



## Die Mehrfachimpfung und ihre Indikation \*

von R. Heas

### I. Allgemeines

Unter Mehrfachimpfung versteht man üblicherweise die gleichzeitige Impfung gegen verschiedene Krankheiten mit einem Impfstoff. Ein klassisches Beispiel ist die Impfung gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus mit DPT-Impfstoff. Mit anderen Worten, bei einer Mehrfachimpfung im konventionellen Sinne enthält der Impfstoff Antigene aus den Erregern verschiedener Krankheiten. Dabei kann es sich auch um Mischungen lebender, in ihrer Virulenz abgeschwächter Erreger handeln, beispielsweise eine zwar bei uns nicht übliche, jedoch gelegentlich im Ausland verwendete Pocken-Masern-Gelbfieber-Vakzine. Das festzustellen, erscheint trivial. Dennoch sollte man sich vielleicht klarmachen, daß streng genommen der Begriff der Mehrfachimpfung weiter geht. Die Grippeimpfung, bei der gleichzeitig gegen Influenza A und B geimpft wird, ist ebenfalls eine Mehrfachimpfung, auch wenn uns das oft nicht bewußt ist. Auch die übliche trivalente Form der Poliomyelitisimpfung, bei der wir Gemische lebender abgeschwächter Polioviren aller drei Typen verfüttern, ist eine Mehrfachimpfung. Sie besitzt sogar wegen der Möglichkeit der gegenseitigen Interferenz der Impfviren eine spezielle Problematik. Ich möchte vielleicht sogar soweit gehen, zu behaupten, daß es streng genommen eine Einfachimpfung in dem Sinne, daß der Impfstoff nur ein einziges Antigen mit einer einzigen Determinante enthält, überhaupt nicht gibt. Auch sogenannte Einfachimpfstoffe sind komplexe Antigene, so daß eigentlich in der Praxis jede Impfung eine Mehrfachimpfung ist.

Gegen die Entwicklung und Anwendung immer komplexerer Mehrfachimpfstoffe, mit denen man gleichzeitig gegen vier, fünf oder noch mehr Krankheiten impfen kann, ist gelegentlich das Bedenken der Konkurrenz der Antigene erhoben worden. Dazu möchte ich gleich zu Beginn ein Wort sagen: Unter Konkurrenz der Antigene versteht man die Hypothese, die gleichzeitige Verabreichung verschiedener Antigene führe zu einer Beeinträchtigung des Impferfolges. Für die

Impfpraxis, mit der wir uns befassen, spielt die Konkurrenz der Antigene keine Rolle. Die der Hypothese von der Konkurrenz der Antigene zugrunde liegenden Vorstellungen sind im wesentlichen überholt.

Die Mehrfachimpfstoffe verdanken ihre Einführung dem Umstand, daß immer mehr Impfungen entwickelt wurden, für die eine allgemeine Indikation besteht. Es sind zum Teil Impfungen, bei denen die Impfstoffe zwei- oder dreimal injiziert werden, um ausreichende Immunität zu erzielen. Was liegt näher als eine Mehrfachimpfung, wenn man die Zahl der Impftermine bzw. der Injektionen auf ein tragbares Maß senken will. Mehrfachimpfungen sind inzwischen zu festen Bestandteilen vieler öffentlich empfohlener und anderer Impfprogramme geworden. Ohne Mehrfachimpfstoffe hätten wir keine Chance, die notwendigen Impfungen in dem erforderlichen Umfang vorzunehmen. Wie drastisch sich die Zahl der notwendigen Injektionen durch Mehrfachimpfungen erniedrigt, läßt sich leicht errechnen. Allein durch die Kombination Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus ergibt sich eine Senkung von acht bzw. neun auf drei Injektionen.

Ich werde zunächst jene Mehrfachimpfungen besprechen, die in Deutschland Bestandteil allgemein empfohlener Impfprogramme, beispielsweise offizieller Impfkalender, sind. Sodann gehe ich kurz auf Mehrfachimpfstoffe ein, die bei uns zwar zur Verfügung stehen, jedoch im allgemeinen nicht in offiziellen Impfprogrammen erscheinen. Zum Schluß werde ich noch einige Worte über Mehrfach-Lebendimpfungen sagen.

### II. Mehrfachimpfungen in allgemein empfohlenen Impfprogrammen (Impfkalender)

Anhand der ersten Tabelle möchte ich rekapitulieren, welche Impfverfahren prinzipiell zu unterscheiden sind. Es sind drei. Zunächst sind es die sogenannten Lebendimpfungen. Bei ihnen besteht die entscheidende Komponente der Impfstoffe aus vermehrungsfähigen, attenuierten, d. h. in ihrer Virulenz abgeschwächten Erregern. Diese Impfungen sind im Grunde Infektionen. Klassische Beispiele sind die BCG-Impfung oder die Pockenimpfung.

\*) Vortrag anlässlich der 46. Fortbildungstagung für Ärzte am 23. Mai 1971 in Regensburg.

### Prinzip der aktiven Impfverfahren

e) Lebendimpfungen:	Impfstoffe bestehen aus vermehrungsfähigen, weitgehend evirulenten (attenuierten) Erregern oder deren Verwendten
b) Totimpfungen:	Impfstoffe bestehen aus inaktivierten (schonend abgetöteten) Erregern
c) Toxoidimpfungen:	Impfstoffe bestehen aus chemisch entgifteten Erregerbestandteilen

Tabelle 1

Sodann gibt es die Totimpfungen, bei denen die wirksamen Impfstoffbestandteile aus inaktivierten, d. h. schonend abgetöteten Erregern bestehen. Typische Beispiele sind der SALK-Impfstoff oder der Keuchhustenimpfstoff.

Eine besondere Kategorie bilden schließlich die Toxoidimpfungen. Hier wird – vom Konzept der Impfung her gesehen – Immunität gegen einen pathogenetisch relevanten Faktor, nämlich ein bakterielles Toxin erzeugt. Die wichtigsten Beispiele hierfür sind die Diphtherie- und die Tetanusimpfung.

Streng genommen wäre noch eine vierte Impfstoffgruppe zu bilden, nämlich jene, bei denen die Impfstoffe nur bestimmte Erregerbestandteile wie bei Masernspaltimpfstoff enthalten. Der Einfachheit halber verzichte ich auf eine spezielle Rubrik für diese Impfstoffe. Ihrem Wesen nach sind diese Vakzinen Totimpfstoffe.

Werfen wir nun einen Blick auf einen der Impfpläne, die in vielfältiger Form als immunisatorische Curricula für Kinder vorgeschlagen wurden. Aus ihm können wir ersehen, an welcher Stelle Mehrfachimpfungen vorgesehen sind.

Ich wähle als Beispiel einen Plan, der vor etwa einem Jahr auf einem von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie gemeinsam mit dem Deutschen Grünen Kreuz veranstalteten Kolloquium über Impffragen aufgestellt wurde (Tab. 2).

Wie sich aus der Übersicht ergibt, sieht der Impfplan an vier Stellen die Impfung mit Mehrfachimpfstoffen vor, nämlich:

1. Während des ersten Lebensjahres beginnend etwa mit dem dritten Lebensmonat drei Injektionen Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DPT)-Impfstoff. Gleichzeitig mit der ersten und dritten Impfung sollen zwei Schluckimpfungen gegen Kinderlähmung erfolgen.
2. Eine Auffrischimpfung mit DPT-Impfstoff gleichzeitig mit der dritten Polio-Schluckimpfung im zweiten Lebensjahr.
3. Eine weitere Auffrischimpfung mit Diphtherie-Tetanus-Impfstoff im sechsten Lebensjahr.

4. Eine Auffrischimpfung mit DT-Impfstoff bei Schulabgang, also im Alter von 14 Jahren, und zwar verbunden mit einer Schluckimpfung gegen Poliomyelitis.

Es liegt nahe, zu fragen, weshalb in diesem Plan keine Mehrfachimpfstoffe auftauchen, die neben Komponenten gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten außerdem Quoten gegen Poliomyelitis und Masern enthalten – Impfstoffe, die es ja durchaus gibt. Hierauf werde ich später eingehen. Zunächst möchte ich einiges über die Mehrfachimpfstoffe im Rahmen des gezeigten Programmes sagen.

Dieses Programm ist teilweise noch immunisatorische Zukunftsmusik. Seine Durchführung liegt weitgehend in den Händen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das gilt nicht nur für die Impfungen gegen Pocken und Poliomyelitis, sondern auch für die Mehrfachimpfungen, obwohl zunehmend auch gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus durch niedergelassene Ärzte geimpft wird. Leider ist die Handhabung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Bundesländern unterschiedlich. Vielfach wird nur gegen Diphtherie und Tetanus geimpft.

Was ist nun zum DPT-Impfstoff und seinen Komponenten zu sagen? Ich glaube, diese Impfstoffkombination ist ohne jeden Zweifel – auch international gesehen – der für das frühe Kindesalter wichtigste Mehrfachimpfstoff. Er taucht praktisch in jedem Impfprogramm auf, ist wissenschaftlich fundiert und in der Praxis bewährt. Die Notwendigkeit der Diphtherieimpfung wird auch in einer Zeit nicht bestritten, die diese Krankheit kaum noch kennt. Bei Einbeziehung des Tetanus zeigte der öffentliche Gesundheitsdienst früher

Impfplan  
der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (1970)\*

Neugeborene:	BCG-Impfung
Ab 3. Monat:	dreimalige Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfung in monatlichem Abstand; mit 1. und 3. Injektionsimpfung Poliomyelitis-Schluckimpfung
Ende 1. Jahr:	Masern-Lebendimpfung
2. Jahr:	Auffrischungsimpfung Diphtherie-Pertussis-Tetanus; 3. Dosis Poliomyelitis-Oreimpfstoff
2. bis 3. Jahr:	Pockenimpfung
6. Jahr:	Auffrischungsimpfung Diphtherie-Tetanus
10. Jahr:	Auffrischungsimpfung Poliomyelitis (orel)
12. Jahr:	Pocken-Wiederimpfung
11. bis 14. Jahr:	Rötelnimpfung
Vor Schulabgang:	Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie-Tetanus

\*) Von dem Gesamtplan sind nur die Jahre bis zum Schulabgang berücksichtigt.

