



## Zur Problematik der Grippeimpfung\*

von W. Hennessen

Die Problematik der Grippeimpfung ist nicht dadurch bedingt, daß die Grippe klinisch besondere Schwierigkeiten macht, sie wird auch nicht durch Probleme der Impfstoffherstellung hervorgerufen. Die Problematik der Grippeimpfung liegt vielmehr daran, daß die Kenntnisse der Epidemiologie der Grippe entweder ganz fehlen, nicht ausreichen oder aber erst zu spät zur Verfügung stehen. Dieses lückenhafte Wissen über epidemiologische Sachverhalte macht die Beurteilung der Grippeimpfung, d. h. das Messen von Erfolg oder Mißerfolg der Impfung, entweder schwierig oder gar unmöglich. In den folgenden Ausführungen wird daher der Versuch gemacht, diejenigen gesicherten epidemiologischen Zusammenhänge darzustellen, welche zur Beurteilung der Impfung notwendig sind und anhand dieser zu prüfen, welche Ergebnisse von Grippeimpfungen erzielt wurden und welche möglich erscheinen.

Die Grippe pflügt in wellenartigen Epidemien aufzutreten. Diese Wellen werden zwar qualitativ meist schnell erkannt, ihre quantitative Bedeutung aber bleibt unerkannt, da Grippe keine meldepflichtige Krankheit ist. Die Grippemortalität dagegen wird statistisch erfaßt. Die Angaben über die Grippemortalität in der BRD können daher dazu dienen, die Bedeutung der Grippe größenordnungsmäßig festzustellen. In Abbildung 1 sind für die BRD und die USA die

absoluten Zahlen der Grippetoten für einen Zehnjahresbereich wiedergegeben. Die Epidemiewellen kommen hier deutlich in ein- oder mehrjährigem Abstand zum Ausdruck. Es zeigt sich außerdem, daß die Wellen in den beiden Ländern, also diesseits und jenseits des Atlantiks, in den gleichen Jahren auftraten. Während in epidemiefreien Zeiten nur für wenige tausend Menschen als Todesursache Grippe angegeben wird, sind es in Epidemiejahren in der BRD bis zu fast 15 000, d. h. die Anzahl der Grippetoten nähert sich in solchen Jahren derjenigen der Verkehrstoten. Schließlich läßt der Vergleich der amtlichen Zahlen noch erkennen, daß unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen beider Länder die Rate der Grippetoten bei uns etwa viermal höher ist als in den USA. Warum dies so ist, kann hier nicht weiter analysiert werden. Für die Mortalität läßt sich aus dem Gesagten ableiten, daß die Grippe in Epidemiezeiten einen Anteil an der Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung hat, der sie gleich nach der Tuberkulose, d. h. an der zweiten Stelle der Infektionskrankheiten, einordnen läßt.

Die Morbidität der Grippe ist für die gesamte Bevölkerung nicht erfaßbar. Untersuchungen von MOEBEST bei der Bundeswehr lassen jedoch zumindest die Größenordnung des Grippebefalls erkennen. Sie zeigten für einen Zwölfjahreszeitraum, daß die Gesamtmorbidität der Bundeswehr dann einen Anstieg aufwies, wenn die Grippemorbidität anstieg (Abb. 2). Die Ana-

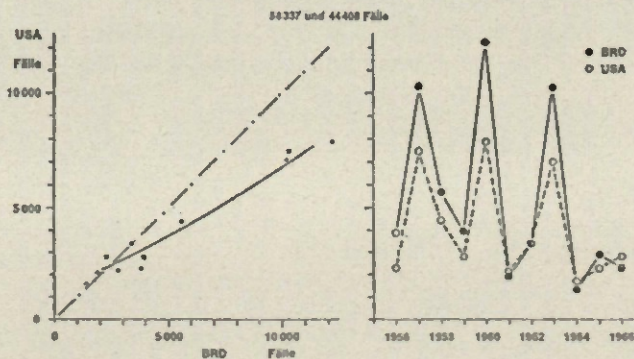


Abbildung 1

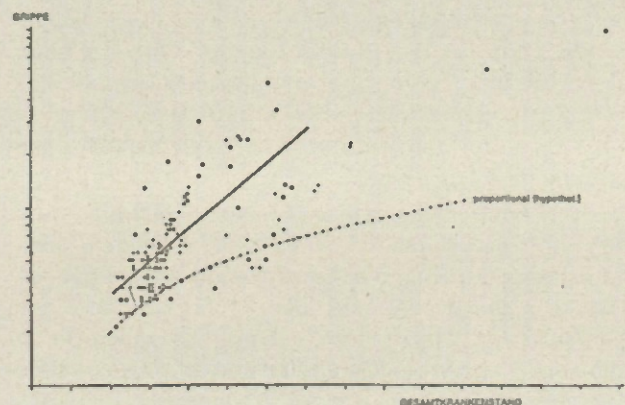


Abbildung 2

\*) Vortrag anlässlich der 46. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung am 23. Mai 1971 in Ragnsburg.

lyse dieser Zahlen ergab darüber hinaus, daß der Anteil der Grippekranken am Gesamtkrankenstand um so höher war, je höher dieser Gesamtkrankenstand anstieg. Der Prozentsatz der Grippekranken nahm überproportional zu, wenn der Gesamtkrankenstand zunahm. Die Korrelation zwischen beiden Größen ist so stark, daß sie mathematisch als kausalbedingt anzusehen ist, eine Ansicht, die MOEBEST vom Epidemiologischen her unterstreicht. Von besonderer Bedeutung ist in dieser Zusammenstellung, daß der Anteil der Grippekranken am Gesamtkrankenstand der Bundeswehr nie über 30% hinausging; nur im Jahr 1957, dem ersten Einbruch der sogenannten „Asiatischen Grippe“, stieg er bis knapp unter 50%.

Die Untersuchung dieser Verhältnisse im zivilen Bereich war uns für einen größeren AOK-Bezirk möglich (Abb. 3). Auch dabei erwies sich, daß der Anteil der

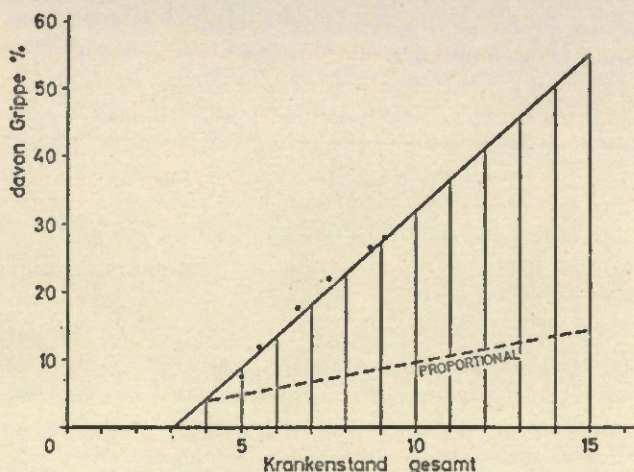


Abbildung 3

Grippekranken mit zunehmendem Krankenstand ansteigt. Auch hier ist dieser Anstieg überproportional groß. Aus beiden Untersuchungen läßt sich ableiten, daß eine Zunahme des Krankenstandes weitgehend verursacht wird durch eine Zunahme der Grippefälle. Es gibt in unserem Lebensbereich keine einzelne Erkrankung, die einen derart entscheidenden Einfluß auf die Gesamtmorbidität ausübt wie die Grippe.

Der Anteil der Grippe steigt dabei auf Maximalwerte von etwa 30% in Epidemiezeiten, jedoch praktisch nie auf eine höhere Quote. Diese Quote ist der entscheidende Wert für die Beurteilung der Wirkung einer Grippeimpfung. Wenn die Impfung den Grippebefall vollständig verhindern würde, ergäbe sich eine maximale Senkung des Gesamtkrankenstandes um eben diese 30% Grippekranken.

Nach Grippeimpfungen in einem größeren Betrieb fanden wir beim Vergleich der geimpften mit den nichtgeimpften Personen die Verhältnisse, wie sie auf Abbildung 4 dargestellt sind. Die Abbildung gibt einen Zeitraum von drei Jahren mit jährlich wiederholter Impfung wieder. Die Geimpften haben in der kalten Jahreszeit wesentlich weniger Arbeitsausfallzeiten als die nicht Geimpften in der warmen Jahreszeit, d. h.,

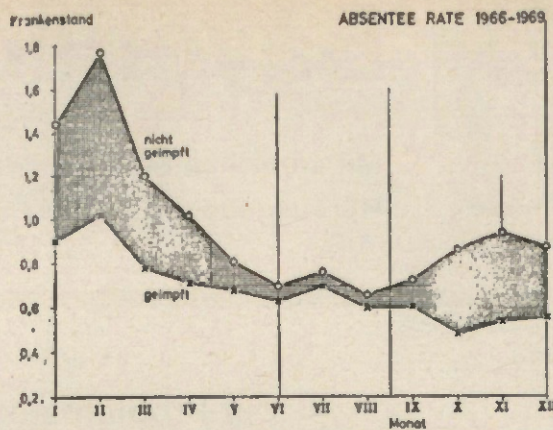


Abbildung 4

wenn kein Grippebefall vorkommt, sind diese Unterschiede nicht festzustellen.

Für die Zeit der Grippewelle um die Jahreswende 1969/70 ergaben Erhebungen in einem weiteren Betrieb ein ähnliches Bild (Abb. 5). Hier blieben die Ge-

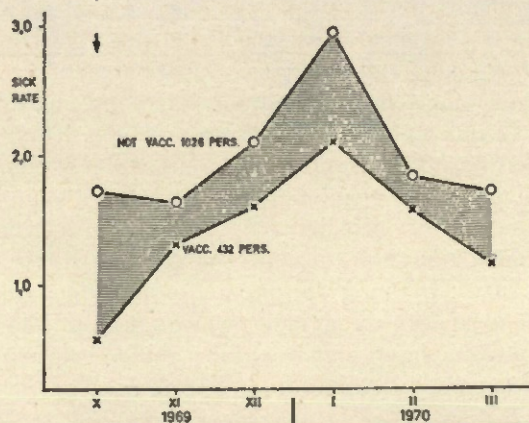


Abbildung 5

impften mit ihren Fehlschichten weit unterhalb der nicht Geimpften. Aufgrund dieser Beobachtungen haben wir versucht, den Gesetzmäßigkeiten zwischen Grippebefall und Impfschutz nachzugehen. Bei diesem Versuch ergab sich, daß die erzielten Schutzwerte um so größer wurden, je höher bei den Nichtgeimpften der Grippebefall bzw. die Erkrankungsrate war (Abb. 6). Aufgrund dieser Feststellung haben wir eine Erhebung an rund 160 000 Personen in 159 Betrieben der BRD in den Wintermonaten 1969/70 durchgeführt,

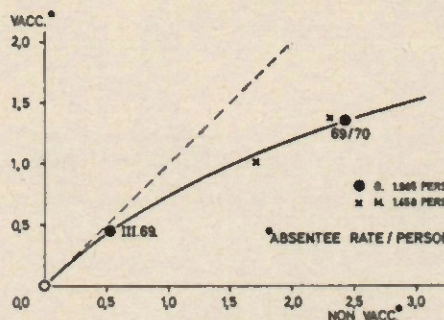


Abbildung 6

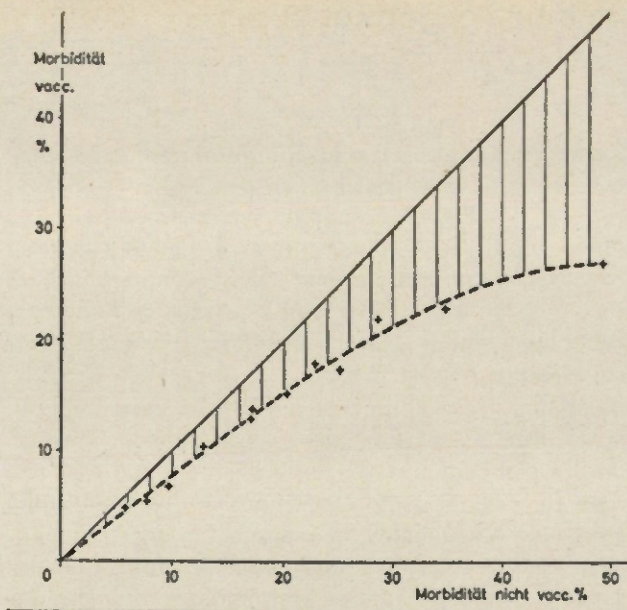


Abbildung 7

um an diesem großen Personenkreis die Schutzwirkung der Grippeimpfung messen zu können. Das Ergebnis dieser Erhebung ist in Abbildung 7 wiedergegeben. Die am kleinen Kollektiv gewonnenen Erkenntnisse ließen sich an dem großen Personenkreis bestätigen, daß die Impfung dann den größten Erfolg hatte, wenn bei den Nichtgeimpften ein hoher Grippebefall vorlag. Umgekehrt folgert daraus, daß eine Schutzwirkung der Grippeimpfung nicht festgestellt werden kann, wenn in der Bevölkerung keine Grippefälle vorkommen.

Zusammenfassend läßt sich aus dem mitgeteilten Sachverhalt ableiten, daß Grippewellen bei uns maximal etwa 30 % der Bevölkerung erkranken lassen. Grippeimpfungen vermögen diesen Prozentsatz von der Gesamtmorbidität praktisch auf Null zu reduzieren. Die Beurteilung der Impfwirkung ist jedoch nur am Kollektiv möglich, für das die Befallsraten von Geimpften und Nichtgeimpften exakt erfaßt werden müssen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. W. Hennessen, Behringwerke AG, 3550 Marburg/Lahn

## Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen folgende Bände kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Arzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, unter Befügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

**Band 6** „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege — Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen — Wohlbefinden und Krankheit“ (Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1966)

**Band 10** „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten — Therapie der Herz- und Kreislauferkrankungen — Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“ (Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1967)

**Band 11** KOERTING: „Die deutsche Universität in Prag — Die letzten 100 Jahre Ihrer medizinischen Fakultät“

**Band 12** „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose“ (Vorträge der 7. Bayerischen Internistentagung in München 1967)

**Band 15** „Therapie endokriner Erkrankungen — Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen“ (Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1968)

**Band 16** SOOST: „Krebsfahrtsuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis“

**Band 18** „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege — Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“ (Vorträge der 20. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1969)

**Band 19** „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 9. Bayerischen Internistentagung in München 1969)

**Band 20** BORELLI/DÜNGEMANN: „Beiträge zur Rehabilitation von chronisch Hautkranken und Allergikern“

**Band 23** LEIBBRAND-WETTLEY/LEIBBRAND: „Medizin und ‚Sexualwissenschaft‘“

# Sozialpsychologische Aspekte des Drogenkonsums \*

von Johann H. Ellgring

Wenn in letzter Zeit in zunehmendem Maße das Problem des Drogenkonsums Jugendlicher in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt zu sein scheint, so ist der Grund wohl nicht zuletzt die Befürchtung, daß immer mehr Jugendliche drogenabhängig und zu sogenannten „drop-outs“ werden. Es scheint fast, als sei der Drogenmißbrauch Jugendlicher das sozialpolitische Jugendproblem. Dabei wird der Drogenmißbrauch häufig als ein isoliertes Phänomen angesehen, das, für die Erwachsenen unverständlich, plötzlich auf die Jugendlichen hereinbricht und sie bedroht. Es wird leicht übersehen, daß in unserer Kultur verschiedene Formen gesellschaftlich akzeptierten Drogenkonsums existieren, von denen nachweislich einige zu schweren gesundheitlichen und sozialen Schäden führen können.

Rauchen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Krebserkrankungen der Atmungsorgane. Trotzdem werden immense Summen für die Werbung für dieses Genußgift ausgegeben, wesentlich mehr als für dessen Bekämpfung.

Der Alkoholgenuß ist in unserer Kultur völlig integriert. Festliche Ereignisse ohne Alkohol sind z. B. kaum denkbar. Neben seiner kultischen Funktion ist die Funktion des Seelentrösters die bekannteste. Der immer noch zunehmende Alkoholmißbrauch, das unvermindert bestehende Problem des Alkoholismus findet jedoch kaum in dem Maße öffentliche Aufmerksamkeit wie das Haschischrauchen der Jugendlichen.

Schlafmittel werden in zunehmendem Maße konsumiert, obwohl der größte Teil der Schlafstörungen psychogen ist, d. h., daß das Schlafmittel die Störung nur oberflächlich angehen kann. Immer häufiger werden auch von Schülern Tranquillizer genommen, z. B. um Angstzustände vor Schularbeiten zu beheben.

1. Wenn man über Rauschgifte spricht, sollte man nicht übersehen, daß in unserer Kultur sozial akzeptierte Genußgifte konsumiert werden, die nachweislich zu körperlichen und sozialen Schädigungen führen. Die Entrüstung richtet sich verständlicherweise gegen Gruppen, die sich ein Rauscherlebnis auf sozial nicht akzeptierte Weise verschaffen und die eine soziale Integration bewußt ablehnen.
2. Es wird eine zunehmende Tendenz sichtbar, Konfliktlösungen durch Drogen (z. B. Schlafmittel und Tranquillizer) zu suchen. Über die eigentliche Ursache der Konflikte wird weniger reflektiert.

Man kann also den Drogengebrauch Jugendlicher nicht isoliert von den allgemeinen gesellschaftlichen Hintergründen sehen. Hier sieht sich das Individuum

immer stärkeren Leistungsanforderungen ausgesetzt, die häufig lediglich auf Kosten gesundheitlicher Störungen erfüllt werden können. Das kann zu dem Bild führen, daß z. B. Aufputzmittel zur Leistungssteigerung genommen werden und, um den unangenehmen Zustand der Aktivierung wiederum zu überkommen, Beruhigungsmittel – ein Teufelskreis, der nur schwer zu durchbrechen ist.

Das Beunruhigende bei Haschisch rauchenden Jugendlichen scheint zu sein, daß diese Jugendlichen sich den Leistungsanforderungen entziehen, daß sie nicht mehr erreichbar sind. Die Eltern von Jugendlichen stehen oft fassungslos da, wenn sie erfahren, daß ihr Kind Haschisch raucht oder andere Drogen nimmt. Diese Hilflosigkeit scheint symptomatisch für die Unfähigkeit, sich mit den Problemen der Jugendlichen auseinanderzusetzen. In gewisser Weise kann man das Drogenproblem bei Jugendlichen als eine Form des Generationskonfliktes ansehen. Eine Diskussion der Standpunkte findet nicht statt, wird nicht gesucht, sondern eher vermieden.

Man ist gerne geneigt, sozial allgemein akzeptiertes Verhalten als Frucht erzieherischer Bemühungen anzusehen. Es ist zu fragen, inwieweit nicht auch der familiäre Hintergrund Ursachenfaktor für sozial nicht akzeptiertes Verhalten anzusehen ist.

Man muß sich, um das Problem des Drogenmißbrauches angehen zu können, fragen, was Jugendliche im Rausch suchen, d. h., was finden Jugendliche im Rauscherlebnis, was ihnen nur dort vermittelt werden kann.

Einige Gesichtspunkte, die zwar nicht spezifisch sind für den Drogenkonsum, die aber den allgemeinen situativen Kontext, die gruppenspezifischen Prozesse andeuten:

Der Mensch als soziales Wesen ist auf Gruppenzugehörigkeit angewiesen. Die soziale Gruppe bietet die Basis für Kommunikationsmöglichkeiten. An der Gruppe werden die eigenen Einstellungen und Werthaltungen überprüft. Es besteht eine allgemeine Tendenz zur Gruppenbildung, in der das Individuum Schutz und Anerkennung findet. Wenn nun einerseits die Familie diesen Schutz nicht mehr bieten kann bzw. von den Jugendlichen diese Form der Gruppenzugehörigkeit nicht mehr akzeptiert wird, andererseits der Arbeitsplatz immer unpersönlicher wird, die Funktion des einzelnen nicht mehr durchschaubar ist, wird sich der Jugendliche einen Ausweg suchen, der diese Isoliertheit überwinden kann (Halbstarkebanden der 50er Jahre, Rokerbanden, Subkultur des Underground).

Der Drogengenuß bei Jugendlichen findet selten isoliert statt, es wird die Gemeinschaft mit anderen ge-

\*) Nach Referaten anläßlich der Informationstagungen der Regierung von Oberbayern in Prien, Ingolstadt und Weilheim, Februar/März 1971.

sucht. Man kann es mit kultischen Handlungen vergleichen. Die Jugendlichen werden in dieser Umgebung akzeptiert, und man kann ennehmen, daß eine ganze Reihe den „joint“ rauchen, um „in“ zu sein.

Man muß sich über diese Bedingungen klar sein, wenn man den Drogenmißbrauch angehen will. Solange diese Gruppen attraktiv sind – und zu dieser Attraktivität trägt sicherlich auch der Reiz des Verbotenen bei – und keine von den Jugendlichen akzeptierte Alternative sichtbar ist, wird eine symptomatische Behandlung des Problems wenig Erfolg haben. Man muß auch sehen, daß das Drogenproblem ein komplexes Phänomen ist, daß man nicht von dem Drogenkonsumenten sprechen kann.

Es zeigt sich immer wieder, wie vielfältig und schwer durchschaubar die Subkultur der Drogenkonsumenten ist. Vom bloß neugierigen Wochenendkonsumenten, der auf Parties gelegentlich den Joint mitraucht, bis zu den hochgradig Süchtigen, den „kaputten Typen“, die noch einen Tag vor der geplanten Entlassung aus der Nervenklinik entweichen, weil sie den nächsten „Schuß“ nicht mehr erwarten können; von der Schülerin, die ein paar Gramm Haschisch absetzt, um ihre eigenen drei nächsten Joints von dem Erlös zu finanzieren, bis zu den skrupellosen Großhändlern; vom planmäßig dosierenden Intellektuellen, der eine Erweiterung seiner Bewußtseinsdimensionen erhofft, bis zu dem labilen, „ausgeflippten“ Lehrling, der unter seinen neugewonnenen Freunden erstmals Geborgenheit erlebt und wahllos alle erreichbaren Rauschgifte in sich hineinpumpt, um in der Gruppe mehr zu gelten. Man kann durchaus von einer Sub-„Kultur“ sprechen, da sie sämtliche Merkmale einer differenzierten Gesellschaft trägt.

Bemerkenswert ist die Altersverteilung der Drogenkonsumenten, deren Durchschnitt bei 22 Jahren liegt. Der Beginn des Drogenkonsums liegt häufig zwischen 16 und 18 Jahren, wobei in letzter Zeit eine Verschiebung nach unten zu beobachten ist. Selten findet man Drogenkonsumenten, die älter als 35 Jahre sind.

#### Familiäre Einflüsse

Einer der am stärksten wirkenden sozialen Umweltfaktoren ist zweifellos der familiäre Einfluß. Die Eltern von Drogenkonsumenten stammen aus allen sozialen Schichten. Es fällt allerdings auf, daß ein vergleichsweise hoher Prozentsatz von Drogenkonsumenten Oberschüler und Studenten sind. WANKE, Frankfurt, fand 66% Oberschüler gegenüber 39% im Bevölkerungsdurchschnitt.

Besonders im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum wird häufig das Problem des „broken home“, der zerrütteten Familie, diskutiert. Nach WANKE gaben die untersuchten Frankfurter jugendlichen Drogenkonsumenten häufig eine familiäre Belastung mit seelischen Störungen und ungünstigen häuslichen Verhältnissen an. 48% der Probanden stammten danach aus unvollständigen oder zerrütteten Familien, 40% hatten

einen inkonsequenten Vater, 50% eine inkonsequente Mutter. Solche Angaben gewinnen an Gewicht, wenn man sie mit denen einer Kontrollgruppe von Nichtkonsumenten vergleicht. SCHWARZ, Kiel, stellte fest, daß 35% der Konsumenten über ein unerfreuliches Familienleben berichteten, gegenüber 9% bei Nichtkonsumenten. 36% hatten ein schlechtes Verständnis mit dem Vater gegenüber 11% der Nichtkonsumenten, 14% verstanden sich schlecht mit der Mutter (Kontrollgruppe = 50%). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, wie gering die Kommunikationsbereitschaft innerhalb vieler Familien von Drogenkonsumenten ist. Bei therapeutischen Maßnahmen kann man also nur bedingt mit einer wirksamen Mithilfe der Familie rechnen.

Weiterhin muß bei länger andauerndem Drogenkonsum eine weitere Verschlechterung oder eine Aufgabe der Beziehungen zur Familie befürchtet werden. SCHWARZ: „70% solcher Konsumenten hatten ihre Beziehungen zur Familie abgebrochen oder doch stark eingeschränkt. Dieses Faktum gewinnt an Bedeutung, als gerade diese Konsumenten besonders gefährdet sind. Für sie fällt außerdem eine wichtige Form der sozialen Bindung fort. Damit werden auch therapeutische Maßnahmen wesentlich erschwert.“

Bei 15% der von WANKE untersuchten Konsumenten wurde in der Familie selbst Drogenmißbrauch getrieben. Alkoholmißbrauch wurde dabei nicht berücksichtigt.

Es ist also festzustellen, daß familiäre Bedingungen und Drogenkonsum sich wechselseitig in ungünstiger Weise beeinflussen können. Wenn auch diesen Bedingungen bei therapeutischen Maßnahmen Rechnung getragen werden muß, darf jedoch von einem aktiven Einbeziehen der Familie in die Therapie Jugendlicher kein großer Effekt erwartet werden, solange die Eltern innerlich abgelehnt werden.

