe, Blutsenkung u. a.)

14.00–17.00 Uhr:

Photometrische Bestimmungen (Harnstoff und Kreatinin)

17.30–19.00 Uhr:

Besichtigung der Nierendialyse

## Mittwoch, 23. Juni 1971

8.30–11.00 Uhr:

Enzymdiagnostik — Transaminasen (mit Monotest)

11.00–12.00 Uhr:

Labilitätsprobe und Elektrophorese

14.00–15.00 Uhr:

Besichtigung nuklearmedizinischer Geräte (Vorführung der Firma Siemens)

15.30–18.30 Uhr:

Besichtigung des Zentrallaboratoriums der Städtischen Krankenanstalten

## Donnerstag, 24. Juni 1971

8.30–12.00 Uhr:

Laborpraktikum

14.00–17.30 Uhr:

Abrechnungswesen

18.00–19.30 Uhr:

Besichtigung der Prosektur und des Pathologischen Institutes

## Freitag, 25. Juni 1971

8.30–9.30 Uhr:

Mitwirkung der Sprechstundenhilfe bei gynäkologischen Präventivuntersuchungen

9.30–10.30 Uhr:

Qualitätskontrolle

10.30–12.00 Uhr:

Wartung von Bestrahlungsgeräten und EKG

14.00–14.30 Uhr:

Sputumgewinnung — Präparation — Einsendung

14.30–17.00 Uhr:

Rationalisierung und Bürotechnik

**Tagungsort:**

Parkhotel „Weißes Lamm“, Augsburg, Ludwigstraße 36

**Kursgebühr:** DM 50,—

Die Kurse sind auf die Probleme der Praxis ausgerichtet.

**Auskunft und Anmeldung:** Sekretariat des Zentrums für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

## Arbeitstagung

### „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“

am 3. Juni 1971 in München

**Tagungsort:** Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München 22, Pfarrstraße 3

**Beginn:** 9.00 Uhr

Alle daran interessierten Ärzte sowie Vertreter der Sozialpartner sind zu dieser Tagung eingeladen.

**Auskunft:** Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 259 – 260

## 4. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V.

vom 18. bis 20. Juni 1971 in Bad Reichenhall

Das 4. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane findet vom 18. bis 20. Juni 1971 im Staatlichen Kurhaus Bad Reichenhall mit dem Thema „Allergie und Asthma“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. H. M i c h e l, Berlin, statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Obermedizinaldirektor Dr. O. P. S c h m i d t, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-12

## Kurs über Methoden der Lungen- funktionsanalyse für Praxis und Klinik

vom 21. bis 23. Juni 1971 in Bad Reichenhall

Vom 21. bis 23. Juni 1971 findet im Klinischen Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern/Oberpfalz ein Kurs über „Lungenfunktionsanalytische Methoden für Praxis und Klinik für Ärzte und Arzthelferinnen“ statt. Der Kurs soll in die Theorie und Praxis der heute gebräuchlichen Methoden der Lungenfunktionsanalyse einführen.

Die Kurstellnahme ist **gebührenfrei**.

Wegen der Beschränkung der Teilnehmerzahl ist umgehende Anmeldung erforderlich.

**Auskunft und Anmeldung:** OMR Dr. med. W. G ü n t h n e r, Klinisches Sanatorium Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9–12

## Kolloquium in Höhenried

am 12. Juni 1971

Am Samstag, 12. Juni 1971, 14.30 Uhr s. t., findet an der Klinik Höhenried/Starnberger See ein Kolloquium mit dem Thema „Probleme der Langzeittherapie von Herz-Kreislauferkrankten, insbesondere der Frührehabilitation nach Infarkt“ unter der Leitung von Professor Dr. med. M. J. Halhuber statt.

Anmeldungen mit Postkarte erbeten.