Tabelle 2

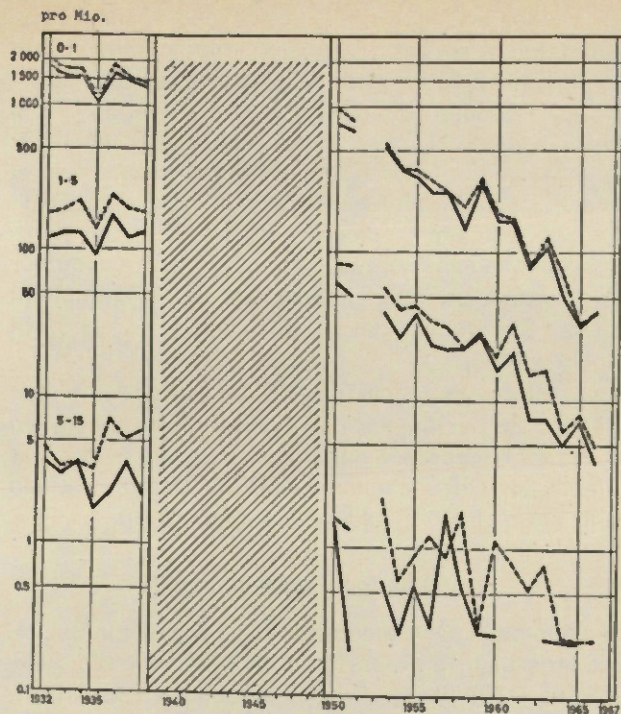


Abbildung 1

Keuchhusten in Deutschland (bis 1945 Deutsches Reich, ab 1946 Bundesrepublik)

Entwicklung der altersspezifischen Mortalität 1932 bis 1966 in den Altersgruppen 0 bis 1, 1 bis 5 und 5 bis 15 Jahre

eine gewisse Zurückhaltung. Man sagte, es handle sich bei dieser Impfung um Individualschutz, somit keine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Weiter wurde das Alter, in dem gegen Diphtherie geimpft wird, als ungeeignet für die Tetanusimmunisierung angesehen, weil das Tetanusrisiko im wesentlichen erst später manifest würde. Letzteres ist richtig, ignoriert jedoch die Tatsache, daß mit einer ordnungsgemäßen, d. h., mindestens drei Injektionen umfassenden Tetanusimmunisierung eine Basisimmunität von sehr langer Dauer erzeugt wird. Eine Immunität, die, wenn im Kleinkindesalter angelegt, auch noch im Schulalter und früheren Berufsleben den mit der aktiven Tetanusimmunisierung angestrebten Vorteil bietet, im Verletzungsfall lediglich eine Boosterung mit Impfstoff vornehmen zu können. In diesem Zusammenhang darf ich darauf hinweisen, daß die Quoten gegen Diphtherie und Tetanus in Kombinationsimpfstoffen bei uns selbstverständlich der staatlichen Prüfung, wie die entsprechenden Einfachimpfstoffe, unterliegen und auch den gleichen Anforderungen genügen müssen.

Während die Zurückhaltung gegenüber der Verblindung der Tetanus- mit der Diphtherieimpfung längst aufgegeben ist, besteht sie teilweise noch beim Keuchhusten. Das hat mehrere Gründe. Manche halten die Keuchhustenimpfung deshalb nicht für nötig, weil die Bedeutung des Keuchhustens insgesamt zu gering sei. Selbst wenn man diese Meinung teilt, wäre zu sagen, daß man mit dieser Begründung auch manche andere Impfungen einstellen könnte. Abbildung 1, welche ich Professor WEISE vom Bundesgesundheitsamt verdanke, zeigt, daß die Keuchhustensterblichkeit während der letzten Jahrzehnte kontinuierlich abgesunken ist.

Wie aus der folgenden Tabelle 3 hervorgeht, betrifft die Keuchhustensterblichkeit überwiegend das erste und vermutlich das zweite Lebensjahr. Daraus ergibt sich: wenn Impfung gegen Keuchhusten, dann im ersten Lebensjahr, und zwar nur als Kombinationsimpfung gegen Diphtherie und Tetanus.

Altersgruppe	absolut	in %
24 Std. bis 7 Tage	11	0,26
7 bis 28 Tage	13	0,31
28 Tage bis 1 Jahr	2894	68,76
1 bis 5 Jahre	1206	28,65
5 bis 10 Jahre	58	1,38
10 bis 15 Jahre	8	0,19
15 bis 20 Jahre	2	0,05
20 Jahre und älter	17	0,40
insgesamt	4209	100,00

Tabelle 3

Vorbehalte gegenüber der Keuchhustenimpfung resultieren aus Zweifeln an ihrer Wirksamkeit und ihren Nebenwirkungen. Die Wirksamkeit der Keuchhustenimpfung ist tatsächlich problematisch. Sie wird zwar vom Hersteller geprüft. Es fehlt jedoch ein überzeugendes Verfahren, das die Wirksamkeit der Keuchhustenimpfstoffe mit der wünschenswerten Genauigkeit zu bestimmen erlaubt und etwas über den zu erwartenden protektiven Nutzen beim Menschen aussagt. Auch von seiten der Bakteriologie des Keuchhustens gibt es einige Fragen, die die Wirksamkeit der Impfung tangieren. Die Wirksamkeit der Keuchhustenimpfung ist durch ausgedehnte Feldversuche, vor allem des British Medical Research Council, gut belegt. Das zeigt die folgende Tabelle 4. Wie man sieht, kann man einen beträchtlichen, wenn auch nicht 100%igen protektiven Effekt erwarten.

	geimpft				ungeimpft**)			
	Zahl der 3x geimpften Kinder	Beobachtungsdauer *) (Kind-Monat)	Zahl der Pertussiserkrankungen	Erkrankungszahl pro 1.000-Kind-Monat	Zahl der 3x geimpften Kinder	Beobachtungsdauer *) (Kind-Monat)	Zahl der Pertussiserkrankungen	Erkrankungszahl pro 1.000-Kind-Monat
männlich	1,823	49,105	68	1,38	1,932	52,472	327	6,23
weiblich	1,978	53,856	81	1,50	1,825	49,708	360	7,24
beide Geschlechter	3,801	102,961	149	1,45	3,757	102,180	687	6,72

\*) Beobachtungsbeginn zum Zeitpunkt der 3. Impfung.

\*\*\*) Diese Kinder erhielten einen Impfstoff ohne Keuchhustenkomponente.

Tabelle 4

Vor wenigen Jahren beobachtete man nun in England ein scheinbares Versagen der Keuchhustenimpfung. Geimpfte Kinder erkrankten fast so häufig wie ungeimpfte. Die Untersuchung ergab, daß der Mißerfolg der Impfung neben anderen Ursachen vermutlich auch darauf zurückzuführen war, daß in der Bevölkerung eine neue Antigenvariante des Keuchhustenbakteriums aufgetreten war, die im Impfstoff nicht ausreichend berücksichtigt war. Also ein Vorgang, wie wir ihn ähnlich von der Influenza kennen. Er löste verständlicherweise Unsicherheit aus. Trotzdem ist festzustellen, daß sich daraus keine Zweifel an Notwendigkeit und Nutzen der Keuchhustenimpfung rechtfertigen. Wir müssen an ihr festhalten. Die Argumente pro überwiegen bei weitem die contra.

Die Keuchhustenquote des DPT-Impfstoffes steigert übrigens die Wirksamkeit der Diphtherie- und Tetanuskomponente. Das liegt daran, daß die Keuchhustenbakterien als Adjuvantien wirken. Adjuvantien sind Stoffe, welche die immunisatorische Wirkung von Antigenen verstärken. Die Adjuvanswirkung der Keuchhustenbakterien auf die Tetanusimmunität zeige ich anhand der Abbildung 2. Sie ist einer experimentellen

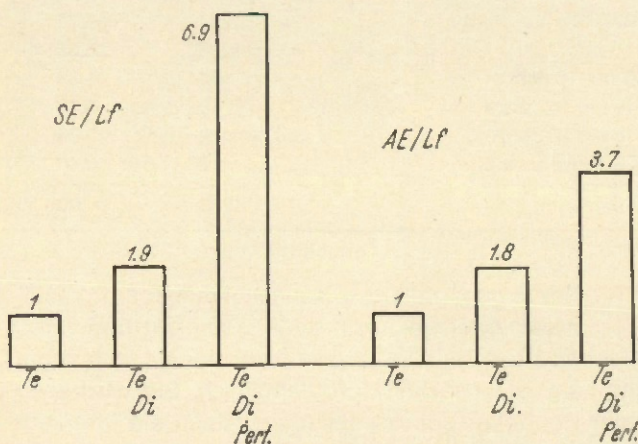


Abbildung 2

Wirksamkeit von Tetanus-Toxoid bei den angegebenen Antigen-Kombinationen

Arbeit von HENNESSEN, KÖRNER und MAULER entnommen. Die Höhe der Säulen ist der erzielten Immunität proportional und macht den adjuvierenden Einfluß der Keuchhustenbakterien überzeugend deutlich. Analoges gilt für die Diphtherieimmunität.

Leider hat die Keuchhustenkomponente im DPT- und anderen Impfstoffen auch eine ungünstige Wirkung, indem die Verträglichkeit dieser Impfstoffe leidet. Das liegt daran, daß die Keuchhustenbakterien biologisch hochaktive Stoffe mit starker Pyrogen- und anderer Wirkung enthalten. Versuche, diese unerwünschten Stoffe aus den Keuchhustenvakzinen zu entfernen, sind zwar beschrieben. Meines Wissens haben sie sich aber noch nicht generell in der Impfstoffproduktion ausgewirkt. Die Nebenwirkungen bestehen lokal in vorübergehender Rötung und Schwellung der Injek-

tionsstelle und allgemein in einem Fieberanstieg. Ganz selten kann es zu Enzephalopathie kommen. Ihre Häufigkeit ist jedoch nach der Impfung sehr viel seltener als im Zuge der Keuchhustenerkrankung. Trotz dieser Nebenwirkungen halten alle modernen Impfkalender an der Empfehlung der Keuchhustenimpfung im ersten und zweiten Lebensjahr in Form einer DPT-Impfung fest. Die Empfehlungen des amerikanischen Gesundheitsdienstes aus dem Jahre 1969 sehen sogar bis zum sechsten Lebensjahr die DPT-Impfung vor, ein Standpunkt, der bei uns im allgemeinen nicht geteilt wird.

Soviel über den DPT-Impfstoff. Auf den DT-Impfstoff brauche ich nicht näher einzugehen. Seine Indikation ist unproblematisch. Ob ihm allerdings die Praxis des öffentlichen Gesundheitsdienstes immer den richtigen Platz zuweist, steht auf einem anderen Blatt.

### III. Die übrigen Mischimpfstoffe

Der Impfplan der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie sieht en Mehrfachimpfungen nur die DPT- und die DT-Impfung vor. Das Angebot an Mehrfachimpfstoffen ist aber größer. Es umfaßt, wie die Tabelle 5 zeigt, u. a. Kombinationsimpfstoffe, mit denen gleichzeitig gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus und Poliomyelitis oder sogar zusätzlich gegen Masern geimpft werden kann. Daneben gibt es die entsprechenden Mehrfachimpfstoffe ohne Pertussiskomponente für ältere Impflinge. Automatisch stellt sich damit die Frage, weshalb diese Impfstoffe im Impfplan der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie nicht auftauchen und wo ihre Indikation gegeben ist. Die Antwort hierauf ist nicht ganz einfach und wird, je nach Standpunkt, unterschiedlich ausfallen. Auch bei Impfungen führen mehrere Wege nach Rom, was heißt, daß verschiedene Antworten auf die gleiche Frage richtig sein können. Der Impfplan der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie ist als Kompromiß zu verstehen, der vor allem – wenn auch unausgesprochen – die Massenimpfung im Auge hatte und das Ziel, die bekämpften Krankheiten als epidemiologisch zu Buche schlagende Größen zu beseitigen. Weiter waren die Gegebenheiten in der Bundesrepublik in Rechnung zu stellen und an das, was empfohlen wurde, waren strenge Maßstäbe hinsichtlich Wirksamkeit und Unschädlichkeit zu legen. Schließlich war ein einheitliches Konzept zu offerieren und es durften nicht zu viele Alternativen aufgezeigt werden, die Verwirrung und Unsicherheit stiften konnten.