#### Drop-out

Besondere Beachtung findet das „drop-out“ Phänomen, d. h. die Aufgabe von planmäßiger Ausbildung und kontinuierlichem Beruf, das „Ausflippen“ aus der Gesellschaft. Bei den von WANKE untersuchten Drogenkonsumenten fanden sich 44% der Jugendlichen ohne Beschäftigung. Differenziert man die verschiedenen Konsumententypen, wie es die BSCHOR-Gruppe, Berlin, unternahm, so ergibt sich eine klare Tendenz. Der Anteil der „drop-outs“ nimmt mit dem Konsum härterer Drogen stark zu. Während bei Probiernern 0% und bei Cannabis-Konsumenten 8% Ausbildung und Beruf aufgegeben hatten, waren es bei der Gruppe der Halluzinogen-Konsumenten 35% und bei der Gruppe der Opiat-Konsumenten 55% der befragten jungen Leute. Diese ständig steigende Tendenz zum Ausscheiden aus Beruf und Ausbildung kann allerdings nicht einfach als drogeninduzierte Verwahrlosung gedeutet werden. Hier kann nach BSCHOR eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle spielen.

1. Viele Jugendliche, die sich im „drop-out“ befinden oder sich in diese Richtung bewegen, stammen aus mittleren und gehobenen Schichten und wuchsen unter günstigen Bedingungen auf: Bedingungen, die bisher als günstig für die Sozialisation angesehen wurden. Bei Jugendlichen besteht eine natürliche Tendenz zur Verselbständigung. Je tiefer und aggressiver jedoch die Kluft zwischen den Jugendlichen und den Erwachsenen empfunden wird, und je weniger Hilfe die Jugendlichen bei der Lösung ihrer Konflikte erleben, desto stärker ist die Abkehr von der planmäßigen Verfolgung der gesetzten Lebensziele. Bei vielen Jugendlichen drückt sich diese erlebte Kluft in abwertenden Urteilen über die Erwachsenen aus.
2. Ein weiterer Faktor ist die Verweigerungshaltung, die häufig auch dann noch vertreten wird, wenn die Jugendlichen im „drop-out“ schon äußerst unangenehme Erfahrungen durchgemacht hatten. Die These ist, daß unter den herrschenden Verhältnissen der Leistungsgesellschaft keine Chance zur kreativen Selbstverwirklichung gesehen werden kann. Nur durch Abkehr vom jetzigen Bildungssystem mit seinen Anforderungen an Ausdauer, Disziplin und Leistungsstreben könnten danach grundlegende Änderungen bewirkt werden. Besonders für Lehrlinge und Schüler kann diese Haltung zu existentiellen Schwierigkeiten führen, die von den Jugendlichen nicht übersehen werden. Eine intellektuelle Überforderung (nach WANKE bei 35% der Konsumenten in Frankfurt) erleichtert wahrscheinlich diese Verweigerungstendenz.
3. Häufig wird von den Jugendlichen die kritische Frage nach dem Sinn des Lebens gestellt, den sie nicht mehr allein im Streben nach Konsum und Status sehen können. Ein allein auf diese Ziele ausgerichtetes Leistungsverhalten ist für sie unbefriedigend. Besonders bei künstlerisch und philosophisch interessierten Jugendlichen fehlen hier die Anreize für die planmäßige Verfolgung von Zielen. Der Mangel an emotionaler Zuwendung im Berufs- und Ausbildungsprozeß trägt nicht zur Erhöhung der Leistungsmotivation bei und fördert den „drop-out“-Prozeß.

Wenn auch nach einem längeren „drop-out“-Zustand der Jugendliche einsehen kann, daß er in eine Sackgasse geraten ist, so hilft diese Einsicht doch nicht sehr viel weiter. Der gerade beim Heranwachsenden sich rapide vergrößernde Rückstand zu den Altersgenossen führt zu einer Position, aus der heraus der Anschluß nur schwer wieder zu erreichen ist. Die noch möglichen untergeordneten Tätigkeiten werden auch als Durchgangsstadium innerlich abgelehnt. Der Prozeß kann zu einer völligen Resignation führen.

Eine kurzfristige „drop-out“-Phase muß allerdings nicht unbedingt eine nutzlos vertane Zeit sein. Der Jugendliche kann eine Fülle von Erfahrungen gewinnen, ungewöhnliche Anregungen bekommen, wie es

vielleicht nicht möglich ist, wenn vorgegebene Ziele wohlbehütet und reglementiert ohne kritische Fragen verfolgt werden.

Es muß aber betont werden, daß besonders bei Halluzinogen- und Opiat-Konsumenten die Drogenwirkung neben den oben genannten Faktoren wesentlich zum Abbrechen der Ausbildung oder des Berufs beitragen können. Man kann annehmen, daß hier eine Wechselwirkung zwischen Drogenwirkung, psychischen und sozialen Faktoren vorliegt.

Die Gefahren eines permanenten Drogenmißbrauches und damit die Tendenz zum „drop-out“ müssen allerdings auch in Relation zum Verhalten der Drogenkonsumenten gesehen werden, die gelegentlich einmal mit Drogen in Berührung kommen. Nach WANKE gelangt wahrscheinlich ein stark überwiegender Teil Jugendlicher, Heranwachsender und junger Erwachsener, der aus verschiedenen Gründen (Neugier, Mode, Verführung, Protest) mit Rauschmitteln in Berührung gekommen ist, nicht zu einem nachhaltigen Gebrauch. Gefährdet sind dagegen diejenigen, die auf längere Zeit hohe Dosen von Cannabis und stärkeren Halluzinogenen, wie z. B. LSD oder Heroin, einnehmen. Besonders stark gefährdet sind die Opiat-Abhängigen wegen der katastrophalen Folgen. Wenn einer jedoch täglich die Droge nimmt, so muß man massive psychische Störungen und Probleme vermuten. Hier spielen Persönlichkeitsfaktoren, psychische Dispositionen neben den pharmakologischen Eigenschaften der Droge eine wichtige Rolle.

#### Überlegungen zur Information und Prophylaxe

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dem Drogenmißbrauch prophylaktisch zu begegnen. Einmal kann versucht werden, die Verfügbarkeit von Drogen zu erschweren und durch Androhung von Sanktionen den Drogengebrauch mit einem höheren Risiko zu verbinden. Letzteres wird sicherlich in gewissem Grad erfolgreich sein. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß gerade bei Jugendlichen das höhere Risiko einen Anreiz darstellen kann.

Eine nachhaltige Änderung des Verhaltens ist jedoch nur über eine veränderte Einstellung der Jugendlichen zum Drogenkonsum zu erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, muß zunächst eine sachliche Information gegeben werden. Voraussetzung dafür, daß die Informationen akzeptiert werden, ist, daß man als Person glaubwürdig ist.

Hier ist die erste Schwierigkeit die Glaubwürdigkeitslücke zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Den Erwachsenen werden maßlose Übertreibungen vorgeworfen („Trau keinem über 30“). Man muß sich klar machen, daß vereinfacht aus der Sicht des Drogenkonsumenten, in der Regel ein Laie mit einem Experten spricht, wobei der Laie den Experten auf dessen eigenem Gebiet zu überzeugen versucht. Damit soll gesagt werden, daß eine Vertrauensbasis a priori nicht gegeben ist. Die Betonung der Autorität ist

wenig fruchtbar. Institutionen bleiben in ihrer Wirksamkeit so lange eingeschränkt, wie die Möglichkeit besteht (real oder vorgestellt), daß sich der Jugendliche einer Bestrafung oder Einweisung in eine Institution aussetzt. Es ist nicht auszuschließen, daß die Androhung strenger Strafmaßnahmen die Jugendlichen weiter in die Isolation treibt, zu einer engeren Bindung an den Underground und sie somit völlig un erreichbar macht.

Die Drohung, daß z. B. Haschisch notwendig auf die schiefe Bahn führt, zu Krankheit und Siechtum, wird von den Jugendlichen nicht geglaubt. Eine Identifikation mit dem Dargestellten ist notwendig, damit die Kommunikation wirksam sein kann. Die Verarbeitung von Kommunikationsinhalten ist ein Lernprozeß, d. h., daß Gesetze des Lernens wirksam sind. Furchtauslösende Appelle kann man hierbei als negative Verstärker ansehen, wie sie beim Bestrafungslernen verwendet werden. Sobald jedoch unter solchen Lernbedingungen für die Person Ausweichmöglichkeiten bestehen, ist eine solche Methode wenig wirksam.

Eine wirklich sachliche Information hat die besten Chancen, akzeptiert zu werden. Hier sollte vor allen Dingen vor dem unkontrollierten Gebrauch aller möglichen Drogen gewarnt werden, die gerade auf dem Underground-Markt angeboten werden. Die Errichtung von Schwellen ist jedoch nur dann möglich, wenn die Drogen differenziert behandelt werden. Die differenzierte Betrachtung kann das Umsteigen auf härtere Drogen erschweren, indem sie das höhere Risiko deutlich macht. Wenn allerdings alle Drogen in der Diskussion ohne Unterschied als „Rauschgift“ behandelt werden, so ist die Gefahr, daß neben der schon vorhandenen räumlichen auch eine bewußtseinsmäßige Nähe oder Gleichheit der verschiedenen Drogen entsteht, und somit beim Umsteigen auf härtere Drogen für die Jugendlichen diese Schwelle wegfällt. Weiter kann klar gemacht werden, daß Drogen psychische Probleme nicht lösen können. Das heißt aber auch, daß diese psychischen Probleme, die schließlich vorhanden sind, angegangen werden müssen, daß man dem Jugendlichen hilft, sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Man muß annehmen, daß in einem bestimmten Entwicklungsbereich die bisher wirksamen Methoden der Sozialisation für viele Jugendliche nicht mehr angemessen sind bzw. versagt haben. Viele Jugendliche gehen in einer wichtigen Entwicklungsphase einen Weg, der offensichtlich beträchtliche Gefahren in sich birgt. Die Erwachsenen sind dabei nur insofern unbeteteiligt, als ihre Einflußmöglichkeiten gering sind. Zum einen muß man annehmen, daß die Erwachsenen die Diskussion mit den Jugendlichen nicht gesucht, sondern eher vermieden haben, sei es, weil es zu unbequem war, sei es, daß die veränderten Bedürfnisse der Jugendlichen nicht erkannt wurden. Andererseits akzeptieren die Jugendlichen den Einfluß der Erwachsenen nicht mehr, da sie von dieser Seite keine Hilfe

zur Lösung ihrer spezifischen Probleme erwarten. Die hier sich wechselseitig aufschaukelnden Prozesse lassen sich kaum auflösen.

Wenn man eine Änderung des Verhaltens bei Jugendlichen anstrebt, so könnten sich auch bei den Erwachsenen Einstellungsänderungen als notwendig erweisen. Es müßte zu denken geben, daß erst in dem Augenblick, in dem ein Rauschmittelkonsum der Kinder bekannt wird, den Eltern bewußt wird, wie breit die Kluft zwischen den Generationen ist, wie wenig Verständigungsmöglichkeiten es gibt.

Welche Möglichkeiten der Hilfe bestehen nun für die Drogenabhängigen? Zunächst ist zu differenzieren zwischen Opiat-Abhängigen und Halluzinogen-Verbrauchern. Bei Opiat-Abhängigen kann man eine gewisse Einsicht annehmen. Die Abhängigkeit von der Droge wird häufig von Konsumenten als äußerst unangenehm empfunden. Da hier ein Leidensdruck vorhanden ist, kann man von den bekannten Therapieformen, Entziehungskuren, Psychotherapien usw. zunächst Hilfe erwarten. Eine intensive Nachfolgebetreuung muß allerdings ermöglicht werden.

Schwieriger ist die Therapie bei Halluzinogen-Verbrauchern, die man als psychisch abhängig klassifiziert. Hier kann man nicht in gleichem Maße wie bei den Opiat-Süchtigen einen Leidensdruck annehmen. Eine psychologische Therapie muß immer zum Ziel haben, Verhaltensweisen und Einstellungen, die sich in bestimmten Verhaltensweisen manifestieren, zu verändern. Geht man davon aus, daß beim Menschen ein großer Teil des Verhaltens, auch das sogenannte Fehlverhalten, gelernt wurde, so muß die Therapie dahin gehen, dem Probanden ein Umlernen zu ermöglichen, d. h., die unerwünschten Verhaltensweisen zu verlernen und neue, gewünschte zu erlernen.

Man kann nun den Drogenkonsum als ein Verhalten betrachten, das es dem Konsumenten z. B. erleichtert, seine Konflikte zu verarbeiten. Insofern bietet dieses Verhalten eine bestimmte Form der Belohnung oder positive Verstärkung; die Verhaltenstendenz wird somit immer stärker. Die dabei möglichen negativen Verstärker, wie sie z. B. erscheinen in Form von Sanktionen, beruflichem und schulischem Leistungsabfall, Kontaktverlust zu den bisherigen Bezugsgruppen, sind nur in beschränktem Maße wirksam. Das Leistungsstreben wird nicht akzeptiert. Sanktionen führen eher zu einer Trotzhaltung. Der mangelnde Kontakt zu sozial allgemein akzeptierten Gruppen wird mehr als aufgewogen durch das Leben in der Subkultur des Underground. Im Gegenteil – die hier geknüpften subjektiv emotional befriedigenden Beziehungen, das „in“ Sein, wirken ebenfalls als starke positive Verstärker, die die Tendenz zum Drogenkonsum weiterhin fördern.

Eine Therapie kann nur dann wirksam sein, wenn sie zumindest gleichwertige positive Verstärkung für das vom Therapeuten gewünschte Verhalten liefert. Dabei ist zu bedenken, daß ein großer Teil der für die Er-

wachsenen wirksamen Verstärker für viele Jugendliche wertlos ist. Ein höherer Verdienst und damit die Möglichkeit zu größerem Konsum, Beförderungen, Aufstieg usw. sind zwar bei vielen Erwachsenen Motiv für Anstrengung, Leistung und Mühen. Vielen Jugendlichen jedoch sind sie gleichgültig und uninteressant. Dies gilt in besonderem Maße für „drop-outs“. Eine Therapie muß also besonders bemüht sein, positive Verstärker zu finden.

Positive Verstärkung kann z. B. heißen: Hilfe bei der Lösung der vorhandenen seelischen Konflikte, Diskussion und Akzeptierung in der Gruppe. Solche positive Verstärkung kann man allerdings nur in Zusammenarbeit mit den drogenabhängigen Jugendlichen erreichen. Von ihnen kann man am ehesten Hinweise erwarten, was sie im speziellen Fall von der Droge erwarten und was sie auf andere Weise nicht zu finden können glauben. Insofern kann man auch keine Patentrezepte für die Therapie dieser Jugendlichen erwarten. Notwendig ist hier eine Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern und auch Personen aus der Drogen-Szene.

Bei den therapeutischen Bemühungen sollte man die Attraktivität der Gruppen des Underground nicht unterschätzen. Gerade hier glauben viele, ihre Isolation in einer mehr und mehr unüberschaubaren technologischen Umwelt zu überwinden. Einige Gruppen des Underground unterscheiden sich denn auch erheblich von konventionellen Gruppen junger Leute, auch von bandenartigen Zusammenschlüssen. Bei diesen Rauschmittelkonsumenten liegt der Schwerpunkt nicht auf dem Streben nach Macht, Besitz, Komfort und äußerer Geltung. Vielmehr gewinnen Innerseelische Probleme an Bedeutung. Kennzeichnend ist, daß der

Mittelpunkt des Lebens in der Gemeinschaft das intensive Gespräch über die Selbstverwirklichung, Selbstbefreiung und Selbstverständnis ist.

Es bleibt nicht aus, daß sich gerade auch differenzierte junge Leute zu solchen Gemeinschaften hingezogen fühlen. Auch emotional vernachlässigte Jugendliche (vgl. „broken-home“ — Problematik), die bisher eine tiefere zwischenmenschliche Geborgenheit entbehrten, können in solchen Gruppen erstmals mit Gleichgesinnten Solidarität und Geborgenheit erleben. Die Möglichkeiten zur zwischenmenschlichen Kommunikation und Interaktion stellen meines Erachtens einen äußerst wirksamen positiven Verstärker dar.

Es ist zu befürchten, daß die häufig geäußerte Forderung nach härterer Bestrafung der Drogenkonsumenten und die Verschärfung des Haschischverbots lediglich eine Verschiebung des Problems bringen, wenn nicht eine Vergrößerung.

Eine zu starke Betonung des kriminellen Aspektes kann dazu führen, daß die eigentlichen Ursachen für den Drogenkonsum vernachlässigt werden. Solange in einer Gesellschaft die Einnahme bestimmter Drogen z. B. zur Lösung seelischer Konflikte sozial akzeptiert wird, wird es auch Suchtprobleme geben. Sollte es gelingen, Haschisch völlig zu eliminieren, werden andere Stoffe auftreten. Solange nicht die tieferen Ursachen des Rauschbedürfnisses von Jugendlichen beseitigt werden, werden sie immer neue Mittel und Wege finden, um sich zu berauschen.

Literaturverzeichnis kann vom Verfasser angefordert werden.

Ansch. d. Verf.: Diplompsychologe Johann H. Ellgring, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 8000 München 23, Kreepeleinstraße 10

## Alkoholikerfibel für den Arzt\*

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

(Fortsetzung)

### II. Behandlung

#### 1. Anzeig und Ziele

Während bei den meisten Krankheitszuständen eine Krankheitsursache vorliegt, haben wir es bei der Trunksucht mit einem mehrschichtigen Krankheitsgeschehen zu tun. Deshalb muß auch eine multifaktorielle Therapie eingeleitet werden. Die sonst so verpönte Polypragmasie ist hier ausnahmsweise am Platze. Doch ist zu bedenken, daß kombinierte Präparateffekte sich in unbekannter Weise addieren oder aufheben bzw. begünstigen oder schädigend auswirken können.

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

Jeder Alkoholiker hat durch seine übermäßige Bindung an den Alkohol in seiner Persönlichkeit Einbußen erlitten und die Brücken zur Gesellschaft abgebrochen. Unser Ziel ist es, die Bindungen zum Alkohol zu lösen (Abstinenz), die ursprüngliche Persönlichkeit wieder herzustellen (Latenzstadium) und die Verbindungen mit der Gesellschaft wieder aufzubauen (sozialer Kontakt).

Eine besonders wichtige Aufgabe fällt dabei dem Hausarzt zu, nämlich die Erkennung der Krankheit und die Einleitung einer kausalen Behandlung. Er kann sie entweder selbst durchführen oder den Kranken an einen Facharzt überweisen. Der Hausarzt würde dadurch keineswegs zum rudimentären Facharzt, sondern soll vielmehr in ein arbeitsfähiges Team eingebaut werden. Die soziale Betreuung übernimmt der Sozialarbeiter oder Fürsorger.



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**

Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen dem Arzt zur Verfügung?

- a) Die ambulante Behandlung,
- b) die offene Heilstätte,
- c) das geschlossene Nervenkrankenhaus.

Die Indikation richtet sich

- aa) nach der Diagnose: ausgesprochene Psychosen einschließlich der akuten Alkoholpsychosen, organisch Gehirnkrankte gehören in klinische Behandlung, desgleichen primär asozial-kriminelle und schwachsinnige Psychopathen, wenn eine Belastung in der Familie nicht mehr möglich ist. Dabei können strafrechtliche Verantwortlichkeit, Haftfähigkeit oder die Notwendigkeit einer Vormundschaft bzw. Pflegschaft überprüft werden.
- bb) Beim Großteil der Alkoholiker wird man sich jedoch um einen anderen Verteilungsschlüssel umsehen müssen, etwa nach der Auswirkung der einzelnen Suchtkriterien. Je mehr die Umwelteinflüsse überwiegen, desto rascher müßte mit einem Erfolg in der Ambulanz zu rechnen sein. Je stärker die Anlagefaktoren wirksam sind, desto eher wird man an eine klinische Unterbringung denken müssen. Doch ist die Prognose der Konflikt- oder der psychopathischen Trinker keineswegs vorvorneherein ungünstig.
- cc) Schließlich ist bei der Wahl der Behandlungsmethode die Phase zu berücksichtigen.

## 2. Ambulante Behandlung

### a) Möglichkeiten und Grenzen

Möglichkeit und Wert wird heute auch von klinischer Seite kaum mehr bezweifelt. Sicherlich ist nicht nur die Entziehung anzustreben, sondern auch alsbald eine psychotherapeutische Behandlung einzuleiten und für eine lückenlose Betreuung durch den Sozialarbeiter unter Einbeziehung von Familie und Betrieb zu sorgen.

Eine generelle klinische Voruntersuchung und Anbehandlung wäre zwar ideal, ist jedoch nicht erreichbar; denn der Kranke lehnt sie zumeist ab, außerdem reichen die Krankenbetten für diese Zwecke nicht aus (USA 4,5 – BRD 1,8 : 1000). Wer soll die bisher Unbehandelten (ca. 400 000) übernehmen? In den Nervenkrankenhäusern fehlen in der Regel noch Sonderabteilungen und die Bettennot zwingt dazu, nicht nur die Aufnahmen zu drosseln, sondern die Entlassungen vorzeitig einzuleiten, obwohl jedem Fachmann bekannt ist, daß jede klinische und Heilstättenkur mindestens 1/2 Jahr währen sollte, da sonst ein vorzeitiger Rückfall droht. Schließlich lehnen die Versicherungsträger und Kassen die Kostenhaftung für diagnostische Zwecke ab.

Zur Zeit können fast überall in Stadt und Land die notwendigen Voruntersuchungen (Blutbild, Liquor, EKG, EEG, Lungen- und Magenkontrollen) ambulant durchgeführt werden. Auch gegen eine Lumbalpunk-

tion in der Wohnung des Kranken ist nichts einzuwenden, wenn er angehalten wird, 24 Stunden zu ruhen und von den Familienangehörigen genügend überwacht wird.

Die ambulante Behandlung bietet weitere Vorteile. Der Kranke bleibt in der Familie, kann weiter arbeiten und für die Angehörigen sorgen, die Verantwortung weiter tragen, wodurch seine Stellung in der Familie gefestigt und sein Selbstvertrauen gehoben wird, ein sehr wichtiger pädagogischer Gesichtspunkt. Außerdem unterbleibt eine nicht immer notwendige Belastung der Kassen. Diese Meinung wird von verschiedenen Kollegen im In- und Ausland vertreten.

### b) Medikamente

Die Antabus-Disulfuramtablette ist zwar kein Heilmittel, aber doch eine brauchbare Starthilfe, ein chemisches Korsett, das zur Unterstützung der psychischen Behandlung nicht ohne Grund vernachlässigt werden sollte; denn es hilft dazu, den Kranken außerhalb des Krankenhauses abstinent zu erhalten. Antabustabletten dürfen in den Beratungsstellen, soweit sie vom Hausarzt verordnet sind, verabfolgt werden. Jede weitere medikamentöse Behandlung ist ihnen jedoch nicht gestattet. Andere Mittel wie Clont, Dipsan, Embran wirken ungleich schwächer.

Die sogenannten Brechkuren durch Injektionen mit Apomorphin (etwa an 10 bis 12 aufeinanderfolgenden Tagen) bei gleichzeitiger Alkoholzufuhr werden zweckmäßigerweise stationär durchgeführt. Dadurch wird ein bedingter Reflex erzeugt, der dann ohne weitere Injektionen beim Kontakt mit dem Alkohol einen Brechakt auslöst. Wie lange der Reflex wirksam bleibt, ist individuell verschieden. Sicher ist dabei auch mit einer Suggestivwirkung zu rechnen (SOLMS). W. SCHULTE lehnt zwar die Brechkur ab, weil die persönlichkeitsfremde, chemisch-pharmakologische Barriere ein Stück menschlicher Mißachtung und Entwürdigung enthalte. Er räumt aber gleichzeitig ein, es gebe gewisse Alkoholranke, die zeitweilig oder dauernd auf diese Blockade angewiesen seien.

### Testprobe und künstliche Alkoholintoleranz

Aufgrund langjähriger Erfahrung halte ich den Alkohol-Disulfuramtest nicht bei allen Alkoholikern für notwendig und ratsam, weil er immerhin eine gewisse Gefahrenquelle und einen Kunstfehler in sich birgt. Wenn wir schon behaupten, jeder Tropfen löse die Katastrophe aus, dann sollte man folgerichtig jede noch so geringe Alkoholzufuhr vermeiden. Gegen die Verwendung von unvergorenem Traubensaft anstelle von Wein zu liturgischen Zwecken (Abendmahl) bestehen von kirchlicher Seite keine Bedenken. Nur bei älteren Leuten, die mir besonders unzuverlässig erscheinen, überzeuge ich mich davon, daß im Falle einer unerwünschten Alkoholzufuhr mit keiner gefährdenden Reaktion zu rechnen ist. Nach mindestens zweitägiger Abstinenz gibt man zu Beginn der Be-

handlung en drei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 bis 3 Tabletten Disulfuram in Wasser aufgelöst und unter Aufsicht, damit Manipulationen unterbunden werden können. Zur Testprobe gelangen 1 bis 2 Gläschen Cognac. Ich begnüge mich mit einer bescheidenen Reaktion von Gesichtsrötung, Pulsbeschleunigung, geringer Atemnot und Blutdrucksenkung. Auf jeden Fall soll der Getestete merken, daß es sich nicht um ein Täuschungsmanöver mit einer Leertablette handelt, sondern um ein medizinisches Experiment. Der komplizierte chemische Wirkungsmechanismus ist noch nicht restlos geklärt.

Trinkgelage mit 4 bis 5 Flaschen Starkbier habe ich mit BINDER — ganz abgesehen von der damit verbundenen Gefährdung (Kreislauf) — schon wegen der abstoßenden Prozedur abgelehnt. Schließlich soll die Tablette für längere Zeit der Freund und Helfer des Kranken sein, aber nicht durch häßliche Eindrücke verleidet werden.