## Ärztliche Fortbildung im Chiemgau im Jahre 1971

**Mittwoch, 14. Juli 1971:**

Prien am Chiemsee

**Thema:** „Koronarinsuffizienz unter besonderer Berücksichtigung der  $\beta$ -Sympathikolyse“

**Referent:** Prof. Dr. Michael, München

**Mittwoch, 8. September 1971:**

Prien am Chiemsee

**Thema:** „Die Grippe im Wandel der Zeiten“

**Referent:** Prof. Dr. med. H. W. Koeppe, München

**Thema:** „Prophylaxe und Therapie mit Immunglobulinen“

**Referent:** Priv.-Doz. Dr. med. Tympner, München  
Im Anschluß an die Referate Gelegenheit zur Grippe-Schutzimpfung

**19. September bis 2. Oktober 1971:**

Mittelmeerkreuzfahrt auf M/S ISTRÄ (5500 BRT)  
gemeinsam mit der Wiener Medizinischen Akademie für ärztliche Fortbildung

**Reiseroute:** Venedig — Katakolon — Kreta — Kos — Kusadasi — Istanbul — Dikili — Piräus — Korinth — Korcula — Venedig

**Thematik:**

1. Allgemeinmedizin und Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte
2. Akute und chronische Infektionskrankheiten im Mittelmeerraum und deren Folgen; ihre allgemeinmedizinischen, stomatologischen und zahnärztlichen Aspekte
3. Information über Art und Stand der zahnärztlichen Behandlung in den Heimatländern unserer Gastarbeiter

**Wissenschaftliche Leitung:** Professor Dr. Hirsch, Traunstein, und Professor Spitzzy, Wien

Ferner Besuch von Kliniken und Krankenhäusern

27. September 1971: „Alfred-Marchionini-Symposium“ in der Universität Istanbul

**Samstag/Sonntag, 16./17. Oktober 1971:**

Bad Reichenhall

Gemeinsame Wochenendtagung mit der Salzburger Ärztesgesellschaft

**Thema:** Im Rahmen des Weltherzjahres: „Das kranke Herz“ — Diagnostik und Therapie

**Auskunft:** Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel Kronprinz, Telefon (08051) 4482

## Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München für die Jahre 1971/72

Juni 1971 (genauer Termin liegt noch nicht vor):  
„Gesundsein am Arbeitsplatz“ (Veranstaltung gemeinsam mit der Typographischen Gesellschaft München)

13. 9. — 8. 10. 1971:

A-Kurs für Arbeitsmedizin

11./12. 10. 1971:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gemeinsam mit der Bayerischen Akademie

8. 11. — 12. 11. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

29. 11. — 3. 12. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

7. 2. — 3. 3. 1972:

B-Kurs für Arbeitsmedizin

20. 3. — 24. 3. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (III)

24. 4. — 28. 4. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (IV)

5. 6. — 9. 6. 1972:

Lehrgang für Epidemiologie

18. 9. — 13. 10. 1972:

C-Kurs für Arbeitsmedizin

6. 11. — 10. 11. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

4. 12. — 8. 12. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

**Tagungsort:** München 22, Pfarrstraße 3 (Haus des Arbeitsschutzes)

Besondere Teilnahmebedingungen bestehen nicht, eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