Um nun einige mögliche Alternativen zum Impfplan der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie konkret anzusprechen, möchte ich sagen, daß es nicht falsch ist, im Einzelfall im ersten Lebensjahr anstelle der mit zwei Polioschluckimpfungen verbundenen DPT-Impfung drei Injektionen eines DPT-Poliomyelitis-Impfstoffes zu geben und damit gegen Poliomyelitis nach SALK zu impfen. Für die Massenimpfung jedoch, die das Ziel der Ausrottung der Poliomyelitis verfolgt, ist

**Übersicht  
in der Bundesrepublik gebräuchlicher Mehrfachimpfstoffe**

---

Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DPT)
Diphtherie-Tetanus (DT)
Diphtherie-Tetanus-Poliomyelitis (DT-Pol)
Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Poliomyelitis (DPT-Pol)
Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Poliomyelitis-Masern DPT-Pol-Ma)
Diphtherie-Tetanus-Masern (DT-Ma)
Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Masern (DPT-Ma)

---

Tabelle 5

diese Kombinationsimpfung bei uns nicht aussichtsreich und nicht ratsam. Da wir nicht wissen, ob wir mit dieser Form der Poliomyelitisimpfung auch ausreichend Darmimmunität erzielen, hat die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung vorsorglich empfohlen, nach SALK geimpfte Kinder — das wären mit DPT-Poliomyelitis-Impfstoff geimpfte Kinder — zusätzlich oral zu impfen.

Generell ist zur Indikation der DPT-Poliomyelitis- bzw. DT-Poliomyelitis-Impfstoffe zu sagen, daß sie überell dort in Betracht zu ziehen sind, wo eine im zeitlichen Zusammenhang mit der DPT- oder DT-Impfung vorge-sehene Schluckimpfung aus irgend welchen Gründen ausscheidet. Für den DT-Poliomyelitis-Impfstoff sehe ich eine Indikation im Zusammenhang mit der Auf-frischimpfung gegen Poliomyelitis. Der Impfka-lander sieht diese Auffrischimpfung im zehnten Lebensjahr vor. Bis heute ist nicht geklärt, ob sie zweckmäßiger als Schluckimpfung oder als SALK-Imp-fung erfolgt. Für beides gibt es Argumente. Mir scheint es erwägenswert, die im sechsten Lebensjahr einge-plante Auffrischimpfung gegen Diphtherie und Tetanus mit der Poliomyelitis-Auffrischimpfung im zehnten Lebensjahr zusammenzulegen und dafür DT-Pol-Impfstoff zu benutzen. Es bedeutet meines Erach-tens kein Risiko, mit der DT-Auffrischimpfung so lange zu warten.

Mit einigen Worten möchte ich euch noch auf die Kombinationsimpfstoffe mit Masernquote eingehen. Im Rahmen meines Themas will ich nur zwei Fragen berühren:

1. Sind Maserntotimpfstoffe hinsichtlich des zu erwar-tenden protektiven Effektes eine Alternative zur Lebendimpfung?
2. Sind Masernkombinationsimpfstoffe für die Vor-impfung der Masernlebendimpfung geeignet?

Für die Masernimpfung empfiehlt der Impfkalender, auf den ich mich mehrfach bezog, nur die Lebendimp-fung. Bei den Kombinationsimpfstoffen mit Masern-komponente handelt es sich um Totimpfstoffe. Mit ihnen kann man fraglos Antikörperspiegel im Blut in-duzieren. Ausgedehnte und zuverlässige Erfahrungen über Dauer und Ausmaß der durch die Masernimpfung erreichbaren Senkung der Morbidität liegen jedoch nur für die Lebendimpfung vor. Wer infolgedessen

diese Morbidität durch Impfung senken will, wird vor-läufig nur zu Lebendimpfstoff greifen können.

Da die Masernlebendimpfung recht häufig mit Neben-wirkungen verbunden ist, hat man zu ihrer Mitigierung die Maserntotimpfung als Vorimpfung empfohlen. Hierfür kommen auch Kombinationsimpfstoffe mit Ma-sernkomponente in Betracht. Ich habe Bedenken, mich solchen Empfehlungen vorbehaltlos anzuschließen. Unbezweifelbar können dadurch Nebenwirkungen der Lebendimpfung vermieden werden. Es sind jedoch, wenn auch sehr selten, schwere Verlaufsformen der Masern bei Kindern beobachtet worden, die nur mit Totvakzine geimpft waren und vereinzelt traten heftige Lokalreaktionen nach Lebendimpfung bei Kindern auf, die zuvor mit Totimpfstoff vorgeimpft waren. Gewiß sind das alles seltene Vorkommnisse. Aber sie spre-chen nicht für die Vorimpfung, zumal offen ist, ob die Vorimpfung mit Totimpfstoff einen günstigen Effekt auf die Immunität erzielt, sofern man diese nicht an Antikörpertitern, sondern am Verhalten nach Masern-exposition beurteilt.

Die Indikation der Masernkombinationsimpfstoffe er-gibt sich für mich im Augenblick — pauschal gespro-chen — in erster Linie aus den Kontraindikationen der Lebendimpfung, zu denen u. a. auch die Gravidität zählt. Über einen Punkt darf man sich keiner Illusion hingeben: eine zu Buche schlagende Senkung der Masernmorbidität ist im Moment nur von ausgedehnten Lebendimpfungen zu erwarten. Insofern stellen Masernkombinationsimpfstoffe keine echte Alterna-tive zur Lebendimpfung dar.

Damit möchte ich das Kapitel Kombinationstotimpf-stoffe verlassen und zum Schluß noch einige Worte über Kombinationslebendimpfstoffe sagen.

#### VI. Kombinationslebendimpfstoffe

Auf den ersten Blick mag es irritieren, Kombinations-lebendimpfstoffe in Erwägung zu ziehen. Kennen wir doch bei Viren die Erscheinung der Interferenz, d. h. der gegenseitigen Hemmung verschiedener sich in einem Individuum gleichzeitig ereignender Infektionen. Weiter ist bekannt, daß bei uns in Deutschland von amtlicher Seite Richtlinien vorliegen, wonach zwischen Lebendimpfungen gegen verschiedene Krankheiten bestimmte zeitliche Mindestabstände einzuhalten sind. Spricht das nicht alles von vorneherein gegen Kom-binationslebendimpfstoffe? Zweifellos. Indessen geht die Praxis manchmal nicht ohne Erfolg ihre eigenen Wege. Wir selbst impfen in der Bundesrepublik — wie schon eingangs erwähnt — oral gegen Poliomyelitis mit trivalentem Impfstoff, einem Kombinationslebend-impfstoff. In diesem Fall handelt es sich um nahe ver-wandte Viren und um die gleiche Krankheit. Eine Kom-binationslebendimpfung ist es trotzdem. Im Ausland hat man unter dem Zwang besonderer Verhältnisse schon seit Jahren sehr viel heterogenere Lebendimpf-stoffe in großem Umfang angewandt, ohne daß die be-fürchteten Nebenwirkungen oder der erwartete Miß-

erfolg zu verzeichnen waren. Es handelt sich dabei in der Regel um Kombinationen, die für uns kaum in Frage kommen, z. B. Pocken, Gelbfieber und Masern. In jüngster Zeit erprobt man im Ausland, besonders in den USA, Kombinationslebensdimpfstoffe gegen Masern, Röteln und Mumps, die auch bei uns eines Tages Interesse finden könnten. Derartige, zum Teil bereits lizenzierte Vakzinen entstehen als Folge der Entwicklung der entsprechenden Einzelimpfstoffe und des sich dadurch verstärkenden Druckes, den Impfkalender zu vereinfachen, d. h. die Zahl der Impftermine zu reduzieren. Sicher ist es für ein abschließendes Urteil über diese Entwicklung zu früh. Die bisherigen Resultate zeigen jedoch, daß Verträglichkeit und Wirksamkeit dieser Impfstoffe keineswegs enttäuschen und es nicht ausgeschlossen ist, daß auch wir uns demnächst konkret mit solchen Kombinationsimpfstoffen beschäftigen müssen.

### Zusammenfassung

1. Kombinationsimpfungen sind bewährte und unentbehrliche Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe wichtiger Infektionskrankheiten. Im Rahmen der Verwirklichung von Impfprogrammen für das Kindesalter spielen DPT- und DT- Impfstoffe eine zentrale Rolle. Ihre Anwendung ist auch für den Tetanus die beste Form der aktiven Schutzimpfung und

verdient den Vorzug vor der aktiven Tetanusimpfung als Teil einer Simultanimpfung im Verletzungsfall und vor einer separaten Tetanusimpfung in späteren Lebensalter.