In den Nervenkrankenhäusern sollte man die Testprobe möglichst bald nach der Aufnahme und nicht erst kurz vor der Entlassung durchführen, um nicht den Kontrollverlust erneut heraufzubeschwören. Eine eingehende Belehrung über den chemischen Vorgang und die Gegenanzeigen ist in jedem Fall unerlässlich. Der Test ist nicht ratsam bei schweren Herz- und Kreislaufstörungen, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Hochdruck, Hypotonie wegen der zusätzlichen senkenden Wirkung, ferner Gravidität (H. HOFF) und Epilepsie, Magengeschwür, schwerem Leberschaden, abgeklungener Psychose, hirnorganischem Abbau. Die gleichzeitige Gabe von Hydantoin und Disulfuram führt häufig zur Beeinträchtigung des blutbildenden Systems (W. GOTTWALD). Anstelle von Kochessig verwende man Zitronen und vermeide Medikamente wie Irgapyrin, Butazolidin, Paraldehyd, INH-Tbc-Präparate, weil sie nicht selten die gleiche Reaktion auslösen! Manche Alkoholiker trinken trotz Disulfuram weiter. Sie benutzen die Tablette als „Sparmaßnahme“, weil sie unter der Antabuswirkung weniger Alkohol benötigen, um betrunken zu werden (W. STEINBRECHER).

Bei langfristiger Verabreichung kann man die Tagesdosis von 0,5 auf 0,25 bis 0,1 senken und unbedenklich monatelang weiter verordnen. Zwischenfälle wie Psychosen (U. SUPPRIAN) usw. habe ich bei diesem Vorgehen nie erlebt. Für einen möglichen Zwischenfall halte man jedoch 500 mg Ascorbinsäure (Vitamin C), 80 mg eines Eisenpräparates i.v. bereit. Zur Überbrückung gewisser Abstinenzerscheinungen, Festigung des seelischen Gleichgewichts und zur Erleichterung des Kontaktes bei der Einleitung der Psychotherapie kann man auf Valium, Librium oder Protactyl zurückgreifen. Schließlich soll man ja nicht nur verbieten, sondern von Anfang an versuchen, die durch die Abstinenz entstandene Lücke zu schließen. Dabei ist zu beachten, daß der Kranke nicht auf ein anderes Mittel umsattelt.

## Wichtiger Hinweis

Neue Anschrift der  
Bayerischen Landesärztekammer  
und Kassenärztlichen Vereinigung  
Bayerns

ab 1. Juli 1971:

**München 80, Mühlbauerstraße 16**

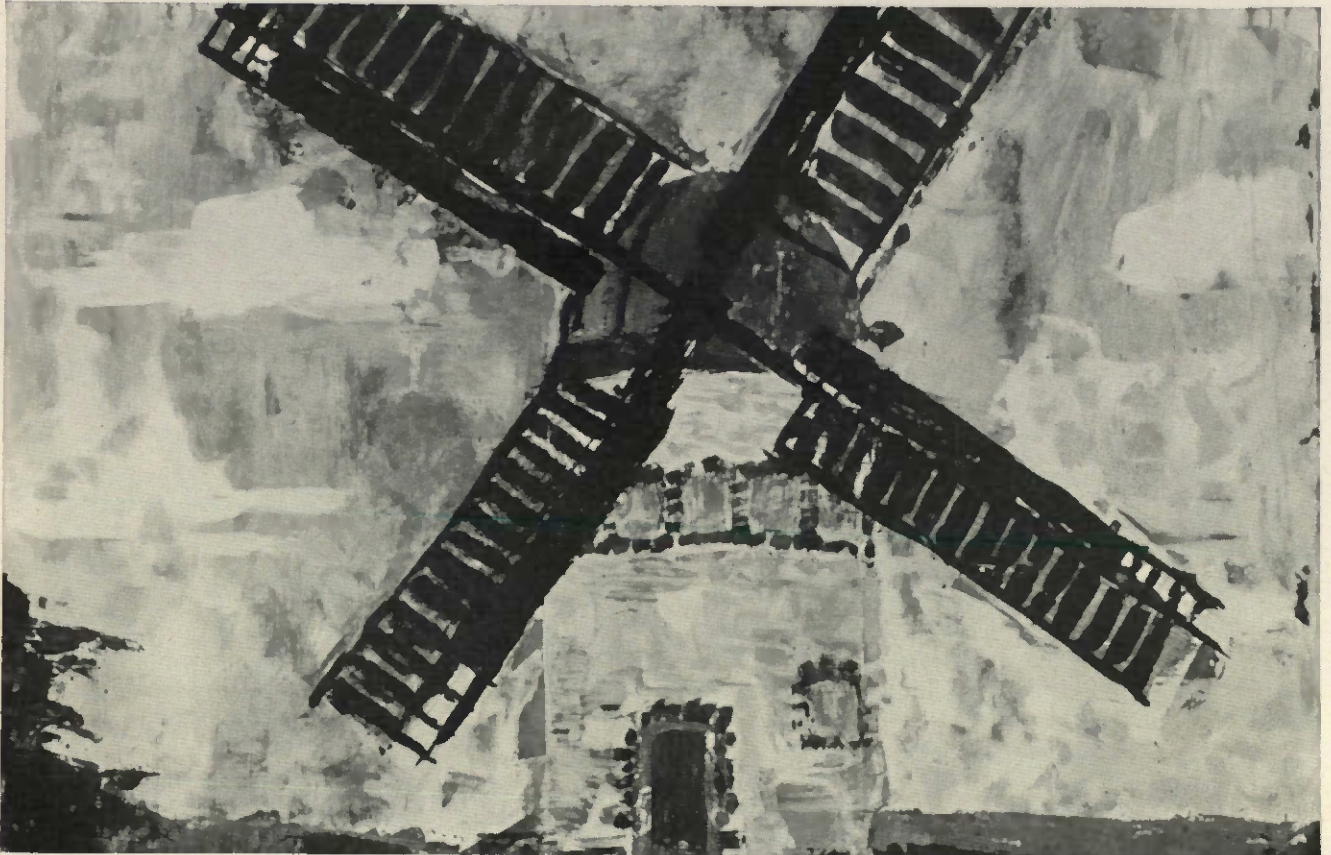
**Telefon (08 11) 47 60 87**

Je lückenloser die Betreuung durch den Arzt und Sozialarbeiter, desto eher wird man auf zusätzliche Medikamente verzichten können.

Zur Domäne der ambulanten Behandlung zählen vor allem die Phasen 1 und 2 (Präalcoholismus), der Gewohnheits- und Gelegenheitsstrinker, der Kontakt- und Konflikttrinker im Anfangsstadium, der neurotisch-psychopathisch Haltlose, Gehemmte, Stimmungsstabile, Selbstunsichere und Mutlose, soweit sie noch über ausreichenden guten Willen, genügende Intelligenz, Einsicht und sittliche Grundlagen und Halt verfügen und noch keine gröberen körperlich-seelischen Alkoholschäden in Erscheinung getreten sind. Bekanntlich werden durch den Alkohol eher das Gefühlsleben und die Willenskräfte abgebaut als der Verstand.

In diesem Stadium des „einfachen Trinkens“ (BINDER) und des „gewöhnheitsmäßigen Mißbrauches“ (SOLMS) hat die ambulante Behandlung ihre besondere Berechtigung und Erfolge zu erwarten. Mit Hilfe von Disulfuram, der psychotherapeutischen Einzel- oder Gruppenbehandlung und ausreichender Überwachung wird man die Abstinenz auf lange Sicht durchführen können. Mehrfache Rückfälle bei ungenügender Betreuung weisen auf eine Progression hin und lassen die Einleitung einer Heilstättenbehandlung angezeigt erscheinen. Damit soll keineswegs gesagt sein, daß man zunächst alle Alkoholiker ambulant behandeln sollte. Die Empfehlung von O. MAAS, Disulfuram sollte man gerade bei älteren Personen versuchen, um innere Spannungen zu überwinden, erscheint mir unbegründet, einmal weil ihm keinerlei Sedativwirkung zukommt und dann das Alter gerade die Gefahr von Zwischenfällen erhöht. Fortgeschrittene Kranke der Phasen 2 und 3 wird man ohnehin von Anfang an für eine Heilstättenbehandlung vormerken oder in ein Nervenkrankenhaus einweisen lassen. Der Rückfall von heute ist an sich nicht mehr die Katastrophe von gestern, weil wir den Kranken viel rascher wieder in den Griff bekommen können.

# Perphyllon® schafft Luft



**Indikationen:** Asthma bronchiale, Status asthmaticus, Emphysem, Bronchitis spastica bei Säuglingen und Kleinkindern (Suppositorien für Kinder), chronische asthmatische Bronchitis, Asthma cardiale, Angina pectoris, koronare und zerebrale Durchblutungsstörungen

**Kontraindikationen:** Glaukom; Bei Tachykardie mit und ohne Herzinsuffizienz sowie bei kurz vorher verabreichten Broncholytika aus der Adrenalin-Reihe darf Perphyllon nicht intravenös, sondern nur intramuskulär verabfolgt werden

**Dosierung:** Ampullen: 2-4 ml pro dosi und maximal 10 ml pro die. Applikationsart: intraglutäal oder langsam intravenös (1 Ampulle mit 2 ml in mindestens 2 min). Nicht subkutan injizieren!

Suppositorien für Erwachsene: 1-2 Zäpfchen täglich, Suppositorien für Kinder: Säuglinge 2 mal 1/2 Zäpfchen, Kleinkinder 2-3 mal täglich 1 Zäpfchen. Tabletten: bis zu 4 mal täglich 1 Tablette mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen. Die Tabletten sind mit einem magenresistenten Schutzfilm versehen und sollen unzerkaut geschluckt werden

## Broncholytikum

**Zusammensetzung:**

7-( $\beta$ -Hydroxyäthyl)-theophyllin

Theophyllin

Papaverin · HCl

Atropinmethylnitrat (Eumydrin® BAYER)

Phenyläthylbarbitursäure (nicht in Amp.)

**Packungen und Preise:**

5 Ampullen DM 4,00

5 Supp. für Erw. DM 3,00

10 Supp. für Erw. DM 5,25

5 Supp. für Kinder DM 2,25

10 Supp. für Kinder DM 3,70

20 Tabletten DM 4,50

50 Tabletten DM 9,75

Anstaltspackungen



Chemiewerk HOMBURG  
Zweigniederlassung der Degussa  
Frankfurt am Main

Die psycholytische Behandlung mit LDD (Lysergsäure-Diäthylamid-25) ist in der Hand des erfahrenen Psychotherapeuten relativ ungefährlich. Doch sollte man aus ärztlich-ethischen und sozialpsychiatrischen Erwägungen (Mißbrauch!) darauf verzichten. Außerdem ist der spektakuläre Anspruch auf die therapeutische Wirksamkeit beim Alkoholismus wissenschaftlich in keiner Weise gerechtfertigt (A. LUDWIG, J. LEVINE, Ärztliche Praxis 60/1970). Schließlich kann es Chromosomenschäden und den Drang zum Töten auslösen.

Neben der Abstinenzkur und der psychotherapeutischen Behandlung darf man nicht versäumen, den ganzen Menschen zu sanieren, also auch Herz, Kreislauf, Leber usw. in Ordnung zu bringen. Die schweren Eisenmangelschäden der Nachkriegszeit und die Virushepatitis sind allmählich wieder von den vermehrten Alkoholschäden abgelöst worden.

Warum ein Teil der Alkoholiker zur Fettleber und Zirrhose neigt, ist noch unklar. Sicher ist: wer weniger als 80 g reinen Alkohol (= 1 Flasche Wein) täglich trinkt, wird bei gesunder Leber und normalkalorischer Kost voraussichtlich ohne Leberschaden davorkommen. Über 80 g beginnt die toxische Gefährdung. Während sich die Fettleber ziemlich rasch entwickelt, tritt trotz zunehmenden Mißbrauchs ein relativ stabiles Gleichgewicht im Leberstoffwechsel ein. Wer jedoch 10 bis 15 Jahre lang täglich 160 g reinen Alkohol (= 2 Flaschen Wein) zu sich nimmt, muß in 17 v. H. mit einem schweren Leberschaden rechnen. Liegt die Tagesdosis über 160 g, dann steigt die Quote auf 75 v. H.

Wann beim einzelnen eine akute Alkoholhepatitis mit Parenchymdegeneration mit kleinknotiger Zirrhose zu erwarten ist, ist ebenfalls nicht bekannt.

Für die Behandlung des Leberschadens (akute Alkoholhepatitis, Fettleber, Zirrhose) empfehle ich die Anweisungen von KALK und BRÜHL (Leber- und Gallengangserkrankungen) und von BRÜHL (ABC für Leberkranke, G. Thieme Verlag, 1967).

Bei entsprechender Abstinenz kann sich die Fettleber innerhalb von acht Wochen ziemlich rasch zurückbilden. Auch die Prognose der Zirrhose und der akuten Alkoholhepatitis ist keineswegs stets ungünstig; denn die restlichen Leberzellen neigen zur Hyperplasie (abnorme Zellvermehrung), wodurch die Leberfunktion zum Teil wieder hergestellt werden kann. Frauen mit hepatischer Porphyrie müssen Ovulationshemmer meiden, desgleichen bei Verdacht oder nach Ablauf einer Hepatitis (Kontrolle der Leberfunktionen!).

Herz-Kohlehydratstoffwechsel benötigen zusätzlich hohe Vitamin-B- und Folsäuregaben, besonders nach Alkoholgastritis und Magenresektion.

Mit der einsetzenden Alkoholabstinenz sinkt zumeist automatisch der Nikotinmißbrauch, haben doch beide nicht selten die gleiche seelische Wurzel. Obwohl es sich in der Regel nicht um süchtige Raucher, sondern

um Ketten- oder Gewohnheitsraucher handelt, weil die Suchtkriterien fehlen, ist die totale Nikotinabstinenz ungleich schwieriger durchzusetzen als die Alkoholabstinenz.

### c) Erste Hilfe

Unter den vielen Unfallverletzten befinden sich erfahrungsgemäß auch Alkoholiker. Der zugezogene Arzt sollte daher bei einem nicht ansprechbaren Verletzten nicht nur an einen Schädelbruch mit oder ohne epiduralem Hämatom, an eine Apoplexie, ein diabetisches Koma, eine Hirnverletzung, eine Hypoglykämie, sondern auch an eine mögliche akute Alkoholvergiftung denken (Alkoholfahne!). Teststreifen zur Glukosebestimmung im Blut bereithalten! Mit 5 mg Apomorphin und 5 mg Novadral i.m. erzielt man in der Regel nach fünf Minuten Erbrechen und nach drei Stunden eine völlige Wiederherstellung (v. CLARMANN).

Jeder einfache Rausch klingt spätestens nach 4 bis 12 Stunden ab. Die komatöse Form gehört ebenso in klinische Behandlung wie der komplizierte Rausch. Bei antabusbehandelten Alkoholikern vermeide man alkoholhaltige Medikamente (s. Antabuskarte in der Brieftasche!).

Bei der Einweisung von „Betrunkenen“ in eine Ausnüchterungszelle des Polizeireviere sei man sehr vorsichtig! Grundsätzlich gehört jeder Bewußtlose solange ins Krankenhaus, bis er wieder bei Bewußtsein ist. Das trifft auch für einen „Betrunkenen“ zu. Die Polizei sollte sie grundsätzlich nicht in die Ausnüchterungszelle übernehmen, weil trotz vorausgehender ärztlicher Untersuchung wiederholt schwerwiegende Folgen nicht vermieden werden konnten: Verwechslung mit Gehirnblutung, diabetischem Koma, hypoglykämischen Zuständen, Krebs-Kachexie mit nachfolgendem Tod.

Muß ein chronischer Alkoholiker operiert werden, dann überprüfe man zunächst Herz-, Leber-, Nierenfunktionen. Mit dem Ausbruch eines Delirs oder eines Erregungszustandes ist unter diesen Umständen stets zu rechnen. Jede Narkose bedeutet für diesen Personenkreis ein erhöhtes Risiko. Eine intravenöse Kurznarkose mit Barbituraten wäre zu gefährlich, da in der Regel auch höhere Narkosedosen benötigt werden. Auch nach der Operation muß sich der Arzt auf mögliche Zwischenfälle gefaßt machen. Infusionen mit Treubenzucker, Vitaminen usw. sind zu empfehlen.

Der antabusbehandelte Alkoholiker ist als Blutspeender ungeeignet, weil die Überempfindlichkeit gegenüber dem Alkohol etwa fünf Tage anhält und auf den Empfänger übertragen würde. Er würde gefährdet, falls er zufälligerweise Alkohol trinken würde. Neuerdings wird diese Theorie allerdings bezweifelt. Bei hypoglykämischen Zuständen, die nicht vom Promillegehalt abhängen, gebe man 10 bis 20 g einer 20%igen Glukose i.v., eventuell mehr oder 1 mg Glukagon, den Hormonantagonisten des Insulins.

(Fortsetzung folgt)

# Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen

(Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) vom 28. April 1971

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 181 Abs. 2 und § 368 p Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung (RVO) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen in den §§ 181, 181 a Abs. 1 und § 368 e RVO\*) entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

## A. Allgemeines

(1) Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen

a) der Früherkennung des Brust-, Genital- und Rektumkrebses bei Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres an,

b) der Früherkennung des Rektum- und Prostatakrebses bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an.

(2) Sie sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, daß aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

\*) § 181 RVO:

(1) Versicherte haben zur Sicherung der Gesundheit Anspruch auf folgende Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

1. Kinder bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden,
2. Frauen vom Beginn des dreißigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. Männer vom Beginn des fünfundsiebzigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(2) § 182 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschließt das Nähere über die Art der Untersuchungen, die den in § 181 a Abs. 1 unter den Nummern 1 bis 4 genannten Erfordernissen zu entsprechen haben.

§ 181 a RVO:

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, über § 181 hinaus weitere Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen, wenn

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

§ 368 a RVO:

Oder Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassanarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Die Sätze 1 und 2 gelten bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend.

(3) Es werden diejenigen Untersuchungen durchgeführt, die in den Abschnitten B oder C festgelegt sind.

(4) Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

(5) Die bei diesen Maßnahmen mitwirkenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

## B. Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen

Die Maßnahmen zur Früherkennung des Brust-, Genital- und Rektumkrebses bei der Frau umfassen folgende Leistungen:

### 1. Klinische Untersuchungen

Gezielte Anamnese

Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten

Spiegeleinstellung der Portio

Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portiooberfläche und aus dem Zervikalkanal

Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung

Bimanuelle gynäkologische Untersuchung

Digitale Untersuchung des Rektums

### 2. Zytologische Untersuchung

Die zytologische Untersuchung umfaßt die Auswertung des zur zytologischen Untersuchung entnommenen Materials. Sofern der untersuchende Arzt die zytologische Untersuchung nicht selbst ausführt, sendet er das Material an einen Zytologen, der den einsendenden Arzt unterrichtet.

### 3. Folgerung aus den Ergebnissen und Beratung der Untersuchten

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge treffen, daß im Rahmen der Krankenhilfe (§§ 182, 188 RVO) diese Fälle weiter, insbesondere gezielter fachärztlicher Diagnostik, gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

#### 4. Aufzeichnungen und Dokumentation

- a) Die Untersuchungen werden auf einem dreiteiligen Berichtsvordruck aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Der ausgefüllte dreiteilige Berichtsvordruck wird zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an den Zytologen gesandt.
- c) Die Teile a) und b) des Berichtsvordruckes werden vom Zytologen ausgefüllt an den Einsender zurückgeschickt; Teil c) bleibt beim Zytologen.
- d) Der Teil a) wird nach abschließenden Eintragungen vom untersuchenden Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil b) bleibt beim untersuchenden Arzt und soll fünf Jahre aufbewahrt werden.
- e) Sofern der untersuchende Arzt auch die zytologische Untersuchung ausführt, wird nur Teil a) des Berichtsvordruckes nach abschließender Eintragung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht; die Teile b) und c) bleiben beim untersuchenden Arzt.
- f) Durch Ankreuzen der hierfür vorgesehenen Kästchen ist auf dem Berechtigungsschein anzugeben, ob aufgrund der Untersuchungen weitere Maßnahmen veranlaßt oder empfohlen wurden.
- g) Die an der Durchführung der zytologischen Untersuchung Beteiligten sind gehalten, für eine ordnungsgemäße Befund- und Präparatedokumentation zu sorgen. Die Befunde sind fünf Jahre aufzubewahren; Präparate der Gruppen Papanicolaou III bis V zwei Jahre.
- h) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sammeln die aus den Berechtigungsscheinen, Honorarabrechnungen und den Untersuchungsvordrucken anfallenden Ergebnisse und werten sie aus. Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.

#### C. Früherkennungsmaßnahmen bei Männern

Die Maßnahmen zur Früherkennung des Rektum- und Prostatakrebses beim Mann umfassen folgende Leistungen:

##### 1. Klinische Untersuchung

Gezielte Anamnese

Digitale Untersuchung des Rektums und Abtasten der Vorsteherdrüse vom After aus

Palpation regionärer Lymphknoten

##### 2. Urnuntersuchung

auf Eiweiß, Zucker und Sediment

##### 3. Folgerung aus den Ergebnissen und Beratung der Untersuchten

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so

soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß im Rahmen der Krankenhilfe (§§ 182, 188 RVO) diese Fälle weiterer, insbesondere gezielter fachärztlicher Diagnostik, gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

#### 4. Aufzeichnungen und Dokumentation

- a) Die Untersuchung wird auf einem zweiteiligen Berichtsvordruck aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Teil a) des Berichtsvordruckes wird nach abschließender Eintragung vom Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil b) bleibt beim Arzt und ist fünf Jahre aufzubewahren.
- c) Durch Ankreuzen der hierfür vorgesehenen Kästchen ist auf dem Berechtigungsschein anzugeben, ob aufgrund der Untersuchungen weitere Maßnahmen veranlaßt oder empfohlen wurden.
- d) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sammeln die aus den Berechtigungsscheinen, Honorarabrechnungen und den Untersuchungsvordrucken anfallenden Ergebnisse und werten sie aus. Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.

#### D. Bescheinigungen

Bei Inanspruchnahme der Untersuchungen ist dem Arzt jeweils ein Berechtigungsschein vorzulegen (§ 181 b RVO).

Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verständigen sich über Form und wesentlichen Inhalt des Berechtigungsscheines. Er soll insbesondere Aufschluß geben über den Leistungsinhalt.

#### E. Inkrafttreten und Weiterführung bisheriger Maßnahmen

Die Richtlinien treten am 1. Juli 1971 in Kraft.

Bisher unter Einschluß der Kolposkopie durchgeführte Früherkennungsmaßnahmen können fortgeführt werden, um aus ihren Ergebnissen weitere wissenschaftliche Aufschlüsse über den Wert dieser Untersuchungsmethode im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen zu gewinnen.

In diesen Fällen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen, daß die Ergebnisse der kolposkopischen Untersuchungen aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Bonn-Bad Godesberg, den 28. April 1971

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende  
gez. Dr. Steup

# Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres

(Kinder-Richtlinien) vom 28. April 1971

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 181 Abs. 2 und § 368 p Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung (RVO) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen in den §§ 181, 181 a Abs. 1 und § 368 e RVO\*) entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres.

## A. Allgemeines

(1) Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres dienen der Früherkennung folgender Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden.

1. Adrenogenitales Syndrom
2. Augenfehler
3. Zerebralpareesen
4. Diabetes
5. Dystrophie (chronische Gedelstörungen)
6. Fehlbildungen: Hüftgelenksanomalien
7. Fehlbildungen, andere orthopädische
8. Fehlbildungen, nicht orthopädische
9. Harnwegsinfektionen
10. Harnwegsmißbildungen
11. Herzfehler
12. Hodenlageanomalien
13. Hörschäden
14. Psychische Entwicklungsstörungen
15. Rachitis
16. Schilddrüsenerkrankungen
17. Sprachstörungen
18. Statische/statomotorische Entwicklungsstörungen
19. Stoffwechselstörungen — ausgenommen Diabetes

Die laufenden Nummern dieser Aufstellung sind zugleich die Kennziffern nach C 3.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, daß aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden.

(3) Es werden die Untersuchungen durchgeführt, die im Abschnitt B festgelegt und im Untersuchungsheft für Kinder aufgeführt sind. Dabei sollen die in den Abschnitten C und D aufgestellten Richtlinien über

Aufzeichnungen, Dokumentation und Bescheinigungen beachtet werden.

(4) Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß im Rahmen der Krankenhilfe (§§ 182, 188 RVO) diese Fälle weiterer, insbesondere gezielter fachärztlicher Diagnostik, gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

(5) Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

(6) Die bei diesen Maßnahmen mitwirkenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

## B. Untersuchungen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten vier Lebensjahren umfassen insgesamt sieben Untersuchungen gemäß den im Untersuchungsheft für Kinder gegebenen Hinweisen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen in Anspruch genommen werden.

### 1. Neugeborenenenerstuntersuchung (Erste Untersuchung)

Die erste Untersuchung soll unmittelbar nach der Geburt vorgenommen werden. Ist ein Arzt nicht anwesend, soll die Hebamme diese Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen, gegebenenfalls notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Dabei ist auf Kolorit, Atmung, Tonus, Reflexe beim Absaugen, Herzschläge, den Asphyxieindex sowie auf Gelbsucht, Ödeme und die Reife des Neugeborenen zu achten.