**Auskunft:** Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84/2 59—2 60

## 4. Fortbildungskurs in oto-rhino-laryngologischer Endoskopie

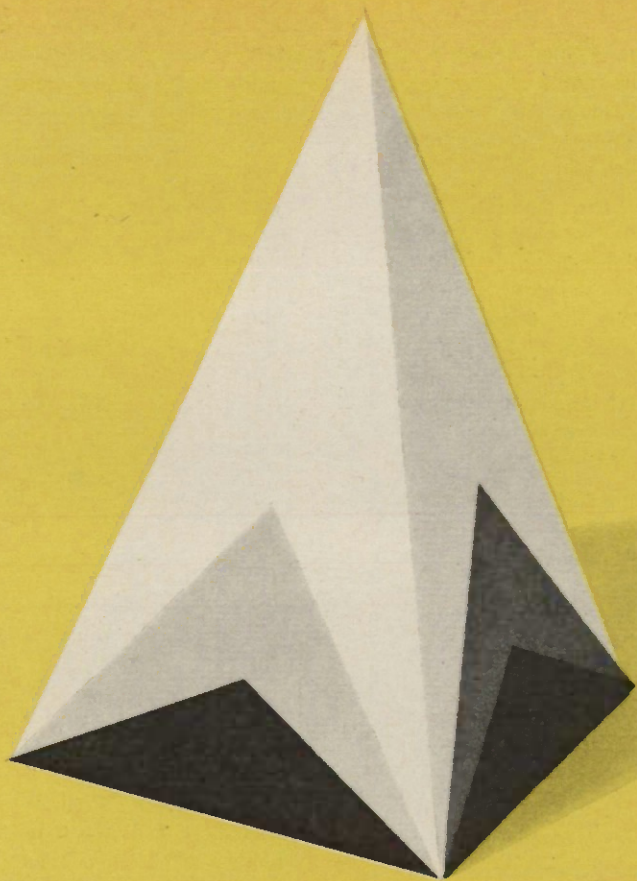
am 16./17. Juli 1971 in Erlangen

Am 16./17. Juli 1971 findet in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg der 4. Fortbildungskurs in oto-rhino-laryngologischer Endoskopie unter der Leitung von Professor Dr. Birnmeyer statt.

Anmeldung bis spätestens 21. Juni 1971.

**Auskunft und Anmeldung:** Sekretariat der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Waldstraße 1



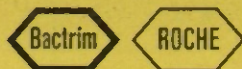


Angina,  
Sinusitis,  
Bronchitis,  
Pneumonie,  
Cystitis,  
Pyelonephritis,  
Darminfektionen

**BACTRIM**<sup>®</sup> ROCHE  
**BACTRICID**

Keimvernichtung durch  
Doppelblockade

*schnell, sicher, stark*



Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

**Packungen und Preise :**

20 Tabletten DM 18,15 m. U. St.  
20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.  
Sirup 100 ml DM 12,50 m. U. St.

Bei Verordnung neu eingeführter Pharmaka ist die kritische Konsultation der Basisdokumentation in Zweifelsfällen unerlässlich. Auch ROCHE-Mitarbeiter sind auskunftsbereit.

## Mitteilungen

### Erfolgreiches Geschäftsjahr 1970 für die Vereinigte

#### Neuartiges Tarifangebot „Vorsorge-Programm 100 %“

Die Vereinigte Krankenversicherung AG, Vertragspartner fast aller Ärztekammern in der Bundesrepublik, verzeichnete 1970 ein überdurchschnittliches Wachstum. Nach den vorliegenden Zahlen erhöhte sich das Beitragsvolumen von 443 auf 509 Mill. DM (einschließlich der Tochter „Salus“). Mit dieser Steigerung von 14,9 % (Vorjahr 12,3 %) blieb das Unternehmen nicht unerheblich über dem Branchendurchschnitt von rund 10 %. Der Versicherungsbestand nahm von 1,78 auf 1,84 Millionen zu.

Wie die Gesellschaft weiter mitteilt, hat das neue Tarifwerk „Vorsorge-Programm 100 %“ auf dem Markt eine gute Resonanz gefunden. Dem Versicherten bietet das Vorsorge-Programm, das Anfang des Jahres eingeführt wurde, folgende Garantie:

Volle Kostendeckung für Krankenhaus und Operation in der 1. oder 2. Klasse (bei gleichem Beitrag) ohne jede Kostenbeteiligung durch den Patienten. Für den Fall, daß in der Sonderklasse vorübergehend kein Bett frei sein sollte, werden in der 3. Pflegeklasse neben den Kosten zusätzlich 30,- DM Krankenhaustagegeld gezahlt. Auf Wunsch kann ferner eine prozentuale Kostenerstattung (60, 70 und 80 %) zu entsprechend niedrigerem Beitrag vereinbart werden.