2. Kombinationsimpfungen sind hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit den entsprechenden Einzelimpfungen nicht unter-, eher überlegen. Eine Konkurrenz der Antigene ist nicht zu befürchten.
3. Gegen Poliomyelitis und Masern soll in der Regel mit Lebendimpfstoffen geimpft werden. Kombinationstotimpfstoffe mit Komponenten gegen Poliomyelitis und/oder Masern stellen in manchen Situationen wichtige Alternativen der Lebendimpfung dar. Die Wahl muß nach ärztlichem Ermessen entsprechend der jeweiligen Situation erfolgen. Für die im zehnten Lebensjahr vorgesehene Auffrischimpfung gegen Poliomyelitis ist DT-Pol-Impfstoff unter Fortfall der im sechsten Lebensjahr geplanten DT-Auffrischimpfung in Erwägung zu ziehen.
4. Kombinationslebensdimpfstoffe, vor allem gegen Masern, Röteln und Mumps, und Kombinations-totlebensdimpfstoffe sind in Entwicklung und Erprobung. In der Bundesrepublik stehen sie zur Zeit für die allgemeine Anwendung nicht zur Verfügung.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. R. Hees, Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Freiburg, 7800 Freiburg, Hermann-Herder-Straße 11

## Alkoholikerfibel für den Arzt\*

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

(Fortsetzung)

### 3. Die offene Heilstätte

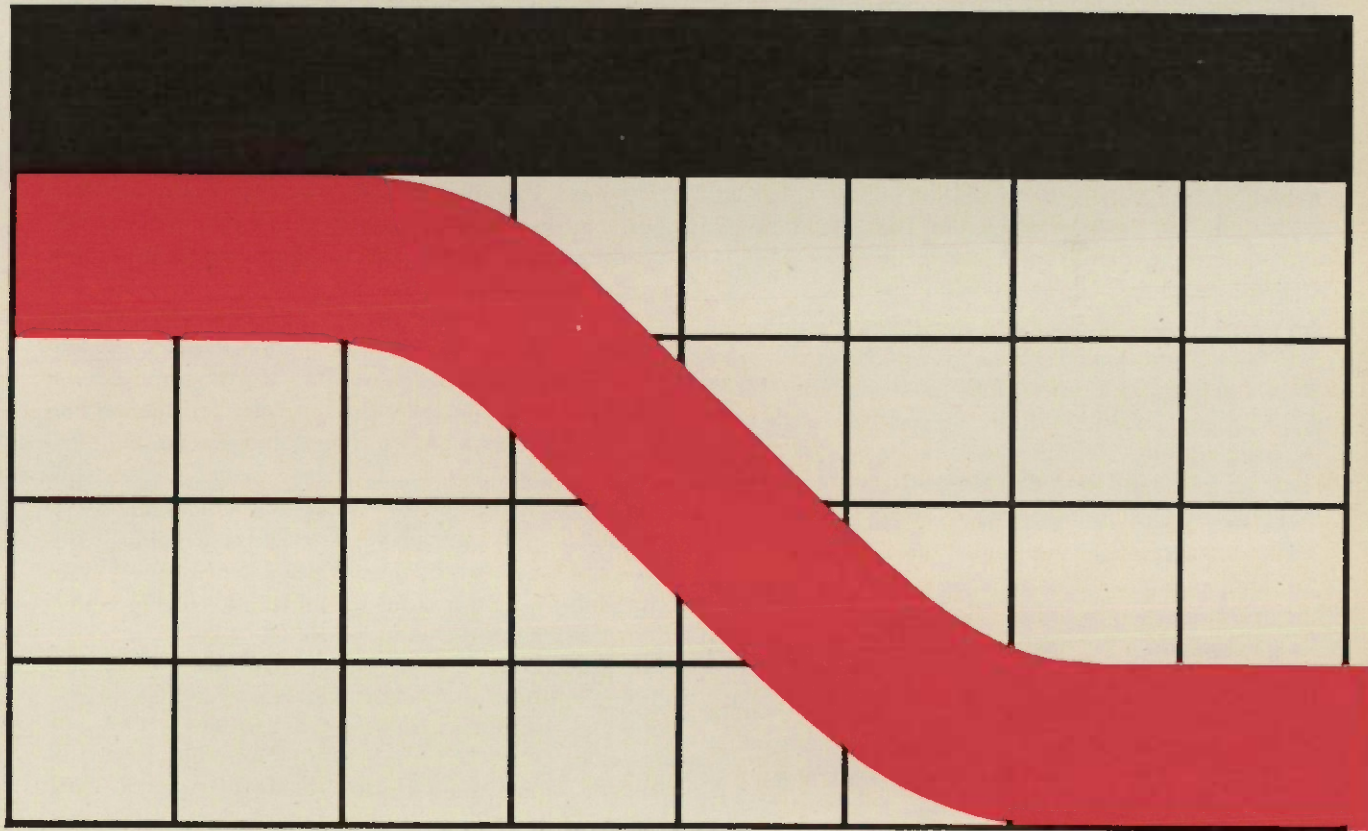
Die Behandlung des Alkoholikers in einer offenen Heilstätte ist angezeigt, wenn die bisherigen Maßnahmen in der Ambulanz nicht zum Ziele führten und eine weitere Verschlechterung droht. Dort gibt es anderweitige Möglichkeiten, die Arbeit am Kranken zu vertiefen. Dauernde Überwachung bei geregelter Tagesablauf, familiärer, freizügiger Charakter des Hauses, gemeinsame Interessen und Aussprachen mit dem einzelnen oder in der Gruppe über die allgemeine Lebensproblematik, psychotherapeutische Maßnahmen wie Analysen, autogenes Training, Hypnosen zur Verarbeitung der seelischen Spannungen und Konflikte, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, regelmäßige Vorträge über Alkoholprobleme, dazu körperliche Ertüchtigung durch Turnen, Wandern, Schwimmen, seelsorglicher Zuspruch auf die Dauer eines halben Jahres in der stillen Abgeschlossenheit des Heimes bei einer kleinen Zahl von Kranken von relativ homogenem Charakter

können daher nicht hoch genug eingeschätzt werden: denn was hier vom Psychiater, Psychologen, Praktischen Arzt und Seelsorger in konzentrierter Form geboten wird, verteilt sich in der Ambulanz auf eine Vielzahl von Kranken in homöopathischen Dosen.

Wichtig für den zu erwartenden Erfolg ist bereits die Auswahl der Kranken, weil die einzelne Persönlichkeit keine konstante Größe, sondern etwas Dynamisches, ein in der Entwicklung und Wandlung begriffenes Wesen ist. Als Faustregel kann man sich merken: Im allgemeinen kommen Versager der Phase 2 und 3 in Frage, während Phase 4 zur Domäne des Nervenkrankenhauses gehört. Im einzelnen werden sich jedoch kaum scharfe Grenzen ziehen lassen. Familien- und Betriebsverhältnisse, das Maß der bisherigen ärztlichen und fürsorglichen Betreuung werden die Entscheidung mitbeeinflussen. Schlecht anpassungsfähige, den Arbeitsplatz häufig wechselnde, streunende sexuelle Vagabunden ohne Bindung an die Familie, ausgesprochene Egoisten, Störenfriede und Miesmacher, unbelehrbare Querulanten lassen voraussichtlich keine positive Mitarbeit erwarten. Zweckmäßigerweise überprüfen die Beratungsstellen das bisher erarbeitete Untersuchungs- und Behandlungs-

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

# Nortensin<sup>®</sup>



## normalisiert den Hochdruck

**Indikationen:**  
alle Formen der Hypertonie.

**Dosierung:**  
zu Beginn: 1 Dragee täglich,  
nach Erreichen der Altersnorm:  
1 Dragee täglich oder jeden 2. Tag.

**Zusammensetzung:**  
1 Dragee enthält 60 mg Furosemid  
und 0,4 mg Reserpin.

**Packungen und Preise:**  
15 Dragees DM 6,75,  
30 Dragees DM 12,90.

- Sichere Blutdrucksenkung auch im diastolischen Bereich
- Schonende Blutdrucksenkung
- Anhaltende Blutdrucksenkung
- Stabilisierung im Bereich der Altersnorm
- Einfache Dosierung
- Risikoarme Dauertherapie

L61088

**Zur Beachtung:** vereinzelt Müdigkeit! Gastro-intestinale Beschwerden selten.

Bei Patienten, die zu Hypokaliämie neigen (einsaitige Ernährung; chronische Diarrhoe; Mißbrauch von Abführmitteln; Leberzirrhose) sowie bei Digitalismedikation ist eine Überwachung des Kaliumhaushaltes angezeigt.

Das Auftreten von Diabetes mellitus und Hypertonie ist positiv korreliert. Entsprechende Vorsorge-Untersuchungen erscheinen daher angezeigt. Es ist weiterhin empfehlenswert, Patienten mit latentem bzw. manifestem Diabetes mellitus während der Behandlung mit Nortensin in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren.

Da Reserpin in die Muttermilch übergeht, kann beim Säugling Reserpin-Schnupfen auftreten. Die bredykerde Wirkung von Digitalis kann durch Reserpin verstärkt werden.

Strenge indikationsstellung in der Frühschwangerschaft und den letzten 2-3 Schwangerschaftswochen. Vorsicht bei Patienten mit Ulcus-Anamnese. Patienten, die zu depressiven Verstimmungen neigen, sollen Nortensin nicht bekommen. Bei Coma hepaticum, schwerer Hypokaliämie sowie bei schwerer Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen ist Nortensin kontraindiziert. Spezielle Informationen durch unsere Arzneimittelkontore.



Farbwerke Hoechst AG · Frankfurt (M) 80

ergebnis, damit kein Ungeeigneter mit schlechter Prognose dem Versicherungsträger vorgeschlagen wird. Die LVA soll ihr Geld nicht nutzlos ausgeben. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, macht ohnehin die Übernahme der Kostenhaftung von dem Ergebnis einer dreiwöchigen Beobachtung in der Heilstätte abhängig.

Jugendliche unter 25 Jahren können heute in Jugendheilstätten untergebracht werden. Im allgemeinen sollte man Personen über 60 Jahre nicht mehr vorschlagen. Das Durchschnittsalter ist von 50 auf 35 abgesunken, ein Zeichen dafür, daß die Erkenntnis für die Bedeutung der Früherfassung und Frühbehandlung wächst.

Im übrigen wird man auch in der Heilstätte den ganzen Menschen körperlich sowohl wie seelisch behandeln. Der therapeutische Erfolg im Rahmen der Suchtbekämpfung ist unbestritten. Ihr Einfluß reicht nach Abschluß der Kur über die Mauern des Heimes hinaus, weil die „Ehemaligen“ den Kontakt mit der Heimleitung aufrechterhalten wollen.

Neuerdings versucht man auch, die Ehefrauen in die Behandlung miteinzubeziehen, um die recht erheblichen Fehlhaltungen auszuschalten und das Interesse und Verständnis für das spätere Zusammenleben zu wecken.

Daß der einweisende Arzt von der bevorstehenden Entlassung rechtzeitig verständigt wird, ist wohl selbstverständlich; denn nach der Art des Leidens ist auch danach eine lückenlose Betreuung notwendig. Neuerdings werden vierwöchige Wiederholungskuren in Abständen von zwei Jahren durchgeführt.

#### 4. Stationäre Behandlung

Dem geschlossenen Nervenkrankenhaus obliegt die Behandlung von endogenen Psychosen, organischen Gehirnkrankheiten, insbesondere der auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstandenen akuten Alkoholpsychosen und Defektzustände, desgleichen die Behandlung asozialer, krimineller und schwachsinniger Alkoholiker. Dazu zählen auch alle einsichtslosen, primitiv-unbelehrbaren oberflächlichen und widerstrebenden Charaktere, die nicht daran denken, sich freiwillig in einer Heilstätte behandeln zu lassen. Frauen erkranken zumeist erst im fünften Lebensjahrzehnt, weil der Mißbrauch erst später einsetzte. Die Männer ereilt dieses Schicksal schon vor dem 30. Lebensjahr, in der Regel zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr. Auch Jugendliche bleiben nicht davon verschont.