### 2. Neugeborenen-Basisuntersuchung vom 5. bis 10. Lebensstag (Zweite Untersuchung)

Erhebung der Vorgeschichte

Schwangerschaftsverlauf

Entbindungsverlauf

Feststellung, ob BCG-Impfung und Rachitisprophylaxe durchgeführt wurden

Veranlassung des Guthrie-Tests

\*) Siehe Fußnote Seite 660



# Gezielte Glykosid-Therapie



## Cordalin<sup>®</sup>-Strophanthin

**Indikationen:** Kardiale Dekompensation; Lungenödem  
Angina-pectoris-Anfall; Herzschwäche bei Herzinfarkt  
Apoplexie

**Kontraindikationen** sind für Cordalin-Strophanthin bisher nicht bekannt.

**Wirkungsweise:** Cordalin-Strophanthin vereinigt die Vorzüge des Cordalin (neutrale Reaktion, gute Verträglichkeit, Diuresesteigerung, Senkung der Pulsfrequenz und Verbesserung der Koronardurchblutung) mit der bekannten Herzwirkung des k-Strophanthin (Verstärkung der Herzleistung und Hemmung der Reizbildung).

**Nebenwirkungen:** Herzwirksame Glykoside wie Strophanthin können gelegentlich zu Übelkeit und Brechreiz bzw. Sehstörungen (Farbensehen) führen. Die Cordalin-Komponente kann Unruhe, Schwindelgefühl, Schweißausbruch oder Herzklopfen auslösen.

**Dosierung:** Ampullen: Am 1. Tag 2mal 1/4 mg und ab 2. Tag 1mal 1 Ampulle 1/4 oder 2mal 1/8 mg Cordalin-Strophanthin intravenös

Suppositorien: 1-3 Suppositorien täglich (als Erhaltungsdosis)

### Zusammensetzung:

	7-( $\beta$ -Hydroxy- äthyl)- theophyllin	Theophyllin · 1 H <sub>2</sub> O	k-Strophanthin
1 Ampulle mit 2 ml 1/8 mg	170 mg	50 mg	0,125 mg
1 Ampulle mit 2 ml 1/4 mg	170 mg	50 mg	0,25 mg
1 Supp.	212 mg	64 mg	0,5 mg

### Packungen und Preise:

5 Ampullen 1/8 mg, 2 ml DM 5,25  
10 Ampullen 1/8 mg, 2 ml DM 9,05  
5 Ampullen 1/4 mg, 2 ml DM 5,25  
10 Ampullen 1/4 mg, 2 ml DM 9,05  
10 Suppositorien DM 7,25  
Anstaltspackungen



Chemiewerk HOMBURG  
Zweigniederlassung der Degussa  
Frankfurt am Main

## Wichtiger Hinweis

Neue Anschrift der  
Arbeitsgemeinschaft für Krebs-  
erkennung und Krebsbekämpfung  
in Bayern

ab 1. Juli 1971:

**München 80, Mühlbauerstraße 16**  
**Telefon (08 11) 4774 01**

### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklungsstand
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch
5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane

### 3. Untersuchung in der 4. (spätestens 6.) Lebenswoche (Dritte Untersuchung)

#### Erhebung der Vorgeschichte

Normales Gedeihen  
Ernährung altersgemäß  
Abnorme Schreckhaftigkeit  
Schrilles Schreien  
Steifheit beim Füttern oder Baden  
Wird Bauchlage akzeptiert  
Spontanbewegungen der Gliedmaßen seitengleich  
Krampfanfälle  
Trinkschwierigkeiten  
Ergebnis des Guthrie-Tests

### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklungsstand
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch
5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane

### 4. Untersuchung im 4. bis 6. Lebensmonat (Vierte Untersuchung)

#### Erhebung der Vorgeschichte

Normales Gedeihen  
Ernährung altersgemäß

Abnorme Schreckhaftigkeit  
Schrilles Schreien  
Steifheit beim Füttern oder Baden  
Wird Bauchlage akzeptiert  
Spontanbewegungen der Gliedmaßen seitengleich  
Beginnende Greifbewegungen  
Reaktion auf Lichtquelle oder bewegliche Gegenstände  
Reaktion auf Geräusche  
Rachitisprophylaxe durchgeführt

### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklungsstand
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch
5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane
9. Psychische Entwicklung

### 5. Untersuchung im 9. bis 12. Lebensmonat (Fünfte Untersuchung)

#### Erhebung der Vorgeschichte

Zwischenzeitlich krank gewesen  
Krampfanfälle  
Freies Sitzen  
Kann sich aus Rücken- oder Bauchlage umdrehen  
Kaufähigkeit  
Reagiert auf fremde oder bekannte Personen unterschiedlich

### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklungsstand
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch
5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane
9. Psychische Entwicklung

### 6. Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (Sechste Untersuchung)

#### Erhebung der Vorgeschichte

Zwischenzeitlich krank gewesen  
Krampfanfälle  
Meist sauber, tagsüber trocken  
Schlafstörungen  
Sprachentwicklung altersgemäß

### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklung
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch

5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane
9. Psychische Entwicklung

#### 7. Untersuchung im 4. Lebensjahr (Siebente Untersuchung)

##### Erhebung der Vorgeschichte

Zwischenzeitlich krank gewesen  
Zuverlässig sauber und trocken  
Verhaltensauffälligkeiten

##### Eingehende Untersuchung

1. Gesamteindruck und Entwicklungsstand
2. Motorische Entwicklung
3. Herz und Lunge
4. Bauch
5. Geschlechtsorgane
6. Skelettsystem
7. Nervensystem
8. Sinnesorgane
9. Psychische Entwicklung
10. Urin auf Eiweiß, Zucker, Sediment

#### C. Aufzeichnungen und Dokumentation

(1) Die Eintragungen im Untersuchungsheft für Kinder erfolgen auf den für die einzelne Untersuchung vorgesehenen Seiten (Verwendung von Kohlepapier zum Durchschreiben möglich). Auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.

(2) Die Angaben zur Vorgeschichte und die bei den Untersuchungen erhobenen Befunde sollen durch Ankreuzen der hierfür im Untersuchungsheft für Kinder jeweils vorgesehenen Kästchen gekennzeichnet werden.

(3) Beim Vorliegen einer unter A (1) aufgeführten Krankheit oder eines entsprechenden Krankheitsverdachts soll die dort genannte Kennziffer in dem dafür vorgesehenen Kästchen eingetragen werden.

(4) Durch Ankreuzen der hierfür vorgesehenen Kästchen ist sowohl im Untersuchungsheft für Kinder als auch auf dem Berechtigungsschein anzugeben, ob aufgrund der Untersuchungen weitere Maßnahmen veranlaßt oder empfohlen wurden.

(5) Auffällige Befunde soll der Arzt in seinen eigenen Aufzeichnungen festhalten und diese entsprechend § 5 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages (Ärzte) mindestens fünf Jahre aufbewahren. Bei eventuellem Arztwechsel im Rahmen dieser Früherkennungsmaßnahmen soll er dem später untersuchenden oder behandelnden Arzt auf dessen Anforderung diese Befunde bekanntgeben.

(6) Die für die jeweilige Untersuchung vorgesehene und ausgefüllte Zweitschrift ist aus dem Untersuchungsheft für Kinder herauszunehmen und zusam-

men mit dem als Abrechnungsgrundlage dienenden Berechtigungsschein der für den Praxissitz des Arztes zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zuzuleiten.

(7) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sammeln die aus den Berechtigungsscheinen, Honorarabrechnungen und den Untersuchungsvordrucken anfallenden Ergebnisse und werten sie aus. Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.

#### D. Bescheinigungen

Bei Inanspruchnahme der Untersuchungen ist dem Arzt jeweils ein Berechtigungsschein vorzulegen (§ 181 b RVO); die Berechtigungsscheine für die Neugeborenen-Erstuntersuchung und die Neugeborenen-Basisuntersuchung können nachgebracht werden.

Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verständigen sich über Form und wesentlichen Inhalt des Berechtigungsscheines. Er soll insbesondere Aufschluß geben über den Leistungsinhalt.

#### E. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 1. Juli 1971 in Kraft.

Bonn-Beck Godesberg, den 28. April 1971

Bundeseusschuß der Ärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende  
gez. Dr. Steup

## Standesleben

### Neuernennungen im Kuratorium der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

Zu neuen Mitgliedern des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin wurden von Herrn Staatsminister Dr. PIRKL auf die Dauer von vier Jahren berufen:

Direktor Dipl.-Ing. A. EVERS-MANN, Firma Krauss-Maffei,

W. HEITZER, DGB Landesbezirk Bayern, und Privatdozent Dr. H. J. WOITOWITZ, Institut für Arbeits- und Sozial-Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg. Die Berufungsurkunde wurde den neuen Mitgliedern in der Kuratoriumssitzung am 19. Mai 1971 von Ministerialdirektor Dr. SCHMATZ überreicht.

Die Neuberufung war notwendig geworden durch das Ausscheiden der Kuratoriumsmitglieder MdB BREDL, Dr. von GRONAU und Professor Dr. LEHNERT.

# Eu-Med®

gynäkologische Schmerzen  
rheumatische Schmerzen  
grippale Infekte  
Kopfschmerzen

**Dosierung**  
Erwachsene:  
1-2 Tabletten bis zu 3 x 2  
Tabletten oder bis zu 3 x 1  
Suppositorium täglich.  
Kinder:  
je nach Lebensalter 4-1 Ta-  
blette oder bis zu 2 Supposito-  
rien täglich.  
Die Tabletten in etwas Wasser  
zerfallen lassen oder vor dem  
Einnehmen zerbeißen.

**Zusammensetzung:**  
Tabletten/Suppositorien:  
Aminophenazon,  
Phenylmethylpyrazolon,  
Phenacetin 53 0,15/0,3 g,  
Coffein 0,08/0,1 g.

**Handelsformen:**  
10 Tabletten - DM 1,40  
20 Tabletten - DM 2,40  
6 Suppositorien - DM 2,20  
Großpackung zu 100 Tabletten  
Kleinpackungen zu 250 Tabletten  
und 200, 500, und 1000 eingeschalteten  
Tabletten sowie 50 Suppositorien.

Schmerzerlebnis verlangt  
nach Schmerzbefreiung



MED  
Pflüger  
Berlin 31



# Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

45. Fortbildungskurs — Tagesvorsitz: Professor Dr. R. G r o s s

(Fortsetzung)

## Tagesthema: Blutungen und Thrombosen

Professor Dr. R. GROSS, Köln:

### Blutungen und Thrombosen

Die Blutungsübel und Thrombosen sind anerkanntermaßen wichtige und häufige Syndrome auch in der täglichen Praxis. Schon mit allgemeinmedizinischen Kenntnissen und einigen einfachen, überall durchführbaren Tests sind die für das therapeutische Vorgehen entscheidenden diagnostischen Schlüsse zu ziehen. Wichtiger als ausgedehnte Laboruntersuchungen ist häufiger eine sorgfältige Anamnese. Wenn es blutet, ist zunächst zu prüfen, ob eine rein lokale Ursache (z. B. eine Verletzung) oder eine allgemeine Blutungsbereitschaft (z. B. Thrombopenie) vorliegt. Einer Blutung können aber auch gemischte Ursachen zugrunde liegen, wie sich am Beispiel einer Ösophagusvarizenblutung (= lokale Ursache) im Rahmen einer Leberzirrhose (Ursache der allgemeinen Blutungsneigung und portalen Hypertension) demonstrieren läßt. Es sollte auch die Lokalisation der Blutungen beachtet werden: Als Blutungstypen unterscheidet man Blutungen an Haut oder Schleimhäuten, Blutungen in ein Hohlraumsystem mit Abfluß (z. B. Nierenbecken), in einen Hohlraum ohne Abfluß (z. B. Schädelinneres oder Perikard) oder in ein festes Gewebe hinein (z. B. Weichteilhämatome). Die starke Färbekraft des Blutes führt dann leicht zu Überschätzungen der Blutverluste, wenn Beimischungen von Sekreten unberücksichtigt bleiben (besonders leicht bei Magen-, Darm- und Lungenblutungen). Zu einem Volumenkollaps kann es bei Blutverlusten über 800 bis 1000 cm<sup>3</sup> kommen. Durch schlechten Allgemeinzustand, Organschäden und falsche Vasomotorenreaktionen kann diese Grenze herabgesetzt werden.

Bei der Häufigkeit der verschiedenen „großen“ Blutungen liegen die Magen-Darmblutungen mit rund 25% und die Hämoptysen mit 22% an der Spitze. Etwa 40% aller zur Krankenhausbehandlung kommenden Patienten haben bei ihrer Aufnahme oder während des stationären Aufenthaltes Blutungen, wobei die nur mikroskopisch nachweisbaren eingeschlossen sind. Davon haben nicht einmal 2% eine hämorrhagische Diathese und rund 3% Hämostasedefekte. Von letzteren entfallen rund 3/4 auf Thrombozytendefekte (bei Leukämien, Knochenmarkkarzinosen, Pancytopenien und Thrombozytopenien durch toxische und allergische Wirkungen und Autoaggression); die echten hereditären Blutgerinnungsstörungen treten demgegenüber zahlenmäßig weit zurück.

Für die Differentialdiagnostik der hämorrhagischen Diathese ist die Vergewärtigung der Blutstillung

im Organismus von Bedeutung. Die primäre Blutstillung wird durch die Haftung und durch die Zusammenballung sowie die Umwandlung von Plättchen, d. h. durch den weißen Thrombus, bewirkt. Die Plättchen greifen ihrerseits auch in die Integrität und Funktion der Gefäße sowie in die eigentliche Blutgerinnung ein, die mit dem Einschluß von Erythrozyten in das Fibrin zu einem sogenannten roten Thrombus führt. Letztere tritt erst bei höheren Lebewesen auf, vermutlich als zusätzliche Sicherung bei höherem Blutdruck und ausgedehnterem Gefäßsystem. Für die plasmatischen Gerinnungsdefekte sind vor allem Nachblutungen, z. B. nach Verletzungen, sowie anhaltende Sickerblutungen in Gelenke auf der Grundlage kaum bemerkter Mikrotraumen typisch. Bei vaskulären hämorrhagischen Diathesen (meist allergischen oder immunologischen Ursprungs) wird demgegenüber ubiquitär die Endstrombahn unter dem Bild einer Purpura betroffen. Die Störungen der Thrombozyten, besonders die Thrombozytopenien, betreffen entsprechend unseren Kenntnissen über die Funktion der Plättchen in der Blutstillung grundsätzlich alle Arten der vorgenannten Blutungstypen.

Professor Dr. H. G. LASCH, Gießen:

### Diagnostik und Therapie erworbener Blutungsübel

Wie bei den angeborenen Blutungsübeln, so kann man auch bei den erworbenen Störungen der Hämostase zwischen Gerinnungs- bzw. Thrombozyten- und primären Gefäßstörungen unterscheiden, obwohl im Gegensatz zu den kongenitalen Defekten meist Kombinationen der einzelnen Formen miteinander vorliegen. Eine bezüglich der Pathogenese und einzuschlagenden Therapie aussagekräftige Differenzierung sollte in plasmatische Defekte, Bildungsstörungen und Umsatzstörungen bei der Blutgerinnung erfolgen. Sowohl aus einer zu geringen Nachlieferung der Gerinnungsfaktoren als auch aus ihrem zu schnellen Umsatz resultiert eine verminderte Koagulabilität.

Unter Bildungsstörungen sind jene zu verstehen, die sich insbesondere in der Leber abspielen und die besonders auch die Vitamin-K-Funktion betreffen. Das fettlösliche (und deshalb bei bestimmten Prozessen nicht resorbierbare) Vitamin K ist an der Bildung des Prothrombins und seiner Derivate beteiligt. Gelangt z. B. bei einem Gallenwegsverschluß oder bei einem Malabsorptionssyndrom zu wenig Vitamin K zur Leber, so kommt es zu einem Abfall des Prothrombins und Faktors 7 und dadurch zur Blutungsneigung. In den gleichen Mechanismus greift man prinzipiell bei der Behandlung mit Antikoagulantien ein. Es ist zu beachten, daß bei einer hierdurch ausgelösten Blutung

durch Vitamin-K-Zufuhr allein das Blutungsgerinnungssystem erst nach 4 bis 6 Stunden beeinflusst wird, und daß eine sofort notwendige Blutstillung besser durch direkte Substitution von Prothrombin erreicht werden kann. Bei der hepatogenen Blutung liegen meistens kombinierte Defekte vor: Der auch hier bestehende Prothrombinmangel hat seine Ursache in einer verminderten Bildungsfähigkeit durch die alterierte Leberzelle. Zur Differenzierung beim Ikterus bewährt sich noch immer der KOLLER-Test: Beim Leberparenchymschaden vermag zugeführtes Vitamin K im Gegensatz zum Verschlüßikterus die Blutgerinnungsstörung nicht zu beeinflussen. Darüber hinaus findet man bei Lebererkrankungen auch eine Verminderung praktisch aller Gerinnungsfaktoren und der Thrombozyten mit Beeinträchtigung des Thrombelastogramms und der Fibrinolyse. Dies läßt sich erklären durch den beim Leberparenchymschaden zutage tretenden kombinierten Defekt der Bildungs- und Entaktivierungsstörung. Gerade durch die mangelnde Entfernung von aktivierten Gerinnungsfaktoren aus dem Blut kann es zu einer Umsatzstörung und Beeinflussung des Gerinnungsgleichgewichtes kommen, wie sie charakteristisch für die Verbrauchskoagulopathie ist.

Die Verbrauchskoagulopathien, die heute als häufigste Ursache einer hämorrhagischen Diathese in der Klinik gelten, sind charakterisiert durch die Aktivierung des Umsatzes und Verbrauchs an Gerinnungsfaktoren sowie durch eine konsekutive Blutungsneigung. Zu einem gesteigerten Umsatz an Gerinnungsfaktoren in der Blutbahn können folgende Aktivierungsmechanismen beitragen: Endotoxine, Hämolyse, Immunreaktionen, Einstrom von Gewebsthromboplastin oder artikulären Substanzen, Endothelschäden, proteolytische Substanzen sowie eine verlanosamte Blutzirkulation. Zur Normalisierung der Hämostase ist bei einer solchen Umsatzstörung die Zufuhr des fehlenden Substrates (wie sie zur Behandlung einer Bildungsstörung ausreicht) meist unzureichend, unter Umständen sogar unangebracht. Es muß vielmehr der Grundmechanismus, nämlich die intravasale Gerinnung, etwa durch Heparininfusion unterbunden werden. Allein dadurch sind meist die Gerinnungsverhältnisse wieder zu normalisieren und Mikrozirkulationsstörungen zu beseitigen, wie sie z. B. bei einer Nierenrindennekrose, einer Lungenfunktionsstörung beim Cor pulmonale oder im Schock lokal oder allgemein für den Patienten so schwerwiegende Folgen haben können.

Um eine Umsatzstörung anderer Art handelt es sich bei den Immunkoagulopathien, die durch das Auftreten von primären und sekundären Hemmkörpern charakterisiert sind. Bei der Behandlung der hier einzuordnenden Hemmkörperhämophilie haben sich insbesondere Immunsuppressiva (Immurel, Kortikoide) bewährt. Ebenfalls um eine Immunerkrankung handelt es sich bei der erworbenen hämorrhagischen Diathese des Morbus VERLHOFF, die auf antithrombozytäre Faktoren zurückgeführt werden kann.

Professor Dr. W. SCHNEIDER, Tübingen:

### Thrombophlebitiden und Phlebothrombosen

OXNER und De BAKEY verstehen unter einer Phlebothrombose einen primär nicht entzündlichen, zunächst wandunabhängigen hämatogenen Gerinnungsvorgang ausschließlich im Bereich der tiefen intrafasziellen Venen und unter einer Thrombophlebitis einen lokal begrenzten, entzündlichen Wandprozeß der oberflächlichen extrafasziellen Venen. Diese Definition blieb nicht unwidersprochen. Zweifellos können beide Krankheiten mural entzündliche und hämatogene Gerinnungsvorgänge aufweisen. Es steht aber bei der Thrombophlebitis zeitlich und quantitativ die wandständige Entzündung und umgekehrt bei der Phlebothrombose die hämatogen und strömungsdynamisch ausgelöste Gerinnung (= Thrombose) im Vordergrund. Funktionell und pathogenetisch entscheidend ist also die Etage, in der der Prozeß lokalisiert ist: Der intrafaszielle Thrombose kann akut die Embolie folgen und später als chronischer Zustand das thrombotische Syndrom bzw. die chronisch-venöse Insuffizienz; die Folgen der oberflächlich extrafasziellen Phlebitis sind praktisch bedeutungslos.

Die wichtige Frühdiagnose der Phlebothrombose ist schwierig und meistens nur in 50 % der Fälle möglich, da die Frühsymptome häufig übersehen werden. Schon vor den Schmerzen (bursting pains) findet sich eine prall elastische Kongestion der Haut. Diese ist aufgeschwemmt, gespannt, im Liegen eher weiß, im Stehen mehr zyanotisch. Mit der Zeit verstreichen die Gelenkkonturen, und es erscheinen Signal- oder Warnvenen über der Schienbeinkante. Bei höchstens subfebrilen Körpertemperaturen findet sich eine lokale Hyperthermie; stärkere Schmerzen sind Ausdruck sekundär entzündlicher (muraler) Begleiterscheinungen. Charakteristische Druckpunkte sind der mediale Fußrand, die Wade zwischen den Gastrocnemiusköpfchen und der Adduktorenkanal am Oberschenkel. Der gefürchteten Embolie können annoncierende Mikroembolien vorausgehen, begleitet von allgemeiner Unruhe, von Schweregefühl und gelegentlicher depressiver Verstimmung. Eine sichere Frühdiagnose bringt nur die Phlebographie, die auch bei akuten Thrombosen ohne Gefahr durchgeführt werden kann. Die oberflächliche extrafaszielle Thrombophlebitis ist wesentlich leichter zu diagnostizieren und erfolgreich zu behandeln, zumal ernstere Folgezustände nicht zu erwarten sind. Die primäre Entzündung verursacht schon frühzeitig Schmerzen und Hautrötungen. Neben lokalen, entzündlichen und eitrigen Prozessen können auch allgemeine, z. B. drogen- und infektaergische Faktoren eine lokal umschriebene Wandentzündung auslösen, die schließlich sekundär zum thrombotischen Gefäßverschluß führt oder führen kann. Bei der chronisch venösen Insuffizienz bestimmen nicht primäre (d. h. angeborene) extrafaszielle Varizen, sondern tiefgreifende intrafaszielle Rückflußstörungen den Krankheitsverlauf; das entscheidende Kriterium ist die Dekom-

compensation, d. h. die Insuffizienz des venösen Rückstromes zum Herzen über die tiefen Leitvenen mit konsekutivem Ödem, Stauungsdermatose, Hypodermatitis und Ulkus. Die chronisch venöse Insuffizienz entwickelt sich im Rahmen eines postthrombotischen Syndroms, aber auch bei Trägern primärer tiefer Varizen ohne vorausgehende Thrombose. Zentrale (d. h. kardial, renal oder hepatogen bedingte) Ödeme allein verursachen weder eine Hypodermatitis noch ein Ulkus.

Therapeutisch kommen für die Thrombophlebitis in erster Linie Antiphlogistika in Frage. Bei frischen Phlebothrombosen sind Fibrinolytika erforderlich; Antikoagulantien allein sind nicht ausreichend, zumal die Spätfolgen, d. h. die Zerstörung der Klappen, nicht vermeidbar sind. Bringt die Fibrinolyse auch nach zwei Wochen noch keinen Erfolg, so soll die Ausräumung mit dem FOGARTY-Katheter erfolgen. Der Fibrinolyse schließt sich die Antikoagulantientherapie bzw. -prophylaxe für 2 bis 6 Monate an. Bei der Therapie der chronisch venösen Insuffizienz, besonders bei Ödemen und Ulzera steht die Kompressionstherapie mit Kreuzverbänden nach PÜTTER, die subfasziale Ligatur oder Verödung von insuffizienten Cocketvenen im Vordergrund. Hirudin, Heparin und Heparinoide in Salbenform wirken resorbierend auf Ödeme und Hämatome; die lokale Anwendung von Monophenylbutazonen und Salizylaten in Salbenform ist demgegenüber völlig unwirksam. Aescin wirkt ebenfalls nur bei innerer Medikation antiödematös, kann aber als Salbe die Resorption von Hämatomen fördern. Bei der Behandlung des Ulcus cruris steht neben der Verödungs- und Kompressionsbehandlung die lokale, sogenannte Kokardentherapie im Vordergrund: Das Ulkus selbst bzw. seine Granulationen werden mit einer „feuchten Kammer“, bei Belägen mit tryptischen Fermenten und Antibiotika und bei anzustrebender Epithelisierung mit Medicrucinpuder behandelt. Der Ulkusrand wird mit Gentianaviolett oder Pasten abgedeckt, die ekzematisierten Stauungsdermatosen unterliegen meistens den Regeln der (mikrobiellen) Ekzemtherapie.

Professor Dr. W. SCHOOP, Engelkirchen/Rheinland:

#### **Beurteilung und Behandlung der arteriellen Verschlüsse**

Thrombotische Vorgänge sind im arteriellen Gefäßsystem häufig. Sie spielen sich fast immer auf dem Boden von Wandveränderungen ab, wobei die entzündlich entstandenen stärker dazu neigen als die rein degenerativen Prozesse, wie wir sie beim Diabetes mellitus, Hypertonus oder den Hyperlipämien antreffen. Zu letzteren müssen z. B. noch frische Intimareaktionen, Atheromaufbrüche oder Faktoren von der Blutseite (eventuell veränderte Thrombozyteneigenschaften) hinzutreten, um zu Thrombosen bzw. arteriellen Verschlüssen zu führen.