Volle Kostendeckung für ambulante Heilbehandlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arzneimittel usw. Der Beitrag richtet sich nach der Höhe der gewählten Selbstbeteiligung (von DM 100,- bis DM 2000,- pro Person und Jahr); auch hier kann eine prozentuale Kostenerstattung (60, 70 und 80 %) vereinbart werden.

Außerdem: 75 %ige Erstattung aller Kosten für Zahnbehandlung sowie

50 %ige Erstattung aller Kosten für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen. Dabei sehen die Gesamtleistungen keine Begrenzungen durch Jahreshöchstsätze vor.

Für einen derartigen Versicherungsschutz (DM 100,- Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung, 100 %ige Kostenerstattung in der Sonderklasse, zusätzliche Kostenerstattung für zahnärztliche Behandlung) würde z. B. ein 42jähriger DM 92,60 im Monat zahlen. Ein Angestellter hätte nach Abzug des Arbeitgeberanteils nur DM 46,30 selbst aufzubringen.

Für Beamte enthält das „Vorsorge-Programm 100 %“ eine spezielle Variante: Der Versicherungsschutz kann so kombiniert werden, daß die Krankheitskosten unter Berücksichtigung der Beihilfe voll gedeckt sind. Ferner haben auch Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen die Möglichkeit, im Krankenhaus ohne jede Selbstbeteiligung als Privatpatient alle Kosten für die 1. bzw. 2. Klasse einschließlich Operation zu erhalten, die die gesetzliche Krankenkasse nicht erstattet.

Die Gesellschaft weist darauf hin, daß das neue Tarifpaket trotz seiner vielseitigen Gestaltungsmöglichkeiten und individuellen Anpassungsfähigkeit klar, übersichtlich und unkompliziert gegliedert ist.

#### Die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1971

Der Wert der Sachbezüge ist für Zwecke der Sozialversicherung für jedes Jahr neu festzusetzen. Für das Kalenderjahr 1971 erfolgte diese Neufestsetzung durch „Verordnung über die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge in der Sozialversicherung vom 16. Dezember 1970“ (GVBl. S. 649).

Danach bemißt sich der Wert der vollen freien Station (einschließlich Wohnung, Heizung und Beleuchtung) im Jahre 1971 nach folgenden Sätzen: für Angestellte in gehobener oder leitender Stellung sowie Beschäftigte mit Diensten höherer Art

In Gemeinden unter 50 000 Einwohner mtl. DM 210,-	In Gemeinden über 50 000 Einwohner mtl. DM 222,-
---	--

für Personen in Berufsausbildung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für Lehrlinge

In Gemeinden unter 50 000 Einwohner mtl. DM 138,-	In Gemeinden über 50 000 Einwohner mtl. DM 159,-
---	--

für alle übrigen Arbeitnehmer

DM 168,-	DM 180,-
----------	----------

Bei nur teilweiser Gewährung von freier Station sind von diesen Beiträgen anzusetzen für:

Wohnung (einschließlich Heizung und Beleuchtung)	3/10
Frühstück	2/10
Mittagessen	3/10
Abendessen	2/10

Wird die freie Station nicht nur dem Arbeitnehmer allein, sondern auch seinen Familienangehörigen gewährt, so erhöhen sich die vorgenannten Sätze

für den Ehegatten	um 80 v. H.
für jedes Kind von mehr als 6 Jahren	um 40 v. H.
für jedes Kind bis zum 6. Lebensjahr	um 30 v. H.

Zusammen mit der Festsetzung des Wertes der freien Station wurden auch die Deputate in der Land- und Forstwirtschaft neu bewertet.