Von den akuten Alkoholpsychosen ist das *Delirium tremens* die häufigste und gefährlichste Komplikation. Es tritt 12 bis 24 Stunden nach dem letzten Alkoholgenuß entweder spontan oder provoziert auf, d. h., es wird ausgelöst durch plötzlichen Konsumanstieg, Kopfverletzungen, Lungenentzündungen, interkurrente Krankheiten, Stoffwechselstörungen (Leber, Kohlehydrate, Eiweiß, Wasser-Mineralhaushalt, Azi-

dose, Sauerstoffmangel oder Schwellung des Gehirns, Mangelernährung, Überforderung, Aufregungen usw.). Bei Dipsomanen wird das Delir vermißt, weil eben der kontinuierliche Mißbrauch fehlt. Manche Kranken merken die Vorboten wie ängstliche Unruhe, hartnäckige Schlaflosigkeit, Verstimmung, Sinnestäuschungen oder wahnhaftige Ideen und suchen daher die Klinik von selbst auf. Kurzschlußreaktionen, wie Selbstmord, sind möglich. Gefährdet sind etwa 3 bis 15 v. H. aller chronischen Alkoholiker nach 3- bis 15jährigem Mißbrauch, bei älteren Leuten etwas früher. Die übrigen belasten durch andere Krankheitsformen die Gesellschaft oder Krankenhäuser. Das Delir ist erkennbar an der plötzlich einsetzenden Benommenheit, der örtlich-zeitlichen Desorientierung, den massenhaften Sinnestäuschungen (kleine Tiere), der ängstlichen Unruhe (Beschäftigungsdelir), den verwirrten Redensarten mit imaginären Personen. Daneben beobachtet man auch neurologische Symptome. Es hält zumeist 2 bis 14 Tage an.

Die Behandlung hat für rasche Ruhigstellung, Kreislaufstützung mit reichlicher Flüssigkeitszufuhr zu sorgen, um einer vorzeitigen Erschöpfung vorzubeugen. Zur Zeit ist Distraneurin (Chlormethiazol) intravenös (cave: Atemdepression!) oder in Tablettenform das Mittel der Wahl. Es soll nicht länger als 14 Tage gegeben werden. Zumeist tritt eine völlige Wiederherstellung ein. Die Sterblichkeit war in den letzten Jahren relativ hoch (2,5 bis 15 v. H.). Neuerdings nehmen besonders Alkoholiker, die vor, während oder nach einem Delir das Mittel bekamen, Distraneurin weiter, weil sie damit angeblich die gleiche Wirkung wie mit Alkohol erzielen. Um fit zu werden, nehmen sie am Morgen anstelle von Cognac usw. Distraneurin (persönliche Mitteilung von Professor SATTES H.I.).

Die *Alkohollalluzinose* verläuft mit Stimmenhören, optischen Sinnestäuschungen ohne Benommenheit oder Desorientierung. Wegen der bestehenden Selbst- und Gemeingefährlichkeit ist nur die klinische Behandlung angezeigt. Delir und Halluzinose können beim gleichen Kranken vorkommen. Letztere geht nicht selten in einen schizophrenen Defekt über. Die *KORSAKOWsche Psychose* erkennen wir an der hochgradigen Merkfähigkeitsschwäche mit örtlich-zeitlicher Desorientiertheit und Konfabulationen, mit denen die Erinnerungslücken ausgefüllt werden. Sie kommt bei Frauen, abgebauten Gewohnheitstrinkern und lungenkranken Alkoholikern häufiger vor. Sie ist außerdem keine spezifische Alkoholpsychose; denn sie ist auch Symptom anderer organischer Gehirnkrankheiten wie Zerebralsklerose. Neurologische Begleiterscheinungen sind beim KORSAKOW nicht selten. Schließlich wäre die *Epilepsie der Trinker* zu nennen. Im Falle der Abstinenz entfällt die Notwendigkeit einer antiepileptischen Kur; dagegen ist langjährige Betreuung notwendig.

Der *Eifersuchtswahn* des Alkoholikers läßt sich anhand von wahnhafter Verkennung der gegeb-



Die Besonderheit von **Facilus HämoTamps**

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

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

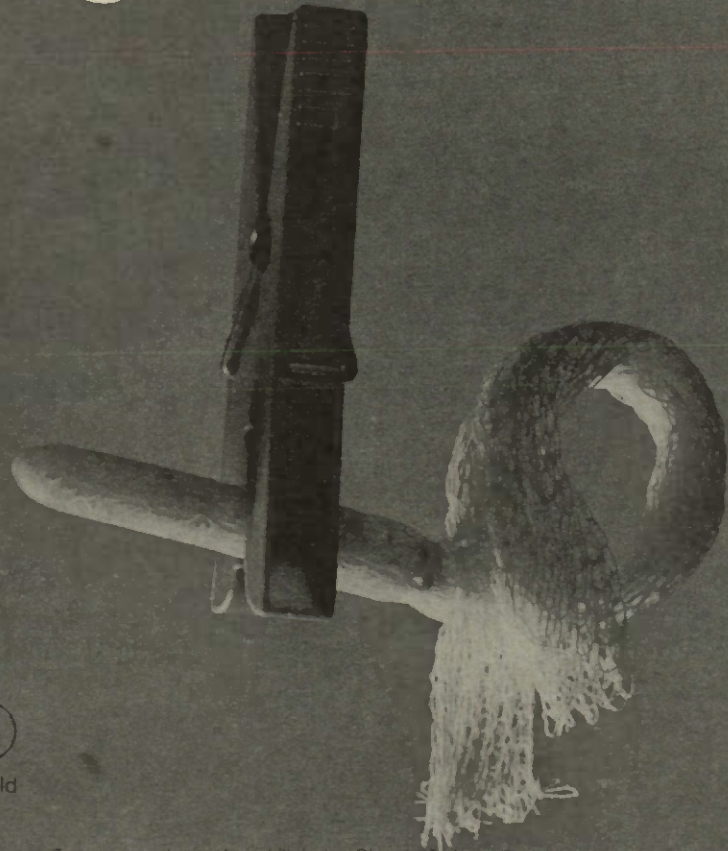
**neu**

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

- Therapie des Hämorrhoidal-Leidens unmittelbar am Ort der Erkrankung
  - voller und langandauernder Versorgung mit Wirkstoffen
  - Vermeidung mechanischer Reizung der Wundflächen
  - anaesthetisierender, thrombolytischer, antioedematöser und antiinflammatorischer 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 µg, Toxin der Lachesis muta 0,9 nanogramm, Frischpflanzenauszüge aus Aristolochia Clemat. und Echinacea angust. ää 350,0 mg, Hydroxypolyäthoxydodecan 75 mg, Heparin-Natrium 150 I. E.

nen Situation, insbesondere innerhalb der Familie feststellen. Impotenz, gesteigerte Libido und die Ablehnung durch die Frau tragen zur Entwicklung des Wahnes bei, der sich für die erwachsenen Söhne oder die Frau sehr gefährlich auswirken kann. In der Abstinenz klingen wohl die akuten Erscheinungen ab, jedoch nicht die Neigung zu wahnhafter Einstellung (Mißtrauen, Einsichts- und Kritiklosigkeit).

Die alkoholische Demenz (Verblöding) macht sich bemerkbar durch den Abbau aller geistigen Funktionen, so der Merkfähigkeitsschwäche, der Interesselosigkeit, Affektinkontinenz im Verein mit dem Arsenal der Symptome der primären Grundstörung und der eingetretenen körperlichen Störungen wie Polyneuropathie, Apoplexie, Herz- und Kreislaufschwäche, epileptische Anfälle.

Neben den bisher beschriebenen psychischen Störungen seien die myopathischen und neurologischen Ausfallserscheinungen erwähnt, so die Pseudotabes alcoholica, die Poliencephalitis haemorrhagica superior (WERNICKE), die Polyneuropathia alcoholica mit sensiblen und motorischen Erscheinungen und eventuell Erblindung, Gehirnatrophien, die Pachymeningitis haemorrhagica interna (harte Hirnhaut) und die alkoholbedingten Myopathien. Diese Veränderungen sind jedoch nicht ausschließlich spezifisch für eine Alkoholvergiftung, finden sich aber hier ganz besonders häufig.

Nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen sei man mit der Entlassung nicht zu voreilig. Man bereite sie in der Familie und im Betrieb sorgfältig vor oder prüfe die Notwendigkeit der Unterbringung in einem Pflegeheim!

Eine längere Verwahrung in einer geschlossenen Abteilung soll grundsätzlich keine Endstation bedeuten, sondern höchstens eine Zwischenstation auf dem Wege der Resozialisierung. Soweit möglich soll die Verwahrung nur auf ein Mindestmaß beschränkt und möglichst dem Familienmilieu angepaßt werden. Dies gilt auch für die Art der Freizeitgestaltung, die Arbeitsmöglichkeiten und die Ausgänge, wodurch etwaige Schäden durch eine unnötige oder unzweckmäßige Hospitalisierung vermieden werden.

### 5. Nachsorge

Es gilt als ungeschriebenes Gesetz, daß Alkoholiker nach Abschluß einer stationären Behandlung, sei es in einer Heilstätte, sei es in einem Nervenkrankenhaus auch weiterhin lückenlos betreut werden müssen. Daran sind interessiert das zuständige Gesundheitsamt, die Beratungsstelle, der Hausarzt, damit die bisherige Behandlung keine Unterbrechung erfährt und der Behandlungserfolg nicht in Frage gestellt wird. Der Fortsetzung der ambulanten Behandlung kommt daher bei der Durchführung des Gesamtbehandlungsplanes eine besondere Bedeutung zu. Eine mangelhafte Zusammenarbeit dieser Stellen etwa mit dem Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht wäre ein

schwerwiegender Kunstfehler. Ein Kranker, der saniert werden will, wird die weitere Betreuung und Hilfestellung begrüßen, ein anderer, der sie ablehnt, braucht sie doppelt, weil er sonst von vorneherein gefährdet wäre. Kein Kranker wird die mit der Entlassung in die „Freiheit“ anstürmenden Schwierigkeiten in der Familie, dem Betrieb und in der Gesellschaft ohne Mitarbeit des Sozialarbeiters ungefährdet durchstehen.

Schließlich ist der Kranke noch lange nicht geheilt. Das neue Problem ist die Behandlung der sogenannten postalkoholischen Phase, die mit dem Beginn der Abstinenz einsetzt. Nach dem Abklingen des Abstinenzsyndroms (Verlangen nach wiederholter Alkoholzufuhr, körperliche Abstinenzerscheinungen, Rückgang der alkoholbedingten Organschäden, der alkoholunabhängigen Störung des Wasserhaushalts, genannt Trinksucht), kommt es innerhalb der folgenden Wochen und Monate zu einer Entspannung der Situation, zu einer Euphorie des Entzugs, die aber nur eine Besserung vortäuscht; denn es sind ja noch alle Voraussetzungen vorhanden, die zur Manifestation der Sucht geführt haben: Grundstörung, Fehlhaltung und die organischen Folgen des Mißbrauchs an Körper und Geist, zu vergleichen mit der Beschädigung eines Hauses durch ein leichtes oder schweres Erdbeben. Es besteht demnach noch kein Grund zum Optimismus.