In der Diagnostik haben sich in den letzten Jahren neue Gesichtspunkte dadurch ergeben, daß für die verschiedenen Lokalisationen und Kombinationen der

arteriellen Verschlüsse verschiedene Behandlungsmethoden bestehen. Deshalb ist es erforderlich geworden, neben der genauen Lokalisation auch Aufschluß über die Ausdehnung und Funktionsstörung der Verschlüsse zu erlangen. Neben einer gezielten Anamnese, genauen Puls palpation, Gefäßauskultation und Lagerungsprobe ist die bezüglich der Funktion besonders aussagekräftige Belastungsoszillographie aufwendigeren Untersuchungsmethoden vorzuziehen. Mit dem einfachen Apparat nach GESENIUS und KELLER wird zunächst ein Ruheoszillogramm geschrieben und anschließend nach Belastung mit 40 Zehenständen am distalen Unterschenkel fortlaufend abgeleitet mit einem Manschettendruck, bei dem in Ruhe die höchsten Ausschläge zu verzeichnen waren. Das Ausmaß der hierbei zu verzeichnenden Amplitudenverkleinerung und die Dauer bis zur Rückkehr zur Norm ist ein gutes Maß für die Schwere der Durchblutungsstörung und den Kompensationsgrad des Verschlusses. Man kann darüber hinaus durch Vergleich der Schreibungen nach Zehenstand und Kniebeugenbelastung Verschlüsse im Femoralis- und Iliakabereich differenzieren. Als weitere, wenig aufwendige Untersuchungsmethode kommt heute die poststenotische Blutdruckmessung mit der Ultraschall-Dopplertechnik in Frage. Erst wenn hierdurch kein klares Bild für die einzuschlagende Therapie zu erhalten ist, sind angiographische Untersuchungen angezeigt.

Bei der Mehrzahl der Fälle ist allein durch konservative Maßnahmen eine deutliche Besserung zu erzielen, auch wenn der eigentliche Verschluß oft bestehen bleibt. Hierbei bietet die gezielte Bewegungstherapie die besten Erfolgsaussichten. Diese sind um so günstiger, je weiter peripher der Verschluß liegt. Bei einem Drittel etwa der zur Behandlung anstehenden Patienten sind die Ergebnisse der Bewegungstherapie nicht befriedigend. Diese ließen sich bisher auch durch keine zusätzliche medikamentöse Therapie verbessern.

Einer gefäßchirurgischen Intervention ist nach wie vor der Vorzug zu geben bei den meisten Fällen von ganz frischen thrombotischen Verschlüssen, bei den Iliaka- und Femoralisverschlüssen, sofern Ruheschmerzen bestehen oder sich eine Nekrosebildung abzeichnet und schließlich bei jenen peripheren Verschlüssen, die durch eine konservative Therapie nicht mehr besserungsfähig sind. Die Streptokinase, die man zunächst nur bei frischen thrombotischen Prozessen glaubte einsetzen zu können, bleibt für alle inoperablen Patienten vorbehalten. Sie scheint sich nach neueren Ergebnissen auch bei nicht ganz frischen, aber noch nicht organisierten Verschlüssen im Aorta- und Iliakabereich zu bewähren, selbst wenn diese schon mehrere Monate lang bestehen. Die Sympathektomie hat ihre Berechtigung behalten bei schweren peripheren, aber auch bei nekrotisierenden und konservativ nicht mehr beeinflussbaren und inoperablen Femoralisverschlüssen. In letzter Zeit werden auch von radiologi-

scher Seite, zum Teil mit gutem Erfolg, Versuche unternommen, durch Verschieben von Kathetern bereits obliterierte Gefäße wieder zu eröffnen oder Stenosen zu beseitigen.

Aufgrund der differenzierten Therapiemöglichkeiten sollte man nicht versäumen, neben den Patienten mit nekrotisierenden Prozessen oder Ruheschmerzen auch solche mit Claudicatio intermittens einer gezielten stationären Diagnostik und Behandlung zuzuführen. Lediglich bei kompensierten Femoralarterien- oder peripheren Verschlüssen kann man sich mit einer konservativen Therapie oder Sympathektomie begnügen. Die Patienten sind eindringlich auf die Gefahren der Progredienz des Leidens bei Nikotinabusus hinzuweisen.

Professor Dr. R. SCHMUTZLER, Gießen:

### **Pathophysiologie und Therapie der Lungenembolie**

Die Bereitschaft zur Thrombembolie steigt mit der Höhe des Körpergewichtes. Im klinischen Krankengut ist ohne spezielle Behandlung mit einer Thrombosemorbidity von 0,5 bis 5% zu rechnen, wobei ein Viertel bis die Hälfte aller tiefen Venenthrombosen zur Embolie führen, davon verlaufen etwa 5 bis 10% tödlich. Disponierende Faktoren sind höheres Lebensalter, Bestehen einer Herz-Kreislaufkrankheit, Malignome und postoperative sowie postpartale Zeiträume. Frauen werden zwei- bis dreimal häufiger befallen als Männer.

Zum eigentlichen Embolisierungsvorgang führen folgende auslösende Faktoren, die sich untereinander kombinieren und addieren können:

1. biochemische Faktoren,
2. hämodynamische Faktoren mit fein- und grobmechanischen Komponenten sowie
3. vegetativ-humorale Faktoren. Letztere dürften durch meteorotrope Turbulenzen, wie Frontenwechsel, Föhn und Gewitter, beeinflusst werden.

Thrombembolien der Lungen stammen zu 85 bis 95% aus den großen Becken- und Beinvenen. Sie sind um so häufiger, je weiter proximal der thrombotische Prozeß lokalisiert ist. Nach einer Lungenembolie entsteht eine Drucksteigerung in der Lungenstrombahn und im rechten Ventrikel; ein akutes Cor pulmonale kann die Folge sein. Gelangen Mikrothromben bis zu den präkapillären Arteriolen, so tritt eine pulmonale Vaskonstriktion auch nicht betroffener Lungenarteriolen auf. Ein gestörtes Ventilations-Perfusions-Verhältnis und die Vergrößerung des funktionellen Totraumes führen zu einer respiratorischen Insuffizienz, die in einer arteriellen Hypoxämie mit Hyperventilation ihren Ausdruck findet. Auch eine reflektorische Serotonin-

Ausschüttung kann über Bronchokonstriktion zur alveolären Hypoxie führen und die pulmonale Hypertonie verstärken. Bei ungenügender Bronchialzirkulation im betroffenen Gebiet kommt es zur Ausbildung eines Lungeninfarktes.

Das klinische Bild kann nach Schwere und zeitlichem Ablauf der Schübe beträchtlich schwanken; die respiratorische Insuffizienz und das akute Cor pulmonale sind die wichtigsten diagnostischen Anhaltspunkte.

Die beste Prophylaxe der Lungenembolie ist die Vermeidung von Venenthrombosen, von Hyperkoagulabilität und Hypozirkulation, z. B. im Rahmen einer Herzinsuffizienz. Der Wert der Antikoagulantien zur Verhütung von Lungenembolien ist unbestritten. Häufig gehen kleine, zunächst harmlose und fraglich erscheinende sogenannte „Signalembolien“ einer schweren oder fulminanten Embolie voraus. Auch bei dem geringsten Verdacht auf eine derartige Entwicklung hat die sofortige Heparin-Dauertropftherapie einzusetzen, da diese umfassender ist als die verzögert wirksamen Dicumarine. Bei tiefen Beinvenenthrombosen ist eine strenge Immobilisation solange angezeigt, bis der Antikoagulantenschutz 10 bis 12 Tage lang wirksam werden konnte. Für frische, tiefe und weniger als eine Woche alte Phlebothrombosen dient als Behandlungsmethode der Wahl der Thrombolyseversuch mit Streptokinase unter gleichzeitigen strengen Immobilisationskauteleten.

Bei der fulminanten Lungenembolie kommt die sofortige Embolektomie nach TRENDELENBURG zur raschen Beseitigung der Strombahnsperre in Betracht, während für die mittelschweren Embolien die Thrombolysetherapie — beginnend mit einer Initialdosis von 250 000 E Streptokinase und einer Erhaltungsdosis von 100 000 E pro Stunde/die geeignetste Behandlungsmethode darstellt. Ein hämorrhagisches Sputum stellt keine Kontraindikation dar: Je rascher die Thrombolyse eintritt, um so eher ist mit dem Sistieren von Infarktblutungen zu rechnen. Bei leichteren Lungenembolien stellt der Einsatz der Thrombolysebehandlung eine Ermessensfrage dar, während eine Heparin-Behandlung durchgeführt werden muß. Symptomatische Therapiemaßnahmen sind als alleinige Behandlung nur bei der Unmöglichkeit einer kausalen Therapie vertretbar; in Kombination sind insbesondere Analgetika und Sedativa eine wertvolle Ergänzung; obligat ist die Sauerstoffmischbeatmung bzw. -beatmung. Der Einsatz von  $\beta$ -adrenergischen Stimulantien (z. B. Alupent oder Theophyllinderivate) kann durch bestehende Tachykardien limitiert werden. Eine antibiotische Abschirmung des Infarkttrandgebietes ist unumgänglich. Zur Objektivierung der Diagnose hat sich neben den herkömmlichen Untersuchungsmethoden in letzter Zeit die den Patienten wenig belastende Lungenszintigraphie besonders bewährt. Für eine frische Lungenembolie spricht ein pathologisches Perfusions- bei normalem Inhalationszintigramm.

## **24. Bayerischer Ärztetag**

vom 12. mit 14. November 1971 in Nürnberg





# H-TARIFE

ein DKV-TOP-SCHUTZ  
für Ärzte und Zahnärzte

## Wie stehen Sie da, wenn SIE mal liegen?

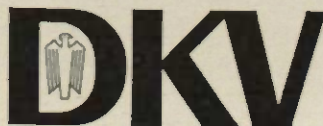
Dieser neue Krankheitskostenschutz ist speziell für Sie und Ihre Familie geschaffen worden. Deshalb auch freie Kombinationsmöglichkeiten nach Ihren individuellen Wünschen. Sie können wählen:

- 100%ige Erstattung bei ambulanter Behandlung ohne Arzthonorar.
- 100%ige Erstattung bei ambulanter Behandlung mit Arzthonorar. (Selbstbeteiligung maximal 250,- DM)
- 100%ige Erstattung bei stationärer Heilbehandlung ohne Arzthonorar. Freie Wahl der Pflegeklasse.
- 100%ige Erstattung bei stationärer Heilbehandlung mit Arzthonorar. Freie Wahl der Pflegeklasse.
- 50%ige Erstattung bei zahnärztlichen Leistungen. Kein Höchstsatz.

Die DKV ist Gruppenvertragspartner vieler Ärzte- und Zahnärzteorganisationen. Im Rahmen dieser Verträge bieten wir Ihnen auch Tagesgeldversicherungen zu besonders günstigen Bedingungen.

Informationen erteilen alle Geschäftsstellen der DKV im Bundesgebiet und in Westberlin.

*Die größte private  
Krankenversicherung  
Europas!*



**DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.**  
5000 Köln 41 • Aachener Straße 300 • Telefon 57 81

Privatdozent Dr. J. van de LOO, Köln-Lindenthal:

### **Aktuelle Probleme bei Koronarthrombose und Herzinfarkt**

Die Diskussion über den Wert der Antikoagulantien- und Thrombolysetherapie haben in den letzten Jahren neue Fragen an die pathologische Anatomie aufgeworfen und zu Fortschritten der experimentellen und klinischen Hämostaseforschung geführt. Als thrombotische Prozesse beim Herzinfarkt haben zu gelten:

1. Primäre (d. h. infarktauslösende) und sekundäre Koronarthrombosen (als Nekrosefolge)
2. Murale ventrikuläre Thrombosen über dem Nekrosebezirk
3. Trabekuläre Insuffizienzthrombosen bzw. Fibrin-niederschläge in der Endstrombahn von Myokard- und Körperperipherie

Bei der Antikoagulantientherapie des Herzinfarktes sind 3 Stadien zu unterscheiden: In der akuten Phase der ersten 48 Stunden ist das Antikoagulans der Wahl das Heparin, obwohl vergleichende Untersuchungen der letzten Jahre Zweifel im Nutzen dieser Medikation erbrachten und ein gewisser analgetikaeinsparender Effekt seine bisher einzige objektivierbare Wirkung blieb. Die Häufigkeit und Letalität an thrombembolischen Komplikationen wurde hierunter nicht reduziert und die Frequenz der Blutungskomplikationen erhöht, wie ENGER und Mitarbeiter zeigen konnten. Die zweite Phase der Antikoagulantienbehandlung umfaßt die Dauer des Krankenhausaufenthaltes eines Infarktpatienten, insbesondere die Zeit der strengen Bettlägerigkeit, während der in der Regel mit Cumarinen oder Phenindionpräparaten behandelt wird. Hierunter ist zwar ebenfalls keine Reduktion der Letalitätsrate, jedoch ein signifikanter Rückgang thrombembolischer Komplikationen aller Art zu erzielen. Als dritte Phase der Antikoagulantientherapie ist die Langzeitmedikation nach Entlassung des Infarktkranken aus dem Krankenhaus anzusehen. Über den Nutzen und die Dauer dieser Behandlung besteht noch keine Einmütigkeit. Es wird jedoch empfohlen, jeden Patienten nach Herzinfarkt ohne Kontraindikation (wie vorbestehende Hypertonie, mangelnde Kooperationswilligkeit und -fähigkeit) einer Dauertherapie von zunächst 6 bis 12 Monaten zu unterziehen. Nach Ablauf dieser Frist sollten nur Patienten mit einem Reinfarkt oder solche mit fortlaufend pektanginösen Beschwerden weiterbehandelt werden. Eine Quickeinstellung auf 10 bis 20% ist anzustreben.

Möglicherweise wird in den nächsten Jahren eine neue Methode der Thrombolyseprophylaxe das bisherige Behandlungsschema ablösen: Die Vermeidung der Thromboseentstehung durch medikamentöse Hemmung der Thrombozytenklebrigkeit (der bei der Pathogenese der Thrombose eine Schlüsselrolle zufällt) wurde insbesondere für die Azetylsalizylsäure und verschiedene Pyrimido-Pyrimidinabkömmlinge nachgewiesen. Die klinische Prüfung der Frage, ob durch die Anwendung von Thrombozytenadhäsions-

hemmern die Inzidenz von Herzinfarkten beim Angina-pectoris-Syndrom oder die Reinfarkthäufigkeit bzw. Letalität reduziert werden kann, ist noch nicht abgeschlossen.

Zur aktiven Beseitigung von Thrombosen am Koronargefäßsystem stehen einerseits gefäßchirurgische Methoden und andererseits die Thrombolysetherapie zur Verfügung. Als herz- und koronarchirurgisch angebar erwiesen sich bisher Koronarstenosen bei Patienten mit pektanginösem Syndrom, Herzwandaneurismen und Infarktektomien in der subakuten Phase, jedoch nicht beim akuten Herzinfarkt. Letzterer wurde zur Domäne der Thrombolysetherapie mit Streptokinase. Hierdurch lassen sich die Überlebenschancen der Infarktkranken um so günstiger beeinflussen, je eher die Therapie zum Einsatz kommt. Am günstigsten sind die Ergebnisse während der ersten 6 bis 12 Stunden nach dem akuten Ereignis. Bei fehlenden Kontraindikationen wird deshalb der Einsatz der Streptokinase bei Infarkten, die nicht älter als 12 Stunden sind, heute allgemein empfohlen. Eine Häufung von Herzrupturen wurde nicht beobachtet, die Reinfarktrate wurde nicht beeinflußt. Mit der Streptokinasetherapie ist ein deutlicher analgetischer und antipektanginöser Effekt verbunden. (Schluß folgt)

### **Beschlüsse der Münchener Opposition e. V. und der Notgemeinschaft Deutscher Ärzte**

Bei der Mitgliederversammlung am 2. Juni 1971 wurde die Vorstandschaft der „Münchener Opposition“ (Kollegen BREIDENBACH, WINKELHAN, GRASSL, ZETTL) bestätigt. Es wurde beschlossen, bei den KV-Wahlen im Spätherbst 1971 mit den übrigen Münchener Ärztlichen Verbänden auf einer Gemeinschaftsliste zu kandidieren.

Die „Notgemeinschaft Deutscher Ärzte“ (auf Bundesebene) soll weiterhin erhalten bleiben, da ihre Kampfziele (für die Freiheit des ärztlichen Berufes und gegen jede Sozialisierung des Arztstandes) heute besonders bedroht sind und es möglich erscheinen lassen, daß ein bundesweites ärztliches Sprachrohr benötigt wird. Für den verstorbenen 1. Vorsitzenden Dr. STIER wurde der Dermatologe Dr. Hans JOHNE neu gewählt. Der übrige Vorstand mit den Kollegen GRASSL, STRAMBACH, BREIDENBACH bleibt wie bisher.

Zweck der Verbände ist nach § 3 der Satzung: „Nur ein von Bevormundung freier, wirtschaftlich gesicherter Arztstand kann seine Aufgabe im Dienst des einzelnen und der Allgemeinheit bestens erfüllen. Es wird erstrebt die geistige und wirtschaftliche Freiheit des ärztlichen Berufes, oder, wo sie verloren ging, ihre Wiedererlangung, ferner die weitestgehende Befreiung der ärztlichen Tätigkeit von der Bürokratie.“

Die Unterordnung der ärztlichen Tätigkeit unter den Dienst am Kranken gilt als o b e r s t e Richtlinie allen ärztlichen Tuns.“

Dr. Dr. Erich Grassl

## Funktionen der Freien Berufe

Anlässlich des Besuches einer Delegation der Konferenz der liberalen Berufe und der Selbständigerwerbenden der Schweiz im Institut für Freie Berufe in Nürnberg fand am 6. April 1971 eine Pressekonferenz im Rathaus statt.

Der Vorstandsvorsitzende des Instituts für Freie Berufe e.V., Herr Rechtsanwalt WIRSCHINGER, MdS, gab dabei die nachstehend wiedergegebene Mitteilung:

Nicht nur die Freien Berufe selbst stellen sich heute die Frage, ob sie sich in der Industriegesellschaft werden behaupten können, ob es im Jahr 2000 die Freien Berufe noch geben wird, denn die Eigentümlichkeiten der Freien Berufe scheinen ja nicht zu den charakteristischen Zügen der Industriegesellschaft zu passen:

Der ideellen Leistung steht die Massengüterproduktion gegenüber, der persönlichen Leistung der Einsatz von Kapital, der idealistischen, dem Gemeinwohl verpflichteten Berufsauffassung das Streben nach Gewinnmaximierung.

Die Freien Berufe genießen weder den Schutz der Sozialpolitik noch die Sicherung durch eine ausreichende Kapitalbasis. Ihre Zahl ist zu gering, um im organisierten Interessenkampf einen gewichtigen Einfluß ausüben zu können. Es verwundert daher nicht, wenn man die Freien Berufe schon jetzt von konkreten Gefahren bedrängt sieht: Ärzte haben ein staatliches Gesundheitswesen zu befürchten, Architekten die Planungsteams von Industrie und Behörden, den Trend zur „Häuserfabrik“, die wirtschaftliche Lage bei einem Teil der Rechtsanwälte ist bereits besorgniserregend, mehr noch gilt dies für Schriftsteller und Künstler. Dennoch rechnen Soziologen auch in der Zukunft mit dem Freien Beruf. Welche Gründe führen sie an? Sie erkennen ganz wesentliche spezifische Leistungen, sogenannte Funktionen der Freien Berufe.

Der Architekt, der einen eigenwilligen Bauwunsch seines Klienten realisiert, der Rechtsanwalt, der einen privatrechtlichen Vertrag gestaltet, wahrt Grundrechte individueller Lebensführung überhaupt.

Freie Berufe wahren erstens die Freiheitsrechte ihrer Klienten, nicht nur im demokratisch-politischen Sinne, sondern im weiteren Bereich der Hilfe zur eigenverantwortlichen Daseinsgestaltung. Freie Berufe ermöglichen zweitens Mitmenschlichkeit. Die persönliche Beziehung zwischen Freiem Beruf und Klient findet in der industriell-bürokratischen Arbeits- und Berufswelt keine Parallele. Schließlich ist dem Freien Beruf die Mittlerfunktion zwischen dem einzelnen und der Gesellschaft eigentümlich. In dieser Vermittlerrolle zwischen Individualität und öffentlichem Anliegen (Rechtsanwalt und Rechtsordnung, Architekt und Bauordnung, Arzt und Gesundheitswesen) liegt eine besondere gesellschaftspolitische Leistung.

Diese drei Kernfunktionen des Freien Berufs werden auch in der noch stärker industrialisierten und rationalisierten Gesellschaft der Zukunft notwendig und „gefragt“ sein. Damit ist den Freien Berufen ihre Existenz freilich noch nicht garantiert: nur mit eigenen Anstrengungen, neuen Antworten auf neue Probleme werden die Freien Berufe überleben. An erster Linie ist eine weitere Verbesserung ihres Angebots, eine höhere Produktivität ihrer Leistung geboten. Auch die Teamarbeit, die Gemeinschaftspraxis, das gemeinsame Büro sind Formen der Leistungssteigerung. Nicht zuletzt muß die Standesvertretung der Freien Berufe im politischen Raum mehr Aktivität entfalten und Gefahren für die Existenz der Freien Berufe abwenden. Die Interessen der Freien Berufe sind bei steuer-, sozial- und wirtschaftspolitischen Fragen ebenso zu berücksichtigen wie die Anliegen anderer Berufsgruppen.

Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit der Zukunft ist die wissenschaftliche Erforschung der gegenwärtigen Situation und der Entwicklungstendenzen, die unsere Zukunft bestimmen. Das Institut für Freie Berufe hat sich dieser Probleme angenommen.

Zu den satzungsmäßigen Aufgaben des Instituts für Freie Berufe gehört neben der Durchführung von Forschungsvorhaben und der Archivierung und Dokumentation des einschlägigen Schrifttums auch die Anknüpfung von Kontakten und der Erfahrungsaustausch mit Institutionen und Organisationen der Freien Berufe sowie die Schaffung und Pflege internationaler Beziehungen.

Das Institut für Freie Berufe, vertreten durch seinen Trägerverein, ist dieser Aufgabe seit seinem Bestehen nachgekommen. Neben der Zusammenarbeit mit den diesbezüglichen Institutionen in der Bundesrepublik besteht ein Erfahrungsaustausch mit der Bundeskonferenz der Kammern der Freien Berufe Österreichs. Daneben wurden Beziehungen zu den verantwortlichen Institutionen in Großbritannien, Italien, Frankreich, der Südafrikanischen Republik und nicht zuletzt der Schweiz aufgenommen.

Nach Besprechungen, die der Vorstandsvorsitzende des Institutsvereins mit dem Generalsekretär der Konferenz der liberalen Berufe und der Selbständigerwerbenden, Herrn Rechtsanwalt BONNY, zu Beginn dieses Jahres in Bern hatte, ist für die Zeit vom 5. bis 7. April 1971 eine Delegation der Konferenz nach Nürnberg in das Institut für Freie Berufe gekommen, um sich über die Arbeit des Instituts informieren zu lassen und Besprechungen über die Situation der Freien Berufe in der EWG zu führen.

Der Vertrag von Rom von 1957 hat die Grundlagen für die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft der 6 Mitgliedstaaten Belgien, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und die Niederlande gelegt.

# ANGST

## 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.

## KONTRA-INDIKATIONEN:

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

## ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. glucanic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adanid. vernalis 20 mg.

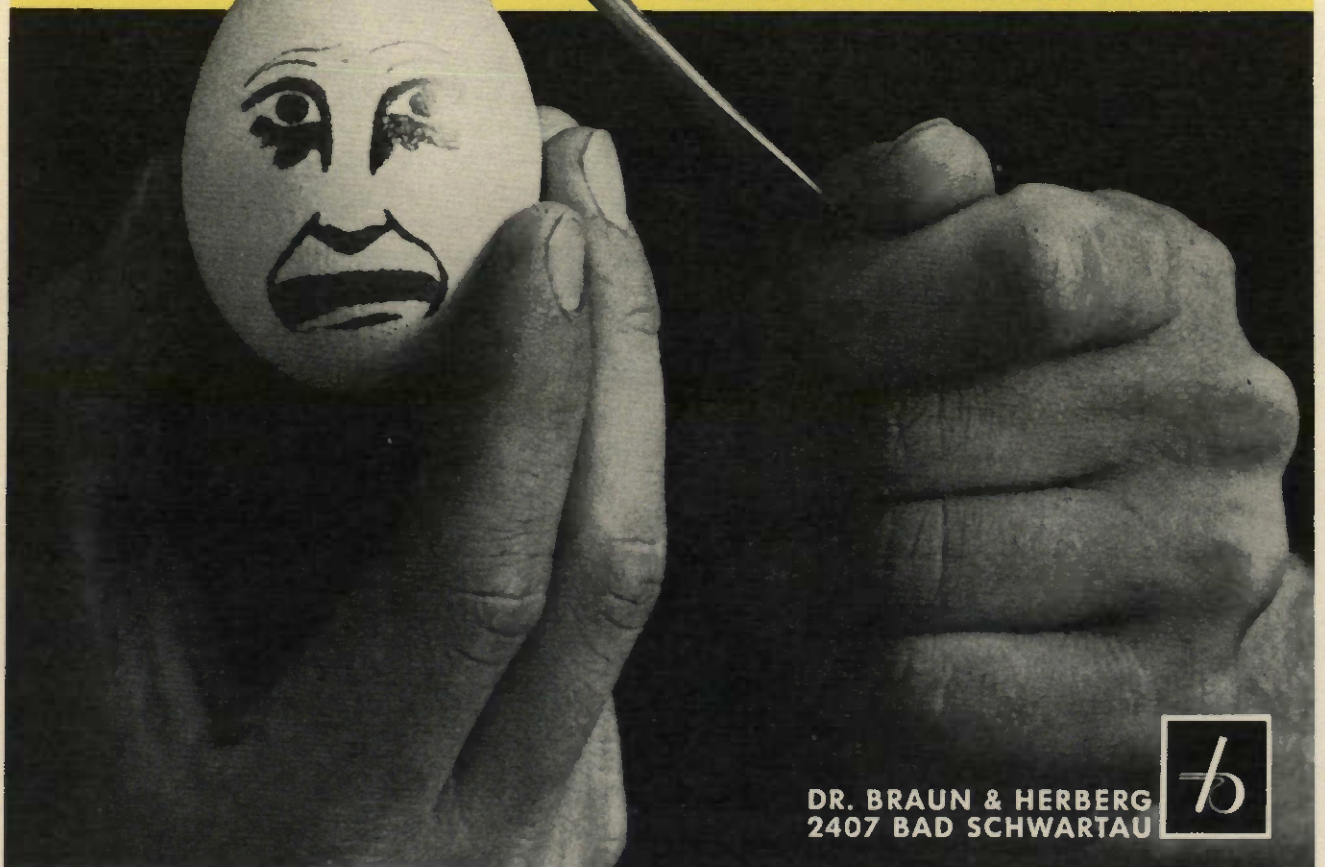
## HANDELSFORMEN:

OP zu 50 Dragées.