Diese mit Verordnung vom 16. Dezember 1970 für das Kalenderjahr 1971 festgesetzten Werte gelten auch dann in der genannten Höhe, wenn in einem Tarifvertrag, einer Betriebsvereinbarung oder in einem Arbeitsvertrag höhere oder niedrigere Werte festgesetzt sind. Sie gelten in der genannten Höhe auch dann, wenn anstelle der vorgesehenen Sachbezüge, die bei einem Tarifvertrag, einer Betriebsvereinbarung oder in einem Arbeitsvertrag festgesetzten Werte nur gelegentlich oder vorübergehend ber. ausgezahlt werden. —alpe—



# - LIQUID .c. Rutin

Rein phytologisches Cardiotonicum  
für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens

**O.P. Tropfflasche zu 30 ml**

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

## Buchbesprechungen

J. Bu'Lock: „**Biosynthese bei Naturstoffen**“ — eine Einführung in den Sekundärstoffwechsel. 162 S., 88 Tab., kart., DM 19.—. Bayerischer Landwirtschafts Verlag, München.

Das vorliegende Buch aus der Serie „Moderne Biologie“ vermittelt eine Einführung in den Sekundärstoffwechsel. Es wird ein Überblick über die Herkunft einer großen Anzahl wichtiger Verbindungen wie Alkaloide, Antibiotika, Terpene usw. gegeben. Die Naturstoffchemie erlebte einen großen Aufschwung, als in den 50er Jahren die Isotopenmarkierungsmethode eingeführt wurde. Nun war es möglich, die Biosynthese sekundärer Verbindungen experimentell in intakten biologischen Systemen zu studieren.

Nach einer kurzen Einführung in das Arbeitsgebiet geht der Verfasser in den weiteren Kapiteln auf die verschiedenen Gruppen von Naturstoffen im einzelnen ein. Dabei wird vom Leser aufmerksames Mitdenken verlangt, wenn der Zusammenhang des Verständnisses gewahrt werden soll. Dafür wird man nach der Lektüre befriedigt feststellen können, neue wesentliche Einsichten erhalten zu haben.

Dr. med. K. Pollek, München

M. K. Jensen/H. Jussen: „**Leutbildung bei Hörgeschädigten**“. 216 S., 13 Abb., kart., DM 28.50. C. Marhold Verlag, Berlin.

Diese Propädeutik wendet sich an die Spracherzieher für hörgeschädigte Kinder. Das Buch besteht aus zwei Hauptabschnitten.

Im phonetischen Teil wird nach allgemeinen Betrachtungen über Sprache und Sprechen das funktionelle System der Sprachlaute beschrieben. Weiterhin erfolgt eine Einführung in die artikulatorische und akustische Realisation der kleinsten sprachlichen Einheiten: der Sprechlaute.

Im pädagogischen Teil wird zunächst auf die verschiedenen Behinderungsformen eingegangen, da Unterschiede in der Methodik des ersten Sprechunterrichts bestehen zwischen Tauben, Tauben mit Restgehör, Schwerhörigen und Spätertaubten. Die Systematik der Einzellautbildung und der Bildung der Sprechgefüge schließen sich an.

Das Buch wendet sich an einen begrenzten Kreis von Interessierten, wozu man von ärztlicher Seite HNO-Ärzte und Pädiater rechnen kann.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

C. S. So: „**Des Elektrokerdlogramm bei Herzfehlern**“. 79 S., zahlreiche Abb., Querformat DIN A 5, kart., DM 9.80. Urban und Schwarzenberg Verlag, München.