Das „Nüchternwerden“ in dieser postalkoholischen Phase erfolgt wie die langsame Progression der Trinksucht in den einzelnen Phasen 1 bis 4 ebenfalls in mehreren Etappen, die sich über Monate und Jahre bis zu einer merklichen Besserung oder sozialen Heilung erstrecken können.

Wir unterscheiden mit H. ROTTER drei Etappen: die Aufhellungszeit, die Labilitätszeit und die Stabilisierungszeit. Je nachdem die postalkoholische Phase (Abstinenz) in der Phase 1 oder 4 einsetzt, weist das psychische Zustandsbild des Kranken eine entsprechende Symptomatik auf, auf die nicht näher eingegangen werden kann. Der neuerliche Versuch, die Kranken für den Übergang in die Freiheit zunächst in sogenannten Übergangsheimen oder Tag- und Nachtkliniken aufzunehmen, ist sicherlich sehr beachtlich; denn für viele ist die schrittweise Anpassung an die veränderten Lebensverhältnisse und die damit verbundene Stabilisierung des klinischen Behandlungserfolges sehr vorteilhaft. Diese Einrichtungen können auch für die vorübergehende Aufnahme von Neuerkrankungen, von Rückfälligen oder obdachlosen Alkoholikern dienlich sein. Gleichzeitig könnten diese Kranken untertags einer geregelten Arbeit in einem Betrieb nachgehen und auf diese Weise für ihre Familie sorgen. Eine Daueraufnahme von Defektzuständen ist jedoch nicht vorgesehen.

### 6. Ergebnis der Behandlung

Wir wissen aus Erfahrung, daß eine restlose Heilung, eine restitutio ad integrum des Süchtigen nicht möglich ist. Wir müssen uns daher in jedem Fall mit einer

Arznei Müller Bielefeld



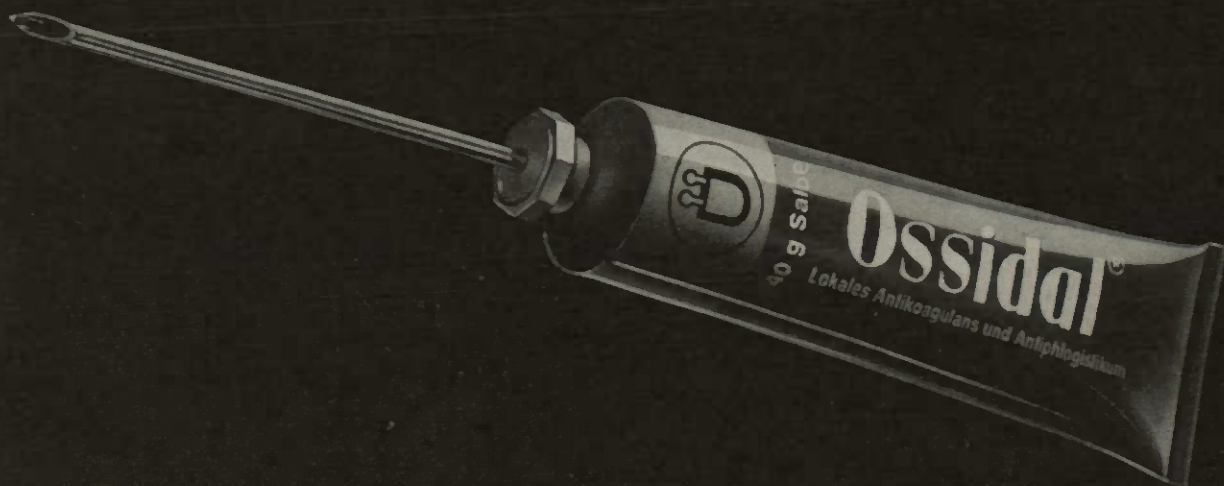
# Ossidal®-Salbe

zur Therapie  
beim varikösen Symptomenkomplex

oedemausschwemmend • tiefengängig  
durchblutungsfördernd • analgesierend

Verschreibungsformen:  
Salbe 40 und 100 g • Klinikpackungen

# Bis tief in die Venen hinein



sozialen Heilung begnügen, indem wir die manifeste Sucht in das Latenzstadium zurückführen, die organischen Schäden zu beheben und diesen Zustand zeit- lebens zu erhalten versuchen.

Die Beurteilung des Behandlungserfolges ist daher schwierig und hängt vielfach vom subjektiven Ermessen des Behandelnden ab. Außerdem sind Spontanbesserungen nicht ganz ausgeschlossen. Sicher ist, daß der positive Wert der vielfältigen Behandlungsmethoden nicht mehr bestritten werden kann.

Die **Prognose** hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- a) Weniger vom Verfahren als vielmehr vom Charakter der psychischen Grundstörung und der sozialen Umwelt;
- b) weniger von der Art der Methoden als von der Qualität des Behandelnden;
- c) vom Kranken selbst, ob er freiwillig, unter Leidensdruck oder auf amtliche Veranlassung zur Behandlung kommt;
- d) vom Stadium der Erkrankung und der konsumierten Menge, vom körperlich-seelischen Zustandsbild im Zeitpunkt des Behandlungsbeginns;
- e) von der beruflich-wirtschaftlichen Lage (Familie, Wohnung, Geschäft usw.);
- f) vom Fehlen oder Bestehen einer Kriminalität;
- g) von der Möglichkeit religiöser Ansprechbarkeit;
- h) von der Bereitwilligkeit des Kranken, sich einer Langzeitbehandlung zu unterziehen und betreuen zu lassen. Wie lange, wird von den jeweiligen Bedingungen abhängig sein. Mit Rücksicht auf die latente Gefährdung müßte man eine lebenslange Überwachung empfehlen.

Nach den Erfahrungen der Nachkriegszeit kann man in der Ambulanz mit folgenden Ergebnissen rechnen:

- |                              |          |
|------------------------------|----------|
| a) Medizinische Heilung      | 0 v. H.  |
| b) Soziale Heilung           | 25 v. H. |
| c) Gebessert mit Rückfällen  | 35 v. H. |
| d) Labile, unsichere Kranke  | 25 v. H. |
| e) Therapieresistente Kranke | 20 v. H. |

In diesen Zahlen sind lediglich die Kontakt- und Konflikttrinker berücksichtigt, bei denen eine Suchthaltung vorausgesetzt werden muß.

### 7. Gesetzliche Maßnahmen

Ein kleiner Teil der Alkoholkranken ist bereit, sich freiwillig behandeln zu lassen. Die Mehrzahl weicht allerdings nur dem Druck von außen, z. B. einer Scheidungsklage, einer drohenden Entlassung aus dem Betrieb usw. Der Rest muß durch gesetzliche Maßnahmen gezwungen werden.

Grundsätzlich sollte es der Sozialarbeiter vermeiden, so weit möglich, bei Durchführung gesetzlicher Maßnahmen Hilfestellung zu leisten; denn dadurch könnte

die Helfersituation in Mißkredit kommen und das Vertrauensverhältnis leiden.

### a) Ist Trunksucht eine Krankheit im Sinne der RVO?

Der frühere Standpunkt, die Trunksucht sei nur dann eine Krankheit im Sinne der RVO, wenn schwere körperlich-seelische Folgezustände vorliegen (Leberschäden, Bierherz, Alkoholpsychosen usw.), ist heute nicht mehr gültig. Die LVA und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, führen Heilverfahren durch, falls die Aussichten für eine Verhütung oder Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit günstig erscheinen und die bisherige ambulante Behandlung nicht zum Ziel führte. In der Regel handelt es sich um Kranke der Phasen 2 und 3 mit Kontrollverlust, mangelnder Einsicht und Selbstbeherrschung, ehe organische Alkoholschäden auftreten.

Die Entschließung des **Bundessozialgerichtes Kassel** vom 18. Juni 1968 (Az.: 3 RK 65/66) ist der Meinung, für die Annahme einer Süchtigkeit bzw. einer Krankheit im Sinne des § 182 RVO sei nicht der Schweregrad der körperlich-seelischen Folgeerkrankungen durch die Alkoholintoxikation maßgebend, sondern der Nachweis des **süchtigen Trinkens**, des Verlustes der Selbstkontrolle, des Nichtmehraufhörenkönnens, des Dranges zur Wiederholung, der langdauernden zwanghaften Abhängigkeit von einem Suchtmittel (also das Vorhandensein der sogenannten Suchtkriterien — Verfasser). Der Verlust der Selbstkontrolle sei das Merkmal dieser körperlich-seelischen Komplexerkrankung Trunksucht.

Süchtigkeit ist ferner ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der einer Behandlung bedarf, da er dem Süchtigen nicht mehr erlaubt, mit eigener Willensanstrengung vom Alkohol loszukommen. In solchen Fällen süchtigen Trinkens ist die Krankenkasse leistungspflichtig. Solange eine ambulante oder stationäre Behandlung notwendig ist, ist die Trunksucht eine akute Krankheit.

Man wird daher die Behandlung eines Gewohnheitstrinkers nicht seiner Kasse aufbürden dürfen, soweit es sich um eine klinische Entziehungskur handelt, weil ja beim Gewohnheitstrinker keine Süchtigkeit nachweisbar ist. Die Kasse wird dagegen die Kosten für die Behandlung einzelner alkoholischer Organschäden nicht ablehnen können.

Die Entscheidung des **Bundessozialgerichtes Kassel** vom 17. Oktober 1969 (Az.: 3 RK 82/68) vertritt den gleichen Standpunkt. Trunksucht, die sich im Verlust der Selbstkontrolle, der zwanghaften Abhängigkeit vom Alkohol äußert, sei eine behandlungsbedürftige Krankheit, wenn sie ohne ärztliche Behand-

## 24. Bayerischer Ärztetag

vom 12. mit 14. November 1971 in Nürnberg

lung nicht mit Aussicht auf Erfolg geheilt, gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann. Die Sucht braucht noch nicht zu organischen Schäden geführt zu haben. Selbst durch eine polizeiliche Einweisung des Kranken (wegen Selbst- und Gemeingefährlichkeit — Verfasser) entfielen die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht. Zur ärztlichen Behandlung gehöre, namentlich in Trunksuchtsfällen, eine ärztlich angeordnete und geleitete Beschäftigungstherapie, psychotherapeutische Aussprache und ähnliches.

### b) Richterliche Verwahrung

Eine richterliche Verwahrung von selbst- und gemeingefährlichen Süchtigen oder Alkoholkranken ist nur aufgrund der landesrechtlichen Verwahrungsgesetze möglich. Entgegen den früheren Einweisungen durch die Verwaltungsbehörde kann neuerdings nur der Richter die Freiheit eines Menschen beschränken. Im Grundgesetz Art. 104 ist aus guten Gründen die Freiheit des Menschen gegen Übergriffe des Staates geschützt. Auch einem psychisch Kranken oder Süchtigen wird man daher die Grundrechte der persönlichen Freiheit und damit das Recht zubilligen müssen, sein Leben nach seiner Façon, nach unserer Auffassung vielleicht falsch, zu führen, solange er sich selbst und die Gesellschaft nicht gefährdet.