**Verschreibungspflichtig**

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

**NERVO·OPT<sup>®</sup>**  
DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG  
2407 BAD SCHWARTAU



Diese Gemeinschaft der Sechs stellt jedoch keine endgültig abgeschlossene Einheit dar; vielmehr ist der Anschluß weiterer europäischer Länder möglich. Das Interesse an den EWG-Verhandlungen ist daher auf seiten der übrigen europäischen Staaten, die mit besonderer Aufmerksamkeit die Schwierigkeiten der Vorbereitungen und des Überganges wie auch die bereits ersichtlichen und die zu erwartenden Vorzüge der Gemeinschaft beobachten, kaum geringer als auf seiten der EWG-Mitgliedstaaten.

Auch für die Freien Berufe ergeben sich mit der Verwirklichung des Gemeinsamen Marktes sowohl Chan-

cen als auch Probleme. Ich darf hiervon nur erwähnen die Fragen der Niederlassungsfreiheit und der Koordinierung der Rechtsvorschriften, die gegenseitige Anerkennung der Diplome, die Koordinierung der Berufsausübungsbedingungen usw.

Mit dem heutigen Arbeitsgespräch sollte ein erster Gedankenaustausch über die Probleme hinsichtlich der Freizügigkeitsbestimmungen der EWG — soweit sie insbesondere die Freien Berufe betreffen — stattfinden; wir hoffen, daß sich die angeknüpften Kontakte weiterhin vertiefen und zu einer für beida Seiten fruchtbaren Zusammenarbeit entwickeln werden.

## 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

**Breltenberg, 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.

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

**Kelheim/Donau:** 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

**Neuschöneu, Lkr. Grefenau (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).

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

### Oberbayern

**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

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

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 80, Mühlbaustraße 16/II, zu richten.

### Oberfranken

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

**Hof/Saele:** 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 7a, zu richten.

### Oberpfalz

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

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

**Floß bei Neustadt/WN:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

**Kastl bei Amberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Neumarkt:** 1 Augenarzt

**Neumarkt:** 1 Lungenarzt oder 1 Internist mit dem Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

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

**Weiden (Ortsteil Nord):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Weiden:** 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

### Schwaben

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

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

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

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

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

**Memmingen:** 1 Augenarzt

**Mering, Lkr. Friedberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**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

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

**Faulbach, Lkr. Marktheidenfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Für die sich ständig vergrößernde Gemeinde wird eine dritte Kassenarztstelle ausgeschrieben. Mainaschaff liegt im Einzugsgebiet der Stadt Aschaffenburg, in der alle Schulen vorhanden sind. Praxis und Wohnräume können von der Gemeinde gestellt werden, ebenfalls will die Gemeinde bei späteren Bauabsichten behilflich sein.

**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.

Auf Antrag des Medizinerausschusses der Bayerischen Assistentenkonferenz faßte diese in ihrer Sitzung am 27. Februar 1971 den nachstehend wiedergegebenen Beschluß:

## Zielvorstellungen der Bayerischen Assistentenkonferenz zur Reform der Organisation und Personalstruktur an Hochschulen

### 1. Kollegiale Entscheidungsorgane

Entscheidungsgremien sind Kollegialorgane, in denen alle Mitglieder der Hochschule im jeweiligen Zuständigkeitsbereich durch Mitverantwortung und Mitbestimmung vertreten sind. Die sach- und funktionsgerechte Ebene der untersten Kollegialorgane ist nicht die bisherige Fakultät, sondern der wesentlich kleinere Fachbereich. Im medizinisch-klinischen Bereich gehören ärztliche Verantwortung und Entscheidung in Diagnostik und Therapie nicht zur Zuständigkeit des Kollegialorgans.

### 2. Forschung und Lehre

Forschung und Lehre sind gleichwertig, beide sollen eine funktionelle Einheit bilden. Nach Maßgabe der für das Dienstverhältnis geltenden Regelungen müssen alle nach Abschluß der Graduiertenausbildung an der Hochschule Tätigen das Recht zur selbständigen Forschung und Lehre haben. Es muß sichergestellt sein, daß das Kollegialorgan eine Tätigkeit mit Schwerpunkt in Forschung oder Lehre ermöglichen kann.

### 3. Sonderregelung für den medizinisch-klinischen Bereich

Im medizinisch-klinischen Bereich bildet die ärztliche Tätigkeit die Basis für Forschung und Lehre. Klinisch-ärztliche und experimentelle Forschung sind gleichwertig. Unter Berücksichtigung medizinisch-klinischer Belange muß die Humanmedizin in der Hochschule integriert bleiben.

### 4. Graduierte

Graduierte sind Mitglieder der Hochschule, die nach Abschluß eines Hochschulstudiums eine fachspezifische Weiterbildung erhalten und selbständig wissenschaftlich arbeiten. Die Weiterbildung muß nach einem fachspezifischen Plan erfolgen, der zu kontrollieren und vorzuschreiben ist. Der Aufgabenbereich des Graduierten ist hinreichend durch seine wissenschaftliche Tätigkeit und Weiterbildung bestimmt, die bereits eine berufliche Tätigkeit von wissenschaftlichem Wert darstellt. Im medizinisch-klinischen Bereich darf Krankenversorgung nur insoweit verlangt werden, als sie im Weiterbildungsplan vorgesehen ist. Dienstrechtliche Stellung und soziale Sicherheit müssen der Qualifikation eines Mitarbeiters mit abgeschlossenem Hochschulstudium entsprechen.

### 5. Dienstrechtliche Eingruppierung und Funktion

Beamten- bzw. angestelltenrechtliche Eingruppierung und Funktion an der Hochschule müssen entkoppelt werden: Die beamten- bzw. angestelltenrechtliche Eingruppierung darf nicht wie bisher die Funktion bestimmen. Die Funktion unterliegt der Kontrolle durch das Kollegialorgan; die soziale Stellung muß jedoch weitgehend unabhängig davon im Rahmen von Tarifverträgen usw. vom Arbeitgeber gesichert werden.

### 6. Periodischer Leistungsnachweis

Jeder an der Hochschule in Forschung und Lehre Tätige muß periodisch den Nachweis seiner Befähigung zur Durchführung der ihm übertragenen Funktion erbringen. Die funktionsgerechte Kontrolle obliegt dem zuständigen Kollegialorgan.

Abstimmung: 5. bei einer Enthaltung, alle übrigen Punkte einstimmig angenommen.

## Fakultät

### München

#### Medizinische Fakultät der Universität

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

Professor Dr. med. Eberhard BUCHBORN für „Innere Medizin“ (bisher Universität Köln);

apl. Professor Dr. med. Werner KLINNER für „Herzchirurgie“.

apl. Professor Dr. med. Werner MENDE (bisher Universitätsnervenlinik Tübingen) wurde umhabilitiert und gleichzeitig zum Abteilungsvorsteher an der Nervenlinik ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Klaus DEVENS für „Chirurgie des Kindesalters“;

Privatdozent Dr. med. Joachim HICKL für „Geburts- hilfe und Gynäkologie“;

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Heinz PICHL- MAIER für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. Alfred SCHAUDIG für „Chirurgie“.

Zum „Akademischen Direktor“ wurden ernannt:

Dr. med. Helmut FENDEL, Oberkonservator an der Pädiatrischen Klinik im Dr. von Hauner'schen Kinder- spital;

Privatdozent Dr. med. Wolfgang HENIGST, Oberkon- servator am Max-v.-Pettenkofer-Institut für Hygiene;

Privatdozent Dr. rer. nat. Dr. med. Erich KUSS, Ober- konservator an der I. Frauenklinik und Hebammen- schule;

apl. Professor Dr. med. Werner RUDOLPH, Oberkon- servator an der II. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Hans SCHWALB, Oberkonser- vator am Institut für Prophylaxe der Kreislaufkrank- heiten;

Dr. med. Heinrich TREMEL, Oberkonservator an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. rer. nat. Herbert DAHLHEIM, Konser- vator am Physiologischen Institut;

Dr. med. Georg LOESCHKE, wiss. Assistent am In- stitut für Anästhesiologie an der Chirurgischen Klinik.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Dr. med. Ilse COERDT, wiss. Assistentin an der Kin- derchirurgischen Klinik im Dr. von Hauner'schen Kin- derspital;

Dr. med. Leo WALLRAPP, wiss. Assistent an der Chir- urgischen Klinik.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Kurt SCHWARZ, wiss. Ober- assistent an der II. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Annemarie KOLLMANN- BERGER, wiss. Assistentin an der Neurochirurgischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Walther KUHN, Oberassistent an der I. Frauenklinik.

Privatdozent Dr. med. Hans-Henning von ALBERT (bisher Neurologische Abteilung am Nervenkrankenhause Günzburg) wurde an die Universität Ulm umhabilitiert.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Klaus PRECHTEL für „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“;

Dr. med. Benno RUNNEBAUM für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Kei MÜLLER-JENSEN für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Dubavka SOGA für „Anästhesiologie“;

Dr. med. Konrad WALCHER für „Orthopädie“;

Dr. med. Baldur WIEBECKE für „Allgemeine Pathologie und spezielle pathologische Anatomie“;

Dr. med. Klaus-Dieter ZANG für „Medizinische Genetik“.

## Amtliches

### Berufsbildungsausschuß bei der Bayerischen Landesärztekammer

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat als zuständige Behörde aus den ihm zugegangenen Vorschlägen folgende Mitglieder und deren Stellvertreter in den gemäß Art. 56 Abs. 1 Satz 1 und § 91 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes zu errichtenden Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen bei der Bayerischen Landesärztekammer für die Dauer von zwei Jahren berufen:

#### A. Beauftragte der Arbeitgeber

Mitglieder:

Dr. Hermann Braun, Nittendorf, Talstraße 5

Dr. Eduard Kleeburger, München 80, Prinzregentenstraße 72

Dr. Hermann Mößmer, Tutzing, Kustermannstraße 3a  
Franz M. Poellinger, München 80, Mühlbaurstraße 16

Dr. Otto Puschmann, Lichtenfels, Am Stadtgraben 8

Dr. Lothar Sluka, München 80, Mühlbaurstraße 16

Stellvertreter:

Dr. Friedrich Völlinger, Freising, General-von-Nagel-Straße 22

Dr. Günter Hoffmann, Augsburg, Alte Gasse 22

Dr. Lieselotte Renner, München 22, Lerchenfeldstraße 4

Dr. Willy Reichstein, München 80, Mühlbaurstraße 16

Dr. H. K. Schneider, Bamberg, Gabelsbergerstraße 25

Dr. Kurt Stordeur, München 80, Mühlbaurstraße 16

#### B. Beauftragte der Arbeitnehmer

Mitglieder:

Ursula Schedelberger, München 19, Walter-Flex-Straße 6

Brigitte Ding, Augsburg, Alte Gasse 22

Ingrid Engelhardt, Augsburg, Salzmannstraße 27

Thea Lechner, München 90, Schloß-Berg-Straße 5

Barbara Willecke, Herrsching, Schönbichlstraße 62

Dr. Wilhelm Liebknecht, Stadtbergen, Robert-Koch-Straße 4

Stellvertreter:

Thora Cramer, Nürnberg, Scharfreiter Ring 14

Martha Schmittlein, München 90, Scharfreiter Platz 46

Inken Lembke, München 13, Elisabethstraße 13

Christine Eggebrecht, München 23, Ungererstraße 23

Dr. Germanus Lins, München 71, Graubündener Straße 91

Dr. Klaus Bauder, München 71, Vinzenz-Schöpfer-Straße 11

#### C. Lehrer

Mitglieder:

Ingeborg Bausenhardt, Studienrätin, Städtische Berufsschule für Sprechstundenhelferinnen, München 80, Simon-Knoll-Platz 3

Wilhelm Wengenroth, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Landshut, Luitpoldstraße 26

Waldemar Eckardt, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Coburg, Kanalstraße 1

Robert Gebhardt, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Würzburg, Bibrastraße

Dr. Wilhelm Heislinger, Studiendirektor, Städtische Berufsschule IV, Augsburg, Jesuitengasse 14

Alfred Fichtl, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Amberg, Raigeringer Straße 27

Stellvertreter:

Brunhilde Steib, Oberstudienrätin, Verbandsberufsschule, Traunstein, Weckerlestraße 17

Ingeborg Kaestl, Studienrätin, Städtische Berufsschule, Passau, Spitalhofstraße 37

Ludwig Rauh, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Hof, Pestalozziplatz 1

Gilda von Alost, Oberstudienrätin, Städtische Berufsschule, Schweinfurt, Ignaz-Schön-Straße 10

Irmgard Kugler, Studienrätin, Städtische Berufsschule, Kempten, Westendstraße 29

Heinz Dübler, Oberstudienrat, Städtische Berufsschule, Regensburg, Prüfeninger Straße 100



Arznei Müller Bielefeld



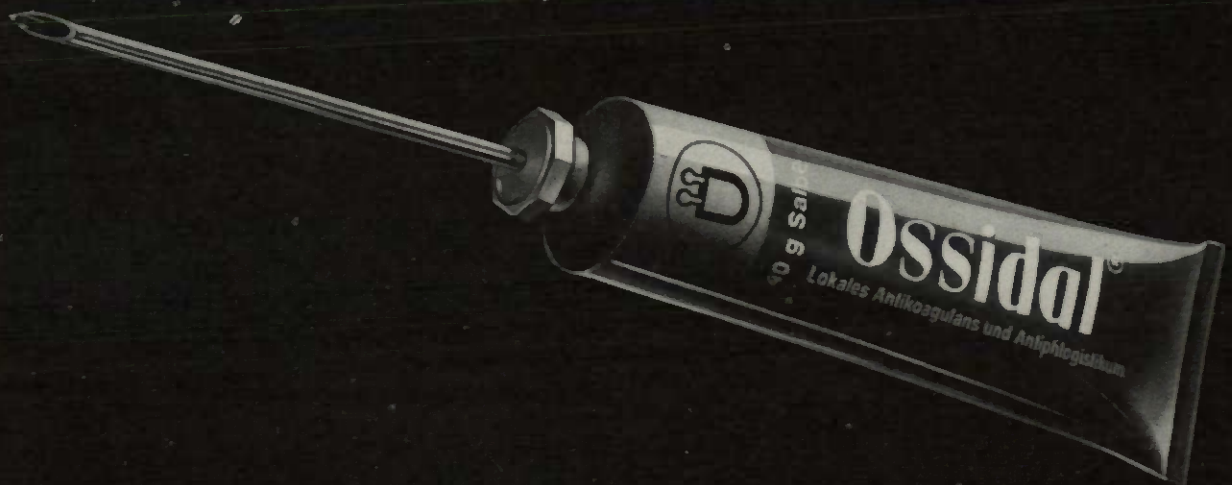
# Ossidal®-Salbe

zur Therapie  
beim varikösen Symptomenkomplex

oedemausschwemmend • tiefengängig  
durchblutungsfördernd • analgesierend

Verschreibungsformen:  
Salbe 40 und 100 g · Klinikpackungen

# Bis tief in die Venen hinein



## Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 4. Oktober 1971 bis 29. Februar 1972 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens **15. August 1971** bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern (8000 München 22, Odeonsplatz 3) einzureichen.

Bereits im amtsärztlichen oder langerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift;
2. Das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift;
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 250,—. Für die im bayerischen Staatsdienst tätigen Bewerber trägt die Lehrgangsgebühr die Staatskasse.

## Vollzug des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JuArbSchG)

### Ahndung von Zuwiderhandlungen

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat zu obigem Betreff in einer Entschliebung vom 2. April 1971 an die Gewerbeaufsichtsämter Bayerns auf die Bedeutung des JuArbSchG und die Notwendigkeit hingewiesen, die Durchführung seiner Vorschriften im Interesse der Gesundheit der Jugend zu überwachen, da das Gesetz, wie es sich gezeigt hat, im allgemeinen nicht genügend beachtet wird. Dazu wurden die Ämter angewiesen, auf die Verfolgung und Ahndung schwerwiegender Verstöße mittels Geldbuße besonderen Wert zu legen.

Als besonders schwerwiegend sind nach Ansicht des Ministeriums folgende Verstöße gegen das Gesetz anzusehen und mit Bußgeldern zu ahnden:

Verstöße gegen die Bestimmungen über die tägliche und wöchentliche Arbeitszeit

— § 10 Abs. 1 bis 4, § 11 Abs. 1, §§ 24, 30, 36 Nr. 1 —

Verstöße gegen die Vorschriften über Ruhepausen und freien Nachmittag im Familienhaushalt

— § 14 Abs. 1 oder 2, §§ 25, 26 Satz 1 —

Verstöße gegen die Bestimmungen über die tägliche Freizeit

— §§ 15, 16 Abs. 5 Satz 4, § 36 Nr. 3 —

Verstöße gegen die Vorschriften über die Berufsschule

— § 13 Abs. 1 Satz 2 oder 3 —

Verstöße gegen die Vorschriften über die Nachtruhe

— § 16 Abs. 1 bis 4, § 31 —

Verstöße gegen die Vorschriften über Ersatzfreiheit für Samstags- oder Sonntagsarbeit

— § 17 Abs. 3a oder 4, § 18 Abs. 4, § 36 Nr. 6 Satz 2 —

Verstöße gegen die Urlaubsbestimmungen

— § 19 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 oder 2, Abs. 4 Satz 2 oder 3, § 22 Nr. 1, Nr. 3 Satz 1 oder 3, Nr. 4 Satz 1, Nr. 5 —

Verstöße gegen die Vorschriften über ärztliche Erst- und Nachuntersuchungen sowie gegen Beschäftigungsverbote oder -beschränkungen aufgrund ärztlicher Bescheinigung

— § 45 Abs. 1 oder 2, § 47 Abs. 2 —

Die Verstöße gegen die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes können mit einer Geldbuße bis zu DM 5000,— geahndet werden. „Grundlage für die Zumessung der Geldbuße sind die Bedeutung der Ordnungswidrigkeit und der Vorwurf, der den Täter trifft. Auch die wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen kommen in Betracht. Bei der Bedeutung der Ordnungswidrigkeit ist vor allem die Schwere der Rechtsverletzung, also der Umfang der Tat, der angerichtete Schaden und die Häufigkeit gleichartiger Zuwiderhandlungen zu berücksichtigen.“

### 48. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 24. bis 26. September 1971

— Programm Seite 702 —

Nach Ansicht des Ministeriums kommen bei Verstößen, welche zu schweren gesundheitlichen Folgen geführt haben, Geldbußen unter DM 100,— nicht in Betracht. Bei erneuten Verstößen gegen dieselbe Vorschrift ist das Bußgeld gegenüber dem früher festgesetzten Betrag zu erhöhen.

Die einschlägigen für Mitarbeiter in der Praxis in Betracht kommenden Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden im folgenden wiedergegeben. Sie sind im übrigen auf der letzten Seite der Vordrucke für Lehrverträge mit Arzthelferin-Lehrlingen abgedruckt.

#### **Auszug aus dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. August 1960**

##### **§ 10 Grenze der Arbeitszeit**

(1) Die tägliche Arbeitszeit der Jugendlichen darf acht Stunden, die Wochenarbeitszeit der Jugendlichen unter 16 Jahre 40 Stunden, der Jugendlichen über 16 Jahre 44 Stunden nicht überschreiten.

(2) Die tägliche Arbeitszeit der im Bergbau unter Tage beschäftigten Jugendlichen darf acht Stunden, ihre Arbeitszeit in vier aufeinanderfolgenden Wochen 168 Stunden nicht überschreiten.

(3) Wenn in Verbindung mit Feiertagen an Werktagen nicht gearbeitet wird, damit die Beschäftigten eine längere zusammenhängende Freizeit haben, so darf die ausfallende Arbeitszeit auf die Werktage von fünf zusammenhängenden, die Ausfalltage einschließenden Wochen dergestalt verteilt werden, daß die Wochenarbeitszeit im Durchschnitt dieser fünf Wochen für Jugendliche unter 16 Jahre 40 Stunden, für Jugendliche über 16 Jahre 44 Stunden nicht überschreiten. Die tägliche Arbeitszeit darf hierbei achteinhalb Stunden nicht überschreiten.

##### **§ 13 Berufsschule**

(1) Der Arbeitgeber hat dem Jugendlichen die zur Erfüllung der gesetzlichen Berufsschulpflicht notwendige Zeit zu gewähren. Vor einem vor neun Uhr beginnenden Unterricht darf der Jugendliche nicht beschäftigt werden. An Berufsschultagen, an denen die Unterrichtszeit mindestens sechs Stunden einschließlich der Pausen beträgt, ist er ganz von der Arbeit freizustellen.

(2) Die Unterrichtszeit in der Berufsschule einschließlich der Pausen wird auf die Arbeitszeit angerechnet. Dabei werden Berufsschultage, an denen die Unterrichtszeit mindestens sechs Stunden einschließlich der Pausen beträgt, mit der Arbeitszeit, die der Jugendliche an diesem Tage ohne den Berufsschulbesuch gehabt hätte, angerechnet, mindestens aber mit der Unterrichtszeit.

(3) Ein Entgeltausfall darf durch den Besuch der Berufsschule nicht eintreten.

(4) Die Vorschriften der Absätze 1 bis 3 finden auf Personen, die über 18 Jahre alt und noch berufsschulpflichtig sind, entsprechende Anwendung.

##### **§ 14 Ruhepausen**

(1) Den Jugendlichen müssen bei einer Arbeitszeit von mehr als viereinhalb Stunden eine oder mehrere im voraus feststehende Ruhepausen von angemessener Dauer gewährt werden. Die Ruhepausen müssen mindestens betragen:

1. bei mehr als viereinhalb bis zu sechs Stunden Arbeitszeit 30 Minuten,

2. bei mehr als sechs Stunden Arbeitszeit 60 Minuten.

(2) Länger als viereinhalb Stunden hintereinander dürfen die Jugendlichen nicht ohne Ruhepause beschäftigt werden.

Als Ruhepausen gelten nur Arbeitsunterbrechungen von mindestens 15 Minuten.

##### **§ 16 Nachruhe**

(1) Jugendliche dürfen nicht in der Nachtzeit von 20.00 bis 6.00 Uhr früh beschäftigt werden.

##### **§ 18 Sonntagsruhe**

(1) An Sonn- und gesetzlichen Feiertagen dürfen Jugendliche nicht beschäftigt werden.

##### **§ 19 Urlaub**

(1) Der Arbeitgeber hat dem Jugendlichen für jedes Urlaubsjahr Urlaub unter Fortzahlung des Entgeltes, das der Jugendliche ohne den Urlaub erhalten hätte, zu gewähren, erstmals nach einer ununterbrochenen Beschäftigung von mehr als drei Monaten. Das auf die Urlaubszeit entfallende Entgelt (Urlaubsentgelt) ist vor Antritt des Urlaubs auszuzahlen. Anstelle von Sachbezügen ist für die Dauer des Urlaubs eine angemessene Barentschädigung zu gewähren.

(2) Der Urlaub beträgt mindestens 24 Werktage, für die im Bergbau unter Tage beschäftigten Jugendlichen 28 Werktage. Wird der Jugendliche innerhalb des Urlaubsjahres weniger als sechs Monate beschäftigt, so ist für jeden vollen Beschäftigungsmonat ein Zwölftel dieser Zeit zu gewähren. Das gilt auch, wenn der Jugendliche nach einer Beschäftigungsdauer von sechs und mehr Monaten durch eigenes Verschulden aus einem Grund entlassen wird, der eine fristlose Kündigung rechtfertigt, oder wenn er das Beschäftigungsverhältnis unberechtigt vorzeitig löst. Hat der Jugendliche in den Fällen der Sätze 2 und 3 bereits einen darüber hinaus gehenden Urlaub erhalten, so kann das Urlaubsgeld nicht zurückgefordert werden.

(3) Urlaub nach diesem Gesetz ist Beschäftigten zu gewähren, die zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 18 Jahre alt sind.

(4) Der Urlaub soll zusammenhängend, bei Berufsschülern in der Zeit der Berufsschulferien, gegeben werden. Soweit er nicht in den Berufsschulferien gegeben wird, ist für jeden Berufsschultag von mindestens sechs Stunden (§ 13 Abs. 1 Satz 3) ein weiterer Urlaubstag zu gewähren. Der Urlaub ist spätestens

bis zum Ablauf von drei Monaten nach Schluß des Urlaubsjahres zu gewähren.

(5) Während des Urlaubs darf der Jugendliche keine dem Urlaubszweck widersprechende Erwerbsarbeit leisten.

(6) Kann der Urlaub wegen Beendigung der Beschäftigung ganz oder zum Teil nicht mehr gewährt werden, so ist er abzugelten. Das gilt nicht, wenn der Jugendliche durch eigenes Verschulden aus einem Grunde entlassen worden ist, der eine fristlose Kündigung rechtfertigt, oder wenn er das Beschäftigungsverhältnis unberechtigt vorzeitig gelöst hat.