In didaktisch hervorragend gelungener Form und auf das Wesentliche beschränkt, bringt das Buch in Atlasform neben typischen elektrokardiographischen Kurven erworbener und angeborener Herzfehler die Zeichen der hämodynamischen Mehrbelastung einzelner Herzabschnitte. Auch seltenerer Kardiopathien wie die Myokardiopathie, die obstruktive Myokardiopathie, die primär pulmonale Hypertonie und die Trichterbrust werden in ihrer elektrokardiographischen Charakteristik erörtert. Dem Leser vermittelt das Buch die Kenntnis typischer EKG-Kurven bei Herzfehlern und damit die Möglichkeit, neben der Herzkontur und dem Auskultationsbefund einen weiteren Moseikstein zur richtigen Diagnose zu gewinnen. Die Lektüre ist allen Ärzten zu empfehlen, besonders, wenn sie im Rahmen von Schul- und Teuglichkeitsuntersuchungen häufig mit (noch nicht diagnostizierten) Herzfehlern konfrontiert werden.

Dr. med. Haasis, Erlangen

Priv.-Doz. Dr. Ottenjann: „**Fortschritte der Endoskopie**“. 2. Band. 305 S., 203 Abb., lam. kart., DM 148.—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Dem Inhalt dieses Bandes liegen die Vorträge zugrunde, die auf dem 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie vom 6. bis 8. März 1969 unter dem Vorsitz von Professor Huzly (Gerlingen/Stuttgart) gehalten worden sind. Wie schon den 1. Band, hat auch diesmal Privatdozent Ottenjann, Erlangen, die Herausgabe besorgt. Der Leser, der den Inhalt des 1. Bandes noch verkraften konnte, muß bei dem nun vorliegenden 2. Band nahezu kapitullieren, auch wenn ihm endoskopische Probleme vertraut sind: Der Eskalation unseres Zeitalters in der Erorschung des Weltreumes entspricht — der Vergleich sei gestattet — eine Eskalation der Endoskopie dergestalt, daß heute kein noch so verborgener Winkel des menschlichen Körpers mehr vor dem

immer länger, immer dünner, immer flexibler, immer lichtstärker, immer schartsichtiger werdenden Stielauge des Endoskopikers sicher ist. Das Fortschrittliche und die Wichtigkeit dieser Bemühungen soll keineswegs bestritten werden, aber die rasch zunehmende Auffächerung der Endoskopie treibt naturnotwendig (wie die Medizin überhaupt) in eine immer weitergehende Spezialisierung mit allen ihren Vor- und Nachteilen, die zu diskutieren hier natürlich nicht der richtige Ort ist.

Eine Art einleitendes Grundsatzreferat von Elster („Der Pathologe als Partner in der Endoskopie“) ist so etwas wie eine Klammer, die die Vielfalt der folgenden 44 in 6 Gruppen gegliederten Einzelbeiträge mühsam zusammenhält. Im übrigen mag es dem Referenten erleubt sein, die verhältnismäßig konventionellen Beiträge, so hervorregend und perfekt sie zumeist sind, zurückzustellen und sehr subjektiv aus der Fülle des Gebotenen einiges herauszugreifen, was mehr oder weniger neu oder besonders bemerkenswert erscheint. An neueren Methoden seien die Endoskopie des Herzens und der Arterien, die Transkonioskopie (als Routinemethode in der laryngologischen Diagnostik), die Duodenoskopie mit ihren verheißungsvollen Aspekten und die Fiberkolonoskopie erwähnt. Aus dem urologischen Bereich verdient ein Beitrag über die transuretrale elektrische Lithotripsie besonders genannt zu werden. Im übrigen finden sich viele weitere Beiträge über verschiedene technische, optische, fotografische und Televisionsverfahren und -probleme aus allen Bereichen der endoskopischen Diagnostik und zum Teil in Verbindung mit therapeutischen Möglichkeiten (Beispiele: perorale Notfallendoskopie, Fremdkörperentfernung mit einer neuen Saugtechnik, Aminoskopie).

Das letzte Kapitel ist den umstrittenen Methoden der ambulanten gastroenterologischen Endoskopie und Biopsie gewidmet.

Diese sehr lückenhafte Aufzählung mag genügen. Insgesamt gewährt das vom Verlag Schattauer drucktechnisch wieder einmal hervorregend gestaltete Buch einen imponierenden Einblick in die nahezu schrankenlose Vielfalt endoskopischer Möglichkeiten.