In Bayern gilt das Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- und alkoholsüchtiger Personen vom 30. April 1952 mit den Ausführungsbestimmungen vom 18. September 1952 und 7. Januar 1953. Bei der Durchführung des Gesetzes haben sich im Hinblick auf die Bestimmung des Artikel 5 (Sofortunterbringung) Schwierigkeiten ergeben, insofern die Begriffe der Selbst- und Gemeingefährlichkeit von Polizeiorganen anders ausgelegt werden als von den Ärzten.

Das Gesetz hat zwar keinen vorbeugenden Charakter, soll aber trotzdem nach Möglichkeit selbst- und gemeingefährliche Handlungen verhüten. Er verlangt wohl grundsätzlich den Nachweis der Gemeingefährlichkeit des Täters; kann jedoch auch schon angenommen werden, wenn durch konkrete Handlungen zu befürchten ist, daß der Täter selbst- und gemeingefährlich wird. So kann nach richterlicher Auffassung die Verwahrung schon dann in Betracht kommen, wenn eine Person Anstalten trifft, aus dem Fenster zu springen. So hält der Arzt aufgrund seiner Ausbildung und praktischen Erfahrung unter Umständen eine Einweisung für „zwingend notwendig“, wo die Polizeilorgane, die weisungsgemäß vom juristischen Grundsatz ausgehen: *nulla poena sine crimine*, eine Hilfeleistung für eine Einweisung grundsätzlich ablehnen, wenn nach ihrer Mentalität „noch nichts passierte“; denn eine ruhig im Bett liegende Depressive mit Selbstmordabsichten, deren kleine Kinder gemütlich daneben spielen, eine schweigsame paranoide Schizophrene mit Sinnestäuschungen und paranoiden Ideen, die dissimuliert, ein paranoi-

scher Querulantenwahn oder ein Eifersuchtswahn der Trinker oder ein Dämmerzustand sind für die Polizeiorgane uninteressant, solange keine Scherben fliegen. Doch ist gerade dieser Personenkreis wegen seiner latenten Gefährdung höchst gemeingefährlich, weil die Katastrophe jederzeit wie der Blitz aus heiterem Himmel hereinbrechen kann. Es gibt Beispiele untermlassener Hilfeleistung trotz ärztlicher Anforderung mit tödlichem Ausgang. Die Polizeiorgane sind als psychiatrische Laien in diesen Fällen restlos überfordert. Nur so ist es zu erklären, daß ein handfester Ehekrach mit offensichtlichen Tötlichkeiten und Sachbeschädigungen eher Anlaß für eine Einweisung ohne ärztliche Befragung gibt, obwohl in solchen Fällen die psychischen Voraussetzungen nicht immer „zwingend notwendig“ erscheinen.

Im übrigen verlangt der Gesetzgeber im Regelfall die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses als Grundlage für die Einweisung (Art. 5 Ziff. 4 Abs. 1 vom 18. September 1952). Nur wenn das ärztliche Zeugnis nicht rechtzeitig beschafft werden kann, z. B. auf dem Lande, liegt es im Ermessen der Polizei, selbständige Entscheidungen zu treffen.

Die Durchführungsbestimmungen des Artikel 5 sind daher reformbedürftig. H. EHRHARDT, Marburg, kritisierte mit Recht die mangelhafte Zusammenarbeit der Behörden mit den beteiligten Instanzen (Beratungsstellen, behandelnden Ärzten) in Sachen Einweisung und Vormundschaft; denn gerade bei Süchtigen sei die aus dem Geisteszustand erwachsende potentielle Gefährdung entscheidend. Wenn der Süchtige sich selbst und seine Familie ruiniert hat, bedarf es keiner Unterbringungsgesetze mehr.

Nach der Entscheidung des Bayerischen Obersten Landgerichtes vom 6. September 1963 kann die Selbstgefährlichkeit eines Geisteskranken auch darin bestehen, daß er sich der notwendigen Behandlung seines Leidens widersetzt, obwohl er ohne Behandlung in nicht nur vorübergehendes Siechtum verfielen (Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder der notwendigen Medikamente, nächtlicher Aufenthalt im Freien, Phase 3 und 4 des Alkoholkranken).

Erfreulicherweise geht diese Entscheidung nicht allein vom Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft allein aus, sondern berücksichtigt ausnahmsweise auch das Wohl des Kranken. Demgegenüber vertritt das Oberlandesgericht Celle vom 16. Oktober 1968 (12 Wx 21/68) den Standpunkt, Selbst- und Gemeingefährlichkeit könne man nur annehmen, wenn die Auswirkungen der Sucht die öffentliche Ordnung unmittelbar berühren.

Ein Bundesverwahrungsgesetz ist in absehbarer Zeit kaum zu erwarten. In Baden-Württemberg stammt das Gesetz vom 15. Mai 1955, in Bremen vom 11. März 1958, in Berlin vom 5. Juni 1958, in Hessen vom 19. Mai 1952, in Niedersachsen vom 21. März 1951, in Hamburg vom 17. August 1949, in Nordrhein-Westfalen vom 16. Oktober 1956, in Rheinland-Pfalz vom 19. Februar 1959.

# Kopfschmerzfrei in Minuten für Stunden

durch

**ergo** **sanol**® **spezial**

KURZ (Schweizerische Rundschau für Medizin-Praxis, 4433:757, 1955) therapierte 70 Patienten mit ergo-sanol.

**Ergebnis:** (Die Wirkung tritt im allgemeinen nach 10–20 Minuten ein und hält 4–6 Stunden an.)

Bei ergo-sanol spezial noch schnellere Löslichkeit durch Kapselform, verstärkte Wirkung durch vierfachen Gehalt an Ergotamintartrat.

**Wirkungsweise:** Unmittelbarer Einfluss auf Kaliberschwankungen der A. temporalis, unterbindet den Brechreiz, distanziert vom Schmerzgeschehen. Schneller Wirkungseintritt durch besondere galenische Kapselform.

**Vorteile:** Kapseln und Suppositorien. Gute Verträglichkeit.

<b>Zusammensetzung:</b>	pro Kapsel	pro Suppositorium
Ergotamintartrat	1 mg	1,5 mg
Aneurinnitrat	5 mg	5 mg
Phenyltoloxamindihydrogencitrat	25 mg	50 mg
Coffein	100 mg	100 mg
Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon	250 mg	250 mg

**Indikationen:** Anfallsbehandlung der Migräne, Föhnbeschwerden, Wetterfühligkeit, postkommotionelle und posttraumatische Kopfschmerzen.

**Kontraindikationen:** Obliterierende Gefässerkrankungen; schwere Koronarsklerose mit Hypertonie; Gravidität und Thyreotoxikose.

**Dosierung:** Im Anfall 1–2 Kapseln/Suppositorien. Maximal 6 Kapseln/Suppositorien pro die.

**Hinweis:** Bei Dauerbehandlung sollte eine Tagesdosis von 2 Kapseln/Suppositorien nicht überschritten werden.

**Verschreibungsformen:**

ergo-sanol spezial, Packung zu 12 Kapseln

ergo-sanol spezial, Packung zu 5 Suppositorien

sanol

arznei-  
mittel

SANOL ARZNEIMITTEL DR. SCHWARZ GMBH

### c) Entmündigung

Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit gemäß § 6 BGB. Diese Begriffe sind bekanntlich nicht mit medizinischen Diagnosen identisch, sondern juristisch zu verstehen. Der Arzt denkt an einen leichteren oder schwereren Grad einer psychischen Störung, wodurch der Kranke seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag. Die Frage der Entmündigung wird bei Phasen 3 und 4 akut, wenn also der Kranke nichts mehr arbeitet, aus dem Rausch nicht mehr herauskommt oder akute Alkoholpsychosen ausbrechen. Unter Umständen kommt man mit Hilfe des Verwahrungsgesetzes rascher zum Ziel.

Wenn aber Gefahr im Verzug ist, kann ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, auch unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden (§ 1906 BGB), wenn der Richter dies zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich hält. Ältere Leute, die an sich nicht gefährlich sind, können auf diese Weise rascher versorgt werden, falls sie durch ungenügende Nahrungsaufnahme oder Pflege sich selbst gefährden. Dies gilt naturgemäß auch für Alkoholkranke.

Für die Praxis ist die Bestimmung des § 681 ZPO über die Aussetzung eines Entmündigungsbeschlusses wichtig. Sie kann erfolgen, wenn Aussicht besteht, daß der zu entmündigende sich wieder bessern werde. Der Gedanke an das schwebende Verfahren wirkt gerade bei Alkoholkranken wie das Schwert des Damokles.

Schwierigkeiten ergeben sich gelegentlich:

- aa) Wenn trotz des fortschreitenden Verfalls der Phase 4 eine Behandlung abgelehnt wird. Um der Ehefrau die persönliche Antragstellung zu ersparen, weil sie die spätere Rache des Kranken befürchten müßte, wende man sich sofort an den zuständigen Staatsanwalt!
- bb) Wenn der Kranke unter Berufung auf die Schweigepflicht seines behandelnden Arztes, der allein Auskunft geben könnte, das Verfahren erfolgreich sabotiert, wenn er z. B. sein Haus ohne jeden triftigen Grund verkaufen will, nur um Mittel zum Trinken in die Hand zu bekommen, oder wenn eine Trinkerin sich nicht scheiden lassen will, weil sie hörig ist und trinken muß, um den Wünschen des Mannes nach perverser Behandlung nachkommen zu können.
- cc) Wenn der Kranke es versteht, sich vor Gericht oder dem ärztlichen Sachverständigen von seiner „gebesserten Seite“ zu zeigen, schamlos lügt, bagatellisiert, den harmlosen Mann spielt, unglaubwürdige Zeugen aufmarschieren läßt, so daß sich Gericht und Sachverständiger kaum von der „potentiellen Gefährdung“ überzeugen können. Ohne lückenlose Vorgeschichte, ohne Rück-

sprache mit der Beratungsstelle oder dem Hausarzt können Richter und Sachverständiger zu keinem objektiven Urteil kommen.

Der Vormund ist jederzeit berechtigt, aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung, die die Notwendigkeit der Einweisung bekundet, mit Genehmigung des Vormundschaftsrichters die Verwahrung auch gegen den Willen seines Mündels durchzuführen (§§ 1631, 1800 BGB).

Bei einem nicht volljährigen Alkoholiker ist die Befragung des Richters durch den Sorgeberechtigten (meist die Eltern) nicht erforderlich, falls eine Verwahrung angezeigt erscheint.

Eine Entmündigung kann auch gemäß § 6 Abs. 3 BGB erfolgen, wenn jemand wegen Trunksucht seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag, sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Voraussetzung ist der Nachweis des Unvermögens, berufliche Arbeit sinngemäß zu verrichten, eines Notstandes der Familie und der Notwendigkeit, daß die Familie auf öffentliche Unterstützung angewiesen ist.

Im allgemeinen wird man mit einer Antragstellung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit gemäß § 6 Abs. 1 BGB rascher zum Ziel kommen.

### d) Gebrechlichkeitspflegschaft

Die Aufstellung einer Gebrechlichkeitspflegschaft gemäß § 1910 BGB kann nützlich sein. Doch scheitert sie in der Regel an der ablehnenden Haltung des Kranken, außer es ist eine Verständigung mit ihm nicht mehr möglich (Abs. 3).

### e) Ehegesetz

Das Ehegesetz vom 20. März 1946 ermöglicht eine Scheidung wegen Zerrüttung gemäß § 43. Der Versuch, eine schwere Eheverfehlung auf eine „geistige Störung“ nach § 44 zurückzuführen, setzt die gleichzeitige Beurteilung der „Schuldfähigkeit“ des Kranken voraus. Eine Scheidung nach § 45 wegen Geisteskrankheit kommt für Süchtige kaum in Frage, beim Alkoholismus höchstens im Falle einer Demenz nach chronischem Alkoholismus oder akuten Alkoholpsychosen.

### f) Einstweilige Unterbringung

Nach § 126 a StGB kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl eine einstweilige Unterbringung anordnen, wenn die öffentliche Ordnung dies erfordert und dringende Gründe für die Annahme vorhanden sind, daß jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen hat, und daß eine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet wird.

(Schluß folgt)

## 47. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Thema: „Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis“ — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayer

Die erfolgreichen Augsburger Fortbildungstage hatten diesmal wegen des allgemein stark interessierenden Themas einen besonders zahlreichen Andrang. Im Rahmen des Kongresses wurden wieder die bewährten Kurse abgehalten, u. a. ein Laborseminar über Labormethoden, Photometrie und Untersuchungstechnik bei den einzelnen Laboruntersuchungen. Weiterhin wurde ein Kurs und Praktikum über Blutgruppen-serologie, Transfusionskunde und Erythroblastosedagnostik durchgeführt. Auch der Gerinnungskurs erfreute sich eines regen Zuspruchs. In den Pausen hatten die Kollegen die Gelegenheit, in der Industrieausstellung die Stände der einzelnen Firmen zu besprechen zu besuchen. Allgemeines Interesse fand auch das Filmprogramm mit den Themen „Risikofaktor Übergewicht“, „Herzstillstand/Reanimation“, „Notfall und Anästhesie“ sowie „Zerebrale Durchblutungsstörungen“; weiterhin wurden die Filme „Leben in Gefahr“, „Schwere Verletzungen mit Schlagaderblutungen“, „Offene Brustkorbverletzungen und Kopfunfälle, Ruhigstellung von verletzten Körperteilen, Quetschung, Verstauchung und Verrenkung“ sowie „Extremitäten- und Rippenbrüche“ gezeigt.

Am Samstag eröffnete Privatdozent Dr. R. LICK, Würzburg, die Vortragsreihe mit dem Thema „**Erste ärztliche Hilfe am Unfallort**“. Er wies darauf hin, daß Unfallverletzte oft nur eine reale Überlebenschance haben, wenn eine sofortige Operation durchgeführt werden kann. In der Praxis kann aber vielfach die Indikation zur Frühoperation nicht gestellt werden, weil der schlechte Zustand des Patienten eine Kontraindikation darstellt. Entsprechende Maßnahmen während einer Erstversorgung führen dann zu einem Mißerfolg, wenn vermeidbare Komplikationen, wie Aspiration, schwerer Schockzustand usw., in der postoperativen Phase zu einer tödlichen Komplikation führen. Unter Fachleuten besteht heute Einmütigkeit über die vorrangige Bedeutung des Erkennens und der Behandlung von vitalen Störungen im Rahmen der Ersten Hilfe, welche ohne Behandlung in kurzer Zeit zum Erlöschen des Lebens des Verletzten führen. Eine definitive Versorgung von Unfallverletzten soll nur im Krankenhaus vorgenommen werden. Für die notwendigsten Maßnahmen am Unfallort lassen sich Richtlinien aufstellen, welche unter Berücksichtigung der Umstände und der Dringlichkeit für jeden Unfall allgemeine Gültigkeit besitzen. Die wesentlichsten Prinzipien der ärztlichen Nothilfe sind:

1. Wiederherstellung der Atmung
2. Wiederherstellung der Herzaktion

3. Wiederherstellung des Kreislaufes  
sowie der weiteren Sicherung des Verletzten

Im Gegensatz zu früher gilt heute die Forderung, daß bei schweren Unglücksfällen der Arzt bereits an der Unglücksstelle die Behandlung übernehmen soll. Grundsätzlich gilt die Regel der Erstversorgung des Verletzten vor der endgültigen Befreiung. Mit den Maßnahmen der Ersten Hilfe muß unverzüglich begonnen werden, sobald der Arzt oder der Helfer an den Verletzten heran können. Nur wenn vom Unfallgeschehen besondere Gefahren für den Verletzten oder den Retter drohen, ist eine rasche Befreiung aus der Situation noch vor Einleitung der Erste-Hilfe-Maßnahmen angezeigt.

Jede Erste Hilfe beginnt mit Überprüfung der Wiederherstellung der Atmung. Wenn eine bedrohliche Ateminsuffizienz, welche einem kompletten Atemstillstand gleicht, oder ein völliges Sistieren der Atmung vorliegt, muß rasch gehandelt werden, um irreversiblen Organschädigungen, vor allem im Bereich von Hirn, Herz und Nieren, vorzubeugen. Unter Berücksichtigung der speziellen Unfallsituation findet man häufig den Hinweis auf die Art der zugrunde liegenden Atembehinderung. In der Differentialdiagnostik kommen folgende Formen in Frage:

Verschüttung	Kehlkopfverletzungen
Einklemmung	Instabiler Thorax
Aspiration	Hirndruck
Rückfall der Zunge	Vergiftung
Pneumothorax	Schock
Bronchusabriß	Herzstillstand

Folgende diagnostische Hinweise sind beim Atemstillstand zu beachten: Unfallhergang, Fehlen der Spontanatmung, Widerstands-atmung, Zyanose, Schock, Pupillenweite, Bewußtlosigkeit, Herzstillstand. Die größte Bedeutung in der Praxis besitzen die Fälle von inkompletter, aber auf die Dauer doch tödlicher Atembehinderung. Bei Verschüttung ist die Befreiung der von außen komprimierten Luftwege vordringlich. Bei Verlegung der Luftwege durch die zurückgefallene Zunge sorgt die Überstreckung des Halses und der v. ESMARCH'sche Handgriff für eine Beseitigung der Verlegung der Luftwege durch die zurückgefallene Zunge und für eine ausreichende Spontanatmung. Bei schweren Gesichtsschädelverletzungen mit Obstruktion der Luftwege durch Blut, Schleim, Knochen und Gebißteile muß durch eine unverzügliche manuelle, grob mechanische Reinigung der Mund- und Rachenhöhle eine Befreiung der Luftwege herbeige-



führt werden. Die meisten fußbetriebenen Absaugpumpen sind von der Lumenweite des Schlauches und ihrer Saugkraft her meist nicht ausreichend. Der Orotrubus ist ein geeignetes Hilfsmittel, um Rückfall der Zunge und Erstickungstod zu verhindern. Bei nicht völlig erloschenen Reflexen ist die Anwendung derartiger Geräte bei Gefahr eines letalen Laryngospasmus sowie einer Provokation von Erbrechen und Aspiration nicht ungefährlich.

Die Atemspende stellt eine zuverlässige, auch von Laien sicher auszuführende Methode der Beatmung dar. Die Technik der Atemspende sollte breiten Bevölkerungskreisen bekanntgemacht werden, weil am Ort des Unfalles praktisch immer zuerst Laien eintreffen. Bei Elektraunfall, Ertrinken usw. kann nur so eine erfolgreiche Wiederbelebung eingeleitet werden. Wenn auch bei schweren Gesichtsschädelverletzungen und auch bei Vergiftungen eine Atemspende nicht immer durchführbar oder angezeigt ist, müssen doch ästhetische Bedenken immer in den Hintergrund treten, wenn es z. B. gilt, das Leben eines ertrunkenen Schulkindes zu retten. Die sicherste Maßnahme zur Beatmung ist die endotracheale Intubation. Nottracheotomien sind nur selten indiziert, der Luftröhrenschnitt mit dem Taschenmesser gefährlich, wenn notwendig, sollte die sogenannte Koniotomie durchgeführt werden.

Vor einer künstlichen Beatmung muß das Vorliegen eines Spannungspneumothorax, der eine Kontraindikation darstellt, ausgeschlossen werden. Er kann durch Einstechen einer dicken Kanüle im 2. oder 3. ICR der Mamillarlinie behandelt werden.

Als zweitwichtigstes Prinzip der Ersten Hilfe gilt die Beurteilung der Herzaktion. Der Herzstillstand als bedrohliches Symptom muß rasch behoben werden. Die Form des Herzstillstandes, also z. B. Kammerflimmern, Asystolie oder hypodynamie Herzinsuffizienz, ist dabei ohne Bedeutung, weil die Behandlung die gleiche ist. Die kardiale Reanimation beginnt ebenfalls mit der Atemspende, der sich unmittelbar die extrathorakale Herzmassage anschließt, als weitere Maßnahmen werden dann Schockbehandlungen, Defibrillation, eventuell auch eine intrakardiale Injektion durchgeführt. Auch bei sachgerecht durchgeführter Herzmassage können schwere Nebenverletzungen, wie Rippenfrakturen, Pneumothorax usw., auftreten. Sie müssen jedoch bei entsprechender Indikation in Kauf genommen werden wegen der vitalen Indikation. Eine interne Herzmassage nach Thoraxeröffnung am Unfallort und auch im Transportwagen ist nicht angezeigt. Atemspende und Herzmassage müssen im Wechsel fortgesetzt werden, bis Spontanatmung und Herzaktion wiederkehren oder aber die Aussichtslosigkeit der Reanimationsmaßnahmen festgestellt werden kann. Ein batteriebetriebenes EKG-Sichtgerät hat sich hierbei sehr bewährt, das nicht nur die Überprüfung der Herzaktion, sondern auch die Beurteilung der Reanimationsmaßnahmen erlaubt.

Als dritte wesentlichste Maßnahme ist die Wiederherstellung des Kreislaufes angezeigt. Beim Schock kommen drei Formen in Frage:

1. Verlust von Blutvolumen
2. Ausfall der Vasomotorik
3. Ausfall des Herzens

Die Ursachen des Schocks sind meist Blutvolumenverlust, aber auch Gewebszertrümmerung reflektorisch bedingt, Verteilungsstörungen, Atemstillstand, Herzinsuffizienz, Schmerz und Vergiftung. Die Diagnose wird gestellt unter