(7) Urlaub braucht nicht gewährt zu werden, soweit er zusammen mit einem für das Urlaubsjahr bereits gewährten Urlaub 24 Werktage, im Bergbau unter Tage 28 Werktage übersteigen würde oder soweit der Jugendliche für dasselbe Urlaubsjahr bereits eine Urlaubsabgeltung nach Absatz 6 erhalten hat.

(8) Urlaubsjahr im Sinne der vorstehenden Vorschriften ist das Kalenderjahr. Durch Tarifvertrag kann das Urlaubsjahr anders festgelegt werden.

Abschließend wird auf die Notiz unter „Amtliches“ in Heft 5 des „Bayerischen Ärzteblattes“, 1971, mit der Überschrift „Vollzug des Jugendarbeitsschutzgesetzes, Sonderaktion 1971“ hingewiesen.

## Brief aus Bonn

Rund zwanzig Stunden hat die Bundesregierung gebraucht, um sich auf die „Eckwerte“ für die große Steuerreform zu einigen. Das Ergebnis ist bedrückend, zumal man kaum hoffen kann, daß die Koalitionsabgeordneten in wesentlichen Punkten bei den Gesetzesberatungen im Parlament von der nun beschlossenen Linie abweichen werden. Allenfalls kann man darauf setzen, daß das Reformprogramm in Zeitnot gerät und damit am Ende der Legislaturperiode so manches unter den Tisch fällt, was heute als „sozialer Fortschritt“ angekündigt wird. Die Zielrichtung der Reform ist klar: die Bezieher kleinerer Einkommen sollen steuerlich entlastet, die Besserverdienenden belastet werden. Höhere Einkommen sollen abgeschöpft werden.

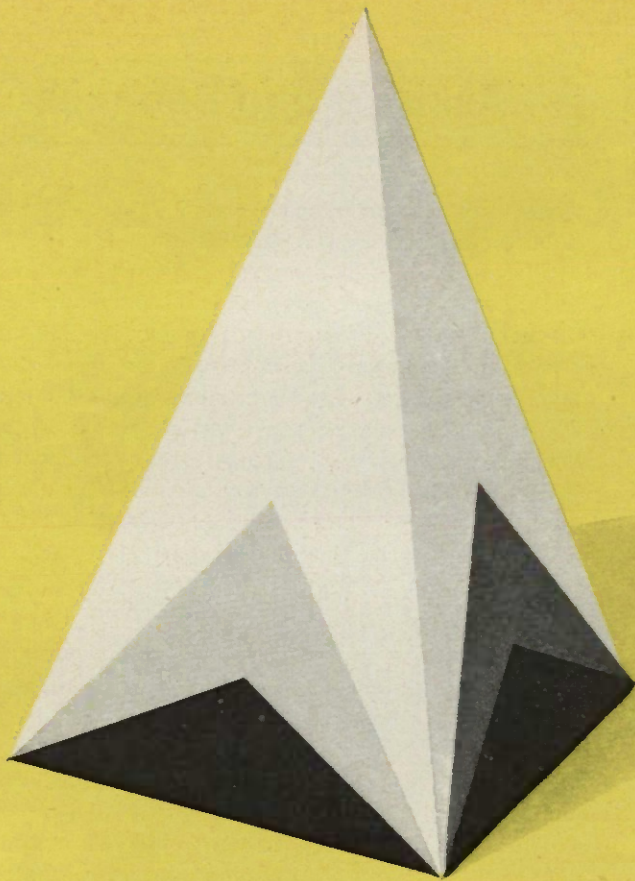
Dabei wird ignoriert, daß solche höheren Einkommen zumeist mit einer hohen Arbeitsleistung erzielt werden müssen, und daß der Zeit des Verdienens viele Jahre der Ausbildung und der Entbehrungen vorangegangen sind. Es wird nicht beachtet, daß eben in den freien Berufen und auch bei den gut verdienenden leitenden Angestellten nur in einer begrenzten Zeitspanne die Möglichkeit besteht, hohe Einkommen zu erzielen und Vermögen zu bilden. Wer bei den mittleren und höheren Einkommen die Steuerschraube zu hart anzieht, wird sich nicht wundern dürfen, wenn der Leistungswille nachläßt und die Beamten-Mentalität,

nicht zuständig zu sein, sich ausbreitet. Wer wird denn noch den Arzt schelten können, der am Wochenende seine Tür verschließt und sein Telefon abstellt, wenn diese Gesellschaft sich immer nur die Frage stellt, wie jedes höhere auf Leistung beruhende Einkommen zusätzlich besteuert werden kann.

Die Bezieher höherer aber auch mittlerer Einkommen müssen sich im klaren darüber sein, daß sie die Zeche dieser Steuerreform zu zahlen haben werden, die den Beziehern kleinerer Einkommen nach dem Gießkannenverfahren nur Pfennigbeträge mehr bringen wird. Das wird dann als „mehr soziale Gerechtigkeit“ verkauft. Dabei wird nicht einmal eine durchgreifende Vereinfachung des Steuersystems erreicht. Die Grundzüge der für 1974 geplanten Steuerreform lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Bei der Einkommensteuer wird der Grundfreibetrag von DM 1680,— auf DM 2040,— erhöht. Das entlastet die unteren Einkommen um rund zwei Milliarden DM. Der Arbeitnehmerfreibetrag wird von DM 240,— auf DM 480,— verdoppelt. Das war ja schon in der Regierungserklärung angekündigt worden. Was jedoch auf Drängen der FDP in der Regierungserklärung stand, daß nämlich die Ergänzungsabgabe in zwei Stufen beseitigt werden soll, fällt unter den Tisch. Im Gegenteil: die Progression wird noch über die Ergänzungsabgabe hinaus zusätzlich verschärft. Das zeigt der neue Tarif: Einkommen bis zu DM 12 000,— (Ledige) und DM 24 000,— (Verheiratete) werden mit einem einheitlichen Steuersatz von 20 % belastet (bisher 19 %). Die höheren Freibeträge führen dennoch im unteren Bereich zu gewissen Entlastungen. Dann beginnt der Progressionstarif mit 26,5 %. Er endet bei einem Spitzensatz von 56 % bei Einkommen ab DM 130 000,— (Ledige) und DM 260 000,— (Verheiratete). Bislang galt ein Spitzensatz von 53 %; rechnet man die Ergänzungsabgabe hinzu, so ergeben sich heute 54,6 %. Mehrbelastungen gegenüber dem heutigen Steuertarif ergeben sich bei zu versteuernden Einkommensbeträgen von DM 20 000,—/40 000,—. Die Regierung spricht freilich immer wieder davon, daß Mehrbelastungen erst bei DM 50 000,—/100 000,— vorgesehen seien. Das stimmt nur, wenn man die Ergänzungsabgabe einbezieht, die ja bislang eine zusätzliche und zeitlich befristete Steuer war.

Doch alle diese Zahlen, die nur den Tarifverlauf berücksichtigen, geben ein falsches Bild. Die Steuerschraube wird wesentlich schärfer angezogen, als dies aus dem Tarif abzulesen ist. Das liegt z. B. an der Umstellung des Abzugsverfahrens bei den Sonderausgaben. Bislang mindern die Sonderausgaben das Einkommen, bevor es der Besteuerung unterworfen wird. Dadurch ergibt sich bei den mittleren und höheren Einkommen eine Milderung der Progression. Da die Grenzen für Sonderausgaben so bemessen sind, daß kaum die Aufwendungen für die Altersvorsorge berücksichtigt werden, ist dieses Verfahren nicht nur vertretbar, sondern steuersystematisch richtig. Das



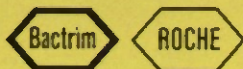
Angina,  
Sinusitis,  
Bronchitis,  
Pneumonie,  
Cystitis,  
Pyelonephritis,  
Darminfektionen

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

Keimvernichtung durch  
Doppelblockade

*schnell, sicher, stark*

Bactrim Roche: Trimethoprim + Sulfamethoxazol



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.

hat auch die Steuerreformkommission klar zu erkennen gegeben. Aber alles, was die Progression mildert, ist den Umverteilungs-Ideologen ein Dorn im Auge. Sie wollen nivellieren. Entsprechend sieht nun das neue Sonderausgaben-Verfahren aus. Sonderausgaben können künftig nur noch zu 20 % von der Steuer-schuld abgezogen werden.

Damit ergibt sich schon bei mittleren Einkommen eine wesentliche Verschärfung der Steuerlast, was gar nicht ernst genug bewertet werden kann. Schon heute werden bei zu versteuernden Einkommen von DM 25 000,-/50 000,- von jeder zusätzlich verdienten Mark etwa DM 0,40 weggesteuert. Das muß doch dazu führen, daß die mittleren Schichten den Anreiz verlieren, mehr leisten zu wollen. Der Staat streicht schon jetzt über Steuern und Sozialabgaben mehr als die Hälfte ein. Für die freien Berufe kann es nur ein schwacher Trost sein, daß wenigstens das Ehegatten-Splitting nicht angetastet werden soll.

Weitere Steuererhöhungen ergeben sich durch das Streichen der Kinderfreibeträge, was mit Sicherheit zur Verfassungsbeschwerde führen dürfte. Auch wird die Sparförderung von den Beziehern höherer Einkommen nicht mehr genutzt werden können, da eine Einkommensgrenze – DM 24 000,-/48 000,- – vorgesehen ist. Das ist gewiß vernünftig, doch stellt auch dies eine indirekte Steuererhöhung dar. Bei der Grundsteuer sollen die Einheitswerte von 1964 angewendet werden. Auch das ist notwendig. Als das neue Bewertungsgesetz 1964 verabschiedet wurde, ging man jedoch davon aus, daß die neuen Einheitswerte nicht zu allgemeinen Steuererhöhungen führen sollten. Nun sind Mehreinnahmen bei der Grundsteuer von 25 % vorgesehen. Bei der Vermögensteuer sind großzügige Freibeträge und ein Steuersatz von 0,7 % (bisher 1 %) vorgesehen (DM 60 000,- je Familienmitglied). Dafür entfällt aber der Abzug als Sonderausgabe. Die Grundvermögen werden mit den Einheitswerten von 1964 multipliziert mit 1,4 angesetzt. Das gilt auch für die Erbschaftsteuer, wo es nur bei den Ehefrauen ohne Kinder eine fühlbare Erhöhung des Freibetrages gibt. Die Steuerlast wird von Erbschaften ab einer Million DM steigen; wenn Grundvermögen vorhanden ist, schon wesentlich früher.

Die Sozialdemokraten haben sich nahezu auf der ganzen Linie durchgesetzt, obwohl sie von Schiller gebremst wurden. Er hat sich den Ministern Eppler, Schmidt, Arendt und Strobel beugen müssen. Auch die FDP ist überspielt worden. Sie scheint die Rolle des liberalen Korrektivs in dieser Koalition nicht mehr übernehmen zu können.

bonn – mot

Das **Inhaltsverzeichnis für 1970** des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, angefordert werden.

## Askulap und Pegasus

Unser Kollege Dr. med. Wilhelm TOCHTERMANN, geboren am 5. Juni 1912 in Hof/Bayern, Arzt und Psychotherapeut in Wertingen bei Augsburg, war in den letzten Jahren schwer erkrankt und konnte seinen Beruf nicht ausüben. Er ist vielen Kollegen bekannt durch seine psychotherapeutischen Arbeiten, von denen auch seine Bücher weite Verbreitung gefunden haben. Die bekanntesten sind: „Das Wort als Arznei“ (Hippokrates-Verlag, Stuttgart), „Der Arzt als Arznei“ (Dustri-Verlag, Remscheid), „Der Sinn des Lebens“ (Reinhardt-Verlag, München), „Begegnungen mit Menschen“ (Bircher-Benner-Verlag, Bad Homburg) und „Der überempfindliche Mensch“ (Paracelsus-Verlag, Stuttgart).

Tochtermann ist aber auch durch seine zahlreichen Lyrikbände weit über ärztliche Kreise hinaus bekanntgeworden. Er steht in „Kürschners deutschen Literaturkalender“ und in „Who ist who in Europa“. Er schreibt von sich selbst: „Ich bin ein schrecklich unmoderner Schriftsteller, denn ich bin ‚Sinnlyriker‘. Was ich darunter verstanden wissen wollte, steht in meinem Kritikbüchlein ‚vom Sinn des Sinngedichts‘ (Krauß & Söhne, Wertingen). So etwas ist in einer Zeit, in der die Perversität Mode ist, natürlich geradezu pervers.“ In seinem Essay heißt es: „Kennzeichen für Sinnlyrik ist die Echtheit des persönlichen Sinnerlebens, gestaltloses Chaos in der Materie, gestaltloses Chaos im Dichter werden auf dem Wege über das Daimonion ‚Geist‘ (so genannt zum Unterscheiden vom Intellekt) Form. – Anders gesagt: Sinnlyrik ist die lyrische Gestaltung an und in sich erlebter Sinnerfahrung. – Letzte Vollendung aller Sinnlyrik mündet in die Mystik. – An der Wiege der deutschen Lyrik stand, d. h., er stand nicht einmal, er saß auf einem Stein in der typischen Haltung für ‚Sinnierer‘... Herr Walther saß also auf einem Stein, schlug ein Bein über das andere, stützte das Kinn in die hohle Hand und ‚dahte sich vil ange, wie man zer welte sollte leben‘. Modern ausgedrückt: er versuchte in eine Gestimmtheit der Sinnlosigkeit meditierend Sinnerkenntnis zu erfahren und dies darüber, wie er den Sinn des Lebens im Sinn seines Lebens erfahren und verwirklichen könnte.“

Unser Confrère Tochtermann ist ein Meister der Sinnlyrik, wie die nachfolgende kleine Auswahl zeigt. Er betont damit gegenüber der Gefühls- und Naturlyrik bewußt eine Gedichtform, die eng verwandt mit dem Fühlen und Denken ist, von dem Hippokrates sagte: *ιατρὸς φιλόσοφος ἰσόθεος*, Gottgleich ist der Arzt, dem die Liebe zur Weisheit, also die Liebe nach der Erforschung des Sinnes vom Leben, von unserem Dasein auf dieser Erde zu eigen ist.

Im Anschluß folgt ein Verzeichnis der Lyrikbände Tochtermanns, die zur Zeit lieferbar sind:

Im Verlag „Der Karlsruher Bote“, Karlsruhe, Gartenstraße 15: Recreatio in vitam (DM 2,00); Recreatio in deum (DM 2,00); In der Kürze liegt die Würze (DM 3,00); Sonnette von den toten Dingen (DM 3,00).

Im Verlag Krauß & Söhne, Wertingen: Wandler in der Götter Spur (DM 6,00); Der Hüter der Schwelle; Pitschereien, Satire (DM 4,00).

Im Europäischen Verlag, Wien IX, Pramergasse 1: Zwischen Fackel und Neon (DM 4,50).

Alle diese Gedichtbände sind sofort lieferbar und werden den Kollegen empfohlen, die sich näher mit dem interessanten Gebiete der Sinnlyrik befassen wollen.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

## Aus dem irischen Schaffen Tochtermanns

### Dem Bruder im Sinn ...

Wenn ihr mich nicht wollt  
So wie ich bin,  
Dann laßt es bleiben,  
Dann hat's keinen Sinn!  
Wenn ich nur schreiben soll,  
Wie's euch grad gefällt,  
Dann laß ich's bleiben,  
Well's den Sinn vergällt.  
Wenn unter Tausenden  
Es einmal sich fügt,  
Daß mich einer versteht,  
Das ist viel, es genügt.  
Sonst geht mich nichts an. —  
Geist ist ew'ger Beginn  
Der beschwerlichen Suche  
Nach dem „Du im Sinn“.

Nur wenn du Mensch bist nah'n sich dir die Götter —  
Ganz Mensch mit allen Unzulänglichkeiten —  
Denn nur ein Mensch, der im Geschrei der Spötter  
Erhaben Hauptes wagt einherzuschreiten,  
Ist auserwählt, vor gold'nen Götterthronen  
Im Staubgewand der Erde zu erscheinen.  
Ihn werden heiße Tränen nur belohnen,  
Die dort Unsterbliche dem Bruder weinen.

### Ach ich wollt ...

Ach ich wollt' das Glück erraffen,  
Und da war's vorbei;

Ach ich dacht', ich müßt' es schaffen,  
Wo's auch immer sei.

Schließlich hab ich's aufgegeben,  
Schlich davon mich sacht,  
Und schon hat's aus jedem Leben  
Keck mir zugelacht.

Der Ehre  
Verpflichtet,  
Auf Ehren verzichtet,  
Sah immer gerichtet  
Er noch jene Zahl!  
All derer,  
Die Ehre  
Um „Ehren“ verkauften,  
Um billige Orden  
Sich ränkten und rauften,  
Weil Ihnen das Inn're  
Gesetz nicht befahl.

### Genie

Knospen zart und traumbefangen,  
Überhaucht vom Frühlingswind,  
Viele sind vorbeigegangen,  
Stehen blieb allein das Kind,  
Nahm trotz aller spitzen Dornen  
Sie behutsam in die Hand,  
Brach sie aus den dicht verworrenen  
Hecken, wo sie keiner fand.

Die Wolken, der Wind und die Sterne,  
Besungen von Dichtern soviel:  
Die leuchtende, lockende Ferne,  
Des Herzens geheimstes Gespiel.  
Was bleibt? — Der Staub und die Straße,  
Wenn's viel ist — ein Blümlein am Rand,  
Denn keiner ertrug jemals die Masse,  
Worin er sich selber nicht fand.

### Ortung

Was bin ich im Grunde?  
Nur ein Vollzug.  
Mund vieler Munde  
Und Schiffes Bug,  
Der Welle auf Welle  
Des Lebens zerteilt,  
An keiner Stelle  
Des Stromes verweilt:  
Sinn vieler Zeiten,  
Der sich entringt  
Ewigkeiten —  
Und manchmal — singt.



**strath labor  
gmbh**

## Naturgemäß heilen — mit Strath-Präparaten

- **Strath-Grundpräparate:**  
zur Anregung des gesamten Organismus
- **Strath-Organpräparate:**  
mit gezielter Wirkung auf das jeweilige Organ
- **Strath-Komplexpräparate:**  
für funktionell kooperierende Organsysteme
- **Strath-Hefemixturen:**  
Kulturhefen nach dem Strath-Verfahren
- **Strath-Saiben:**  
zur Unterstützung der inneren Therapie.

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

### Strath-Labor GmbH

Pharmazeutische Präparate  
8405 Donaustauf  
Strathstraße 5-7, Postfach 18  
Telefon 09403/314 und 209

# Kongresse

## 48. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 24. bis 26. September 1971 im Rathaus der Stadt Augsburg

Thema: Betreuung des chronisch Kranken in der Praxis mit Laborseminar und Qualitätskontrollkurs

Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

Filmabend, Referate, Seminare und Podiumsgespräche finden im Vortragssaal, Oberer Rathausfletz, statt.

### Freitag, 24. September 1971

16.00 Uhr

**Klinische Visiten** im Westkrankenhaus

16.00 Uhr

**Laborseminar** im Fürstenzimmer, II. Stock

20.00 Uhr

**Filmabend** im Vortragssaal, Oberer Rathausfletz

### Samstag, 25. September 1971

8.00 – 9.00 Uhr

**Besichtigung der Industrieausstellung** im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal

#### Thema I: Der Rheumatiker in der ambulanten Praxis

9.00 – 9.30 Uhr

Prof. Dr. A. Bäumer, Münster: **Rheuma als Diagnose und als Fehldiagnose**

9.30 – 10.00 Uhr

Dr. Gr. Stellbrink, Hamburg: **Chirurgische Diagnostik und Therapie bei der chronischen Polyarthrit**

10.00 – 10.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Bäumer, Münster: **Praxistherapie des chronischen Rheumatikers**

#### Thema II: Der „Magenkranke“ in der Sprechstunde

11.00 – 11.30 Uhr

Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin: **Moderne Oberbauchdiagnostik in der Sprechstunde**

11.30 – 12.00 Uhr

Prof. Dr. R. Dohrmann, Berlin: **Fortschritte in der chirurgischen Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen**

12.00 – 12.30 Uhr

Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin: **Betreuung von chronischen Magen-Darm-Leberkranken in der Sprechstunde**

14.00 – 15.15 Uhr

**Podiumsgespräch:** „Präventiv- und Rehabilitationsaufgaben der Praxis“

15.15 – 17.00 Uhr

Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf: **Seminar über Schilddrüsenerkrankungen: Der Struma-Patient in der Praxis**

17.00 – 18.30 Uhr

**Wehrmedizinisches Seminar** (Leitung: OFA. Dr. E.

Kattler); **Referat: Die hyperbare Sauerstoffbehandlung bei Gasödem mit anschließender Filmdemonstration**

9.00 – 12.00 Uhr und 14.00 – 17.00 Uhr

**Qualitätskontrollkurs** im kleinen Sitzungssaal

15.30 Uhr bzw. 16.00 Uhr

**Klinische Visiten** in den Augsburger Krankenanstalten

### Sonntag, 26. September 1971

8.00 – 9.00 Uhr

**Besichtigung der Industrieausstellung** im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal

#### Oberer Rathausfletz

8.00 – 9.00 Uhr

Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf: **Seminar über Schilddrüsenerkrankungen: Der Hypothyreose-Patient in der Praxis**

#### Thema III: „Der chronische Nierenkranke“

9.00 – 9.30 Uhr

Dr. V. Heimsoth, Essen: **Möglichkeiten der Praxis, sowie Dialyse- und Transplantationsprobleme**

#### Thema IV: „Der chronische Herzkreislaufkranke in der Praxis“

9.30 – 10.00 Uhr

Prof. Dr. M. J. Halhuber, Bernried: **„Der Koronarkranke“**

10.00 – 10.30 Uhr

Dr. J. Schmidt-Voigt, Bad Soden: **Die mehrdimensionale Dauertherapie der chronischen Herzinsuffizienz**

#### Thema V: „Der Parkinsonkranke“

11.00 – 11.30 Uhr

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien: **Die biogenen Amine**

11.30 – 12.00 Uhr

Prof. Dr. F. Munding, Freiburg: **Stereotaktische Hirnoperationen und Indikationsstellung in der L-Dopa-Ära**

14.00 – 15.15 Uhr

#### Podiumsgespräch

Einleitende Kurzreferate:

Prof. Dr. K. D. Bachmann, Münster:

a) „Kinder mit chronischer Bronchitis“

b) „Kinder mit chronischen Stoffwechselstörungen“



Die Besonderheit von **Facilus HämoTamps**

garantiert ein Verbleiben des Therapeutikums am Ort der Hämorrhoidal-Erkrankungen.

Ein Spezialmull hält die nach Einführen des HämoTamp freiliegenden Wirkstoffe am Erkrankungsort fest.

**neu**

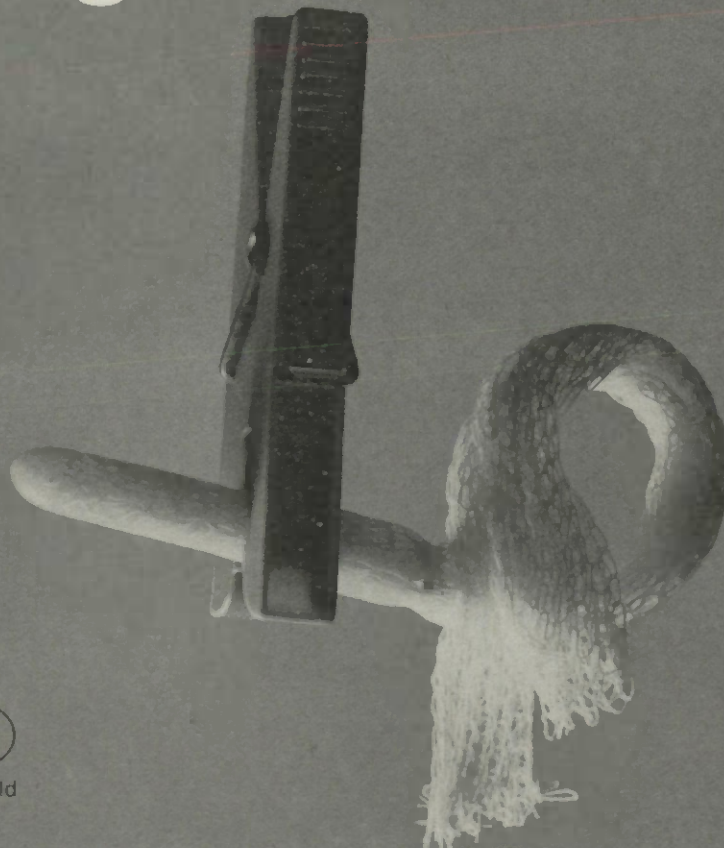
Während Suppositorien in der Tiefe des Rektums verschwinden und Salbe vom Erkrankungsherd weggedrückt wird, erfüllt Facilus die Forderungen nach

- Therapie des Hämorrhoidal-Leidens unmittelbar am Ort der Erkrankung
- voller und langandauernder 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 4,1 $\mu$ g, Toxin der Lachesis muta 0,9 nanogramm, Frischpflanzenauszüge aus Aristolochia Clemat. und Echinacea angust.  $\bar{a}\bar{a}$  350,0 mg, Hydroxypolyäthoxydodecan 75 mg, Heparin-Natrium 150 I. E.

Prof. Dr. G. Schellong, Münster:

- a) „Kinder mit chronischen Blutkrankheiten (Leukämie, Thrombozytopenie, Hämophilie)“
- b) „Kinder mit chronischer Pyelonephritis“

Prof. Dr. F. Hilgenberg, Münster:  
„Das chronisch herzkranke Kind“

Auskunft und Anmeldung: „Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 227 77

## 2. Ärztetagung in der präklinischen Geriatrie

vom 17. bis 19. September 1971 in Erlangen

Vom 17. bis 19. September 1971 findet in Erlangen die 2. Ärztetagung in der präklinischen Geriatrie statt.

**Thema:** Der Kreislauf des alternden Menschen

**Auskunft:** Privatdozent Dr. E. Lang, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

## A-Kurs für Arbeitsmedizin

vom 13. September bis 8. Oktober 1971 in München

Die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München, gibt bekannt:

Wegen technischer Schwierigkeiten liegt das detaillierte Programm leider noch nicht vor und wird erst im August zum Versand kommen.

**Tagungsort:** 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Für die Teilnahme am Kurs wird um schriftliche oder telefonische Anmeldung gebeten. Quartierbestellungen können von der Akademie nicht übernommen werden. Es wird gebeten, sich an das Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, zu wenden.

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

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

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 84/259-260



**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

## Ärztliche Fortbildung im Chiemgau im Jahre 1971

Mittwoch, 8. September 1971:

Prien am Chiemsee

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

**Referent:** Prof. Dr. med. H. W. K o e p p e, München

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

**Referent:** Priv.-Doz. Dr. med. T y m p n e r, München

Im Anschluß an die Referate Gelegenheit zur Grippe-Schutzimpfung

19. September bis 2. Oktober 1971:

Mittelmeerkreuzfahrt auf M/S ISTR A (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 Mit-  
telmeerraum und deren Folgen; ihre allgemein-  
medizinischen, stomatologischen und zahnärztli-  
chen Aspekte

3. Information über Art und Stand der zahnärztlichen  
Behandlung in den Heimatländern unserer Gast-  
arbeiter

**Wissenschaftliche Leitung:** Professor Dr. H i r s c h,  
Traunstein, und Professor S p i t z y, Wien

Ferner Besuch von Kliniken und Krankenhäusern

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

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

Bad Reichenhall

Gemeinsame Wochenendtagung mit der Salzburger  
Ärztegesellschaft

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

**Auskunft:** Dr. med. H. M a t u s c z y k, 8210 Priem  
am Chiemsee, Kneippkurhotel Kronprinz,  
Telefon (0 80 51) 4482

### Mitteilungen

#### Ärztelinder malen Ärzte Sonderdrucke für unsere Leser

Unsere Leser erinnern sich vielleicht:  
Im Vorjahr startete die Vereinigte  
Krankenversicherung AG – Vertrags-  
partner der Bayerischen Landesärzte-  
kammer – einen Malwettbewerb be-  
sonderer Art. Unter dem Motto „Mein  
Papi ist Arzt“ sollten Arztkinder ihren  
Vater bei der Arbeit darstellen. Das  
Echo war erfreulich – über 300  
„Kunstwerke“ wurden eingereicht.  
Der jüngste „Künstler“ war ganze  
drei Jahre alt. Die besten Bilder –  
von einer fachkundigen Jury ausge-  
wählt – sind in dieser Zeitschrift be-  
reits veröffentlicht worden.

Wie die Gesellschaft uns mitteilt, hat  
sie jetzt eine spezielle Mappe mit

einigen Vierfarb-Sonderdrucken im  
Format DIN A 3 aus dem Wettbewerb  
aufgelegt. Auf Wunsch sendet die  
Vereinigte interessierten Ärzten gerne  
eine Mappe zu (Anschrift: Vereinigte  
Krankenversicherung AG, 8000 Mün-  
chen 23, Leopoldstraße 24). Die  
Kunstdrucke sind z. B. auch für die  
Dekoration des Wartezimmers gut  
geeignet.

#### Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft verliehen

Anlässlich des 6. Kongresses der  
Deutschen Diabetes-Gesellschaft am  
14./ 15. Mai 1971 in Düsseldorf wurde  
der von Bayer, Leverkusen, und der  
Schering AG, Berlin/Bergkamen, ge-  
stiftete Förderpreis der Deutschen  
Diabetes-Gesellschaft zum vierten  
Mal verliehen.

Preisträger ist Herr Dr. med. Michael  
BERGER, Düsseldorf, dessen Disser-

tation über das Thema „Unter-  
suchungen zur Lipolyse am menschi-  
lichen Fettgewebe in vitro“ ausge-  
zeichnet wurde.

Der Förderpreis der Deutschen Dia-  
betes-Gesellschaft ist mit DM 11 000,-  
dotiert. Von diesem Betrag stehen  
dem Preisträger DM 10 000,- für  
seine weitere wissenschaftliche Aus-  
bildung auf dem Diabetesgebiet und  
DM 1000,- zur freien Verwendung zur  
Verfügung. Mit dem Förderpreis wer-  
den jährlich einmal junge Doktoran-  
den ausgezeichnet, deren Disserta-  
tion von einer deutschen Hochschule  
mit der Note „sehr gut“ beurteilt  
wurde.

Elne Förderung wissenschaftlicher  
Arbeiten zur Erforschung der Zucker-  
krankheit ist besonders deshalb von  
Bedeutung, weil viele Probleme, die  
im Zusammenhang mit dem Diabetes  
stehen, noch nicht geklärt sind.

Wenn's um Geld geht  
**SPARKASSE**  
Deutschlands größte Bankengruppe.



Sparkassen  
Girozentralen  
Landesbausparkassen

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

An Scharlach erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Personen als im Vormonat; die Erkrankungsziffer sank von 39 auf 37 Fälle je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Ebenfalls rückläufig war die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung. Bei Meningokokken-Meningitis ging die Erkrankungsziffer von 4 auf 3, bei den übrigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung von 11 auf 7 Fälle je 100 000 Einwohner zurück.

Weiterhin wurden nur vereinzelte Fälle von Typhus, Paratyphus und Ruhr bekannt. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg im Mai von 14 Fällen im Vormonat auf 22 je 100 000 Einwohner an. In geringerem Umfang, nämlich von 23 auf 26 Fälle, erhöhte sich im gleichen Zeitraum die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Mai 1971 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																Enteritide		Infectiose	
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Typhus abdominells		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Salmonellose		Übrige Formen			
	Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen																					
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	—	—	142	—	—	—	3	—	22	1	1	1	1	—	1	—	5	—	117	—	—	—		
Niederbayern	—	—	11	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—		
Oberpfalz	—	—	16	—	—	—	3	1	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—		
Oberfranken	—	—	41	—	—	—	5	1	6	—	—	—	—	—	1	—	1	—	23	—	1	—		
Mittelfranken	2	—	37	—	—	—	3	—	6	2	1	1	—	—	—	—	—	—	8	—	1	1		
Unterfranken	1	—	14	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	11	—	—	—		
Schwaben	—	—	45	—	—	—	6	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—		
<b>Bayern</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>306</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>178</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
München	—	—	70	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	4	—	92	—	—	—		
Nürnberg	—	—	13	—	—	—	1	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—		
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—		
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—		

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Brucellose				Melioidose		G-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
					Bang'sche Krankheit		Meltyphus											
		E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	—	84	1	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	2	—	—	
Niederbayern	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2	—	
Oberfranken	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Mittelfranken	—	—	22	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	2	—	
Unterfranken	1	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	
Schwaben	—	—	35	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
<b>Bayern</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>209</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	
München	—	—	47	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

<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>2)</sup> Verletzungen durch ein Tollwutkrankes oder Tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

### Ferdinand-Bertram-Preise 1971 verliehen

in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Arbeiten zur Erforschung der Zuckerkrankheit, insbesondere auf dem Gebiet der Enzymaktivitäten in der Leber bei Diabetes mellitus, wurde dem Göttinger Privatdozenten Dr. Berend WILLMS, Mitarbeiter von Professor Dr. Creutzfeldt, der Ferdinand-Bertram-Preis 1971 verliehen. Die Auszeichnung wurde anlässlich der 6. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft in Düsseldorf überreicht.

Den mit DM 5000,- dotierten jährlichen Preis stiftete das pharmazeutische Werk Boehringer Mannheim 1962. Die Forschung des Unternehmens hat gemeinsam mit den Ferberwerken Hoechst den Anstoß für die Behandlung des Diabetes mit Tabletten gegeben. Seit 1955 bleibt vielen älteren Patienten die Insulinspritze erspart.

Einer der ersten, der die klinische Bedeutung dieser oralen Diabetes-therapie erkannte, war der Hamburger Professor Dr. Ferdinand Bertram, nach dem dieser Preis benannt ist. Die Auszeichnung soll den Preisträgern ermöglichen, durch einen Studienaufenthalt im Ausland weitere Erfahrungen auf ihrem Fachgebiet zu sammeln.

### Ferienordnung 1972

Osterferien:

25. März bis 10. April 1972

Pfingstferien:

20. bis 29. Mai 1972

Sommerferien:

3. August bis 18. September 1972

Weihnachtsferien:

21. Dezember 1972 bis 8. Januar 1973

### Buchbesprechungen

V. Schlosser: „**Traumatalogie**“. Kurzgefaßter Ratgeber für Studierende und Ärzte. 279 S., 110 Abb., flexibles Taschenbuch, DM 9,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Buch mit dem zu bescheidenen Untertitel soll, laut des Vorwortes des Autors, dem Unerfahrenen in der Unfallheilkunde einen Grundstock an Sachkenntnis vermitteln.

Dem Autor ist es jedoch gelungen, ein Buch über die gesamte Traumatologie zu schreiben, welches nicht nur für den Unerfahrenen belehrend ist. Jedes Kapitel enthält präzise und kurze Erklärungen aller notwendigen theoretischen und praktischen Grundlagen jedes einzelnen wichtigeren Problems der Unfallheilkunde.

Der lapidare Stil ermöglicht es, daß alle Verletzungen in dem relativ kleinen Buch ihren entsprechenden Platz und die entsprechende Analyse finden.

Die „Allgemeine Traumatologie“ umfaßt ein Drittel des Buches. Die restlichen zwei Drittel enthalten alle Kapitel der „Speziellen Unfallheilkunde“. Die topographische Einteilung aller Knochen-, Gelenk-, Weichteil- und Organverletzungen gibt dem Buch einen besonderen pädagogischen Wert. Gute und sinnvolle schematische Darstellungen sowie Bilder ergänzen zweckvoll den Text. Alle Heilverfahren, welche derzeit allgemein anerkannt sind, finden ihren rechten Platz und sind kritisch bewertet.

Das Buch kann ganz besonders Studenten empfohlen werden.

Junge Ärzte und Unerfahrene finden darin wertvollste praktische Hinweise.

Prof. Dr. V. Petrokov

Prof. Dr. A. Krautwald: „**Digitale Therapie mit Hilfe von Dosierungstabellen**.“ 70 S., 10 Tab., 14 Aufstellungen und eine Tasche am Schluß des Buches, Linson, DM 33,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Das Buch ist empfehlenswert für alle Kollegen, die ihre „therapeutische Prägung“ zu einer Zeit erfuhr, da noch die Anfertigung von Rezepten über „Folia digitalis“... im Staatsexamen gängig waren und die „Kummulation“ „verteufelt“ wurde, was zur Folge hatte, daß auch heute noch nicht selten die Digitalistherapie unterdosiert wird, also ihre Möglichkeiten nicht voll ausgenutzt werden.

Erst durch die Arbeiten von Augsberger 1951, 1954, wurde die Digitalistherapie auf bis dahin unbekannt, quantitative Grundlagen gestellt und dadurch die Anwendung vereinfacht und gleichzeitig optimal praktikabel gemacht. Die von Augsberger geschaffenen, deduktiven Grundlagen der modernen Digitalistherapie sind ein solitärer Meilenstein in der fast 200jährigen wissenschaftlichen Anwendung von Herzglykosiden in der Therapie des insuffizienten Herzens.

Der Autor vermittelt in konzentrierter, lesbarer Form die Grundlagen der rationalen Therapie mit den gebräuchlichsten Digitalisglykosiden. Die übersichtlichen Ausführungen sind unmittelbar auf die Praxis bezogen, sie vermitteln das therapeutische Rüstzeug, ohne jeglichen theoretischen Ballast.

Auf einfachere Art, als durch die Lektüre dieses Buches, kann man sich nicht hinreichend informieren über das erreichbare Optimum der Digitalistherapie. Daß die Lektüre eines Werkes, welches sich auf Tabellen stützt, notwendigerweise manchmal



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

# Dismenol

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

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

etwas „ledern“ ist, sollte keinen verdrängen, denn die Mühe wird aufgewogen durch die dargereichte Fundamentierung der Therapie.

Lesbarer und einprägsamer wäre der Stoff, wenn graphische Darstellungen verwandt worden wären, jedoch bedeutet deren Fehlen keinen Substanzverlust.

Das Buch bringt mehr, als aus dem Titel hervorgeht, die Kapitel über „Indikationen“, „Wahl der Glykoside“, „Darreichungsform“, „Verträglichkeit“, „Wirksamkeitskriterien“, „Symptome der Überdosierung“ und „Ergänzende Therapie“ sind prägnant, gedrängt, beanspruchen aber mehr Seiten, als die Abhandlungen über den rationalen Gebrauch der Tabellen, jedoch ist dies kein Mangel, denn der Suchende wird dankbar sein für die komprimierte, sachliche Darstellung, die der Erfahrene überschlagen wird. Im übrigen schadet es nichts, auch diese Kapitel über allgemeine Grundsätzlichkeiten der Digitalistherapie zu lesen, im Hinblick auf die Suggestionen und eindringliche, aber einseitige Beredsamkeit der didaktisch hochperfektionierten Prospekte der Pharmaindustrie.

Kritisch anzumerken ist: in der Tabelle 1 finden sich Werte, die mit einigen Daten von der Literatur geringfügig abweichen; daß es sich um „abgerundete Werte“ handelt, erfährt man erst später im Text, sollte aber bereits in der Legende vermerkt sein. Außerdem könnte diese Tabelle ergänzt werden durch die Persistenzquoten und die mittlere tägliche Erhaltungsdosis, ferner – zwecks Orientierung – durch Einbeziehung weiterer Herzglykoside.

Das letztere gilt auch für die Liste der Synonyma, die überdies unanscheinlich ist. Jedoch diese Einwände beeinträchtigen nicht den Wert des Buches.

Dr. med. W. Wesslau, München

Ch. van Riprer/J. v. Irwin: „**Artikulationsstörungen**“. 197 S., 33 Abb., kart. DM 30,40. C. Marhold Verlag, Berlin.

Die Schriftenreihe „Die Sonderpädagogik des Auslandes“ befaßt sich mit Übersetzungen wesentlicher Veröffentlichungen und Forschungsberichte dieses Spezialgebietes. Das vorliegende Buch dieser Reihe, „Artikulationsstörungen“, wendet sich dementsprechend in der Hauptsache an den sonderpädagogischen Fachmann. Ausgehend von der Erkenntnis, daß das Leben des Menschen in hohem Grade sprachlich bestimmt ist, wird hier versucht, Einblick in amerikanische Arbeitsweisen zu gewähren, um den wachsenden Bemühungen sprachheilpädagogischer Arbeit für Artikulationsgestörte (Stammer, Dyslaliker) in Schule, Sprachkurreheim und Sprachheilambulanz Rechnung zu tragen. Nach einer Übersicht über die anormale Artikulation und deren Ursachen wird die Artikulationsprüfung besprochen, wobei die einzelnen Verfahren (Analyse der Standardlaute, direkte und indirekte Prüfungen, verschiedene Prüfmittel) eingehend dargestellt werden. Naturgemäß wird denjenigen Arzt, der sich mit Sprachstörungen befaßt, die Symptomatologie am meisten interessieren. Er muß die charakteristischen Fehlertikulationen kennen, um seine weiteren therapeutischen Entscheidungen zu treffen. Die Artikulationsbehandlung selbst besteht, vielen wohl unbekannt, aus mühseliger Kleinarbeit, die wohl nur derjenige ermessen kann, der sich mit diesem Zweig der Rehabilitation einmal irgendwie befaßt hat. Für den fachlich Interessierten ein lesenswertes Buch.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Pitzen/Rössler: „**Kurzgefaßtes Lehrbuch der Orthopädie**“. 234 S., 225 Abb., kart. DM 29.—. Verlag Urban

und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien.

Wenn jetzt, schon zwei Jahre nach der letzten Auflage, die 11. des „Pitzen/Rössler“ folgt, obwohl in den letzten Jahren eine Reihe kurzgefaßter Lehrbücher der Orthopädie herausgekommen ist, so spricht diese Tatsache schon für dieses bewährte Buch.

Es ist inzwischen zu einem stattlichen, alle Gebiete der Orthopädie in treffender Form besprechendes Werk geworden.

Schon die einleitenden Abschnitte führen in wichtige, oft vernachlässigte Anliegen der Orthopädie. Zu begrüßen ist die ausgiebige Besprechung der Körperbehindertenfürsorge und der Rehabilitation. Gerade diese waren immer schon ein besonderes Arbeitsgebiet der Orthopädie, obwohl man gerade in den letzten Jahren bei diesem häufig schlagwortartig angewandten Begriff den Eindruck haben konnte, es handle sich um etwas völlig Neues.

Die angeborenen Mißbildungen werden ausführlich dargelegt, auch die Tuberkulose, wenn auch nicht ausgestorben, so doch reduziert, genau besprochen.

Bei der Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen ist gerade die therapeutische Seite dem letzten Stand der Therapie entsprechend dargelegt, soweit es sich um bewährte Verfahren handelt.

Die Gefäßerkrankungen, in orthopädischen Lehrbüchern gelegentlich gemieden, sind nicht vergessen, auch ihre Diagnostik ist abgehandelt.

Im Abschnitt über die chronische Polyarthritis fehlt nicht der Hinweis auf die Serologie, neuere, medikamentöse Behandlungsverfahren (Immunosuppressive) und auf die Operationsverfahren einschließlich der Präventivoperationen.

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

*Synthera*  
BIOLOGISCHE  
HEILMITTEL

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

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

*Mitchellando*®

Den Unfallschäden und verletzten Unfallfolgen ist ein eigener Abschnitt gewidmet. Den Abschluß bilden besonders wichtige Basiskapitel der Orthopädie: Orthopädischer Apparat, Prothesen, Orthopädischer Schuh.

Vergleicht man das Buch von den ersten Auflegen bis zur jetzigen, so fällt das gelungene Bemühen auf, das Werk immer auf den letzten Stand zu halten. So spiegelt es auch die Entwicklung wider, die unser Fach in den letzten Jahren genommen hat.

Der „Pitzen/Rössler“ wird weiterhin für alle, die mit der Orthopädie zu tun haben, ein unentbehrliches Nachschlagewerk, ein Ratgeber sein.

Ausstattung und Wiedergabe sind immer gut. Der Preis ist, angesichts des Wertes dieses Buches, angemessen.

Prof. Dr. med. W. Mohing,  
Gögglingen

## Kongreßreise

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongreßreise durch:

### USA-Fachstudienreise „Computer in der Medizin“

vom 11. bis 26. Oktober 1971

Reiseroute: Frankfurt – New York – Crenston – New York – Syracuse – Chicago – Rochester – Jefferson City – Houston – Washington – New York – Frankfurt.

Des von amerikanischen Medizinerinnen konzipierte Studienprogramm wurde auf breiter Basis erstellt, um den teilnehmenden Ärzten die Erfahrungen in verschiedenen medizinischen Fachbereichen aufzuzeigen.

Tourpreis pro Person: DM 3385,-  
Einzelzimmer-Zuschlag pro Person DM 310,-

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen: Flug in der Economy-Klasse von plenummäßigen Linienmaschinen der PAN AM. Unterbringung in Zweibettzimmern mit Privatbad/WC in Hotels I. Klasse (Einzelzimmer Zuschlag). Verpflegung: täglich amerikanisches Frühstück. Sämtliche Besichtigungen fachlicher und touristischer Art gemäß Programm. Deutsch-englisch sprechende Reiseleitung.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25–27

## 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.

### September 1971

6. – 9. 9. in Wien:

**5. Internationaler Fortbildungskurs für Anästhesiologie.** Auskunft: Professor Dr. O. Meyrhofer, Wiener Akademie, A–1090 Wien 9, Alserstraße 4.

6. – 12. 9. in Montreux:

**17. Internationaler Konvent für Zivilisationskrankheiten, Ernährung und Lebensbedingungen.** Auskunft: Prof. Dr. H. A. Schweigert, 3000 Hannover-Kirchrode, Bremeröder Straße 61.

6. – 17. 9. in Neutrauburg:

**Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie.** Auskunft: Dr. med. K. Sell, Leitender Arzt der klinischen Abteilung für konservative Orthopädie, Physikalische und manuelle Medizin, 7972 Neutrauburg.

6. – 18. 9. in Velden:

**Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin.** Auskunft: Dr. V. Herth, Sekretariat der Kongresse für Ganzheitsmedizin, 8600 Bamberg, Hainstraße 9.

9. – 11. 9. in Prag:

**XVI. Tschechoslowakischer Kongreß für Kinderheilkunde.** Auskunft: Dr. A. Kopecký, CSc., II. dětská klinika Preg 2, Sokolská 2, CSSR.

11. – 18. 9. in Freudenstadt:

**41. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren.** Auskunft: Dr. med. H. Heferkemp, 6500 Mainz, Adam-Cerrillon-Straße 13.

12. – 16. 9. in Ottewo:

**XXV. Generelversammlung des Weltärztebundes.** Auskunft: The World Medical Association, Inc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.

12. – 25. 9. in St. Moritz/Cempfér:

**2. Sportärzte-Fortbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes e. V.** Auskunft: Dr. K. Weber, 4790 Bad Oeynhausen, Klosterstraße 23.

13. – 17. 9. in Neuherberg:

**Strahlenschutzkurs / 1. Fortbildungskurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

13. – 17. 9. in Prag:

**Tagung über kommunale Hygiene.** Auskunft: Dr. J. Hevránek, CSc., Hygienický ústav, Preg 10, Srobove 48, CSSR.

13. – 20. 9. in Westerland:

**35. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde.** Auskunft: Prof. Dr. U. Jessel, 2280 Westerland, Lornsenweg 9.

13. 9. – 1. 10. in Tübingen:

**6. Tübinger Tropenkurs.** Auskunft: Doz. Dr. W. Kretschmer, Tropenmedizinisches Institut der Universität, 7400 Tübingen, Wilhelmstraße 11.

**RECORSAN<sup>®</sup> - 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

15. – 18. 9. in Hoha Tatra (CSSR):

**Gonadotrope Hormona bei endokrinen Störungen der menschlichen Reproduktion.** Auskunft: Dr. T. Klacanský, CSc. I. gynekologická klinika Bratislava, Zochova 5, CSSR.

16. – 19. 9. in Köln:

**Bundeshauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV).** Auskunft: Sekretariat, 5000 Köln 1, Theodor-Heuss-Ring 62.

16. – 30. 9. in Ischia (Italien):

**4. Internationales Rheumasymposion.** Auskunft: Kongreßdienst des Deutschen Kassenarztverbandes, 2000 Hamburg 73, Postfach 730 420.

17. – 20. 9. in Bremerhaven:

**54. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik.** Auskunft: Sekretariat, 3000 Hannover, Am Hohem Ufer 6.

18. – 22. 9. in Igls:

**5. Internationale Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinpraxis.** Auskunft: Generalsekretariat der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.

18. – 23. 9. in Freudenstadt:

**XXVIII. Psychotherapie-Seminar.** Auskunft: Seminarbüro der Psychotherapie-Seminare, 8000 München 23, Königstraße 101.

18. 9. – 8. 10. in München:

**A-Kura für Arbeitsmedizin.** Auskunft: Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Plarrstraße 3.

19. – 22. 9. in Heidelberg:

**71. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg.** Auskunft: Sekretariat der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, 6900 Heidelberg, Bergheimer Straße 20.

20. – 24. 9. in Luzern:

**4. Internationaler Phlebologenkongreß.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Phlebologia und Proktologia, 5100 Aachen, Bahnhofstraße 18–20.

22. – 25. 9. in Bonn:

**Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie.** Auskunft: Direktor Prof. Dr. G. Imhäuser, 5000 Köln-Lindenthal, Josef-Stalzmänn-Straße 9.

22. – 26. 9. in Helgoland:

**4. Herbst-Symposion.** Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Huda 1.

23. – 26. 9. in Igls:

**13. internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin.** Auskunft: Dr. K. Engalmelär, 4740 Oelde, Langestraße 21 a.

24. – 26. 9. in Augsburg:

**Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Thema: „Der chronische Kranke und seine ärztliche Führung in der Praxis“.** Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.

25. 9. in Erlangen:

**Fortbildungskurs „Proktologie“.** Auskunft: Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns, 8000 München 83, Hammannstraße 8.

29. 9. – 2. 10. in Berlin:

**29. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.** Auskunft: Prof. Dr. H. W. Spilar, Direktor der Hautklinik der Freien Universität am Klinikum Steglitz, 1000 Berlin 45.

27. 9. – 2. 10. in Karlsbad:

**XXV. Internationaler medizinischer Fortbildungskurs.** Auskunft: Dr. J. Benda, CSc. Výzkumny ústav balneologický a klimatologický, Karlovy Vary, CSSR.

30. 9. – 2. 10. in Hannover:

**Deutscher Krebskongreß 1971, 10. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung.** Auskunft: Dr. O. Wettar, 4300 Essen-Holsterhausen, Hulelandstraße 55.

30. 9. – 2. 10. in Würzburg:

**XII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie.** Auskunft: Prof. Dr. Thea Schönlaider, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.

**Bellagenhinweis:**

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma Chem. Fabrik Tappelhof, Berlin

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer, Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, 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, früherer Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München

Druck: Druckerei 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 Einnendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

**Sinupret®**

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG  
NÜRNBERG