Dr. Dr. R. Fischer,  
Bad Kissingen

## Kongreßkalender

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

### Juli 1971

1. – 4. 7. in Marburg:

„Medikinale '71“ (1. internationale Filmfestspiele zur Förderung des medizinischen populärwissenschaftlichen Films). Auskunft: Dr. Schreiner, Deutsches Grünes Kreuz, 3550 Marburg, Schuhmarkt 4.

4. – 6. 7. in Preßburg:

Europäisches Symposium über Stereotaktische Neurochirurgie. Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, Bratislava.

5. – 16. 7. in Berlin:

Arbeitsmedizinisches Seminar. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

12. – 19. 7. in Moskau:

XXI. Internationaler Tuberkulosekongreß der Internationalen Union. Auskunft: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 2000 Hamburg 33, Poppenhusenstraße 14 c.

19. 7. – 7. 8. in Devos:

II. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Prävention, Therapie, Rehabilitation in der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

20. – 24. 7. in Tübingen:

Symposium über glatte Gefäßmuskulatur zusammen mit der Jahrestagung der Deutschen Angiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Bletz, Physiologisches Institut der Universität, 7400 Tübingen, Gmelinstraße 5.

25. – 30. 7. in Lüttich:

17. Internationaler Kongreß für angewandte Psychologie. Auskunft: Mr. R. Piret, 47 rue César Franck, Liège.

25. – 31. 7. in München:

XXV. Internationaler Kongreß der Physiologischen Wissenschaften. Aus-

kunft: Prof. Dr. K. Thureu, 8000 München 12, Theresienhöhe 15.

### August 1971

1. – 7. 8. in Washington:

1. Internationaler Immunologiekongreß. Auskunft: Dr. M. Lendy, National Inst. of Allergy and Infectious Diseases, N. I. H., Bethesda, Md. 20 014.

3. – 5. 8. in Prag:

Satellitensymposium des 25. Physiologischen Weltkongresses über physische Leistungsfähigkeit. Auskunft: Doz. Dr. V. Selliger, Fakultät der körperlichen Erziehung und des Sportes der Karls-Universität, Praha 1, Ujezd 450.

14. – 19. 8. in Buenos Aires:

XX. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie. Auskunft: Dr. R. Segre, 1875 Rodriguez Pena, Buenos Aires.

23. – 28. 8. in Malente:

Ferienkurs über manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder. Auskunft: Dr. F. Bahnmann, 2420 Eutin, Albert-Mahlstedt-Straße 18.

23. – 28. 8. in Prag:

VII. Internationaler Kongreß über Chemotherapie. Auskunft: Dr. Zdenek Modr, Generalsekretär, Budejovická 800, Praha – Krc.

23. 8. – 4. 9. in Maren:

XIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Probleme des Fettstoffwechsels in Forschung, Klinik und Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

28. 8. – 11. 9. in Madonna di Campiglio:

10. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztlabundes im Sommerbergsteigen (Friedrich-Kurs) zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.

29. 8. – 4. 9. in Karlsruhe:

23. Therapiekongreß und Halbmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kaiserallee 30.

30. 8. – 1. 9. in Prag:

Internationales Symposium über Pharmakologie bakterieller Toxine. Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, Praha 2.

30. 8. – 5. 9. in Wien:

13. Internationaler Pädiatarkongreß. Auskunft: Prof. Dr. H. Asperger, Universitäts-Kinderklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien.

30. 8. – 11. 9. in Grado:

V. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Diagnostisch-therapeutische Probleme der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

### Balleganhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte beigefügt der Firmen:

Boehringer, Ingelheim  
Swiss-Pharma GmbH, Lörrach  
Bena-Chamia GmbH, München  
UCB-Chamia GmbH, Sindorf  
Schuck AG, Schwab

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23 66 2, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dachau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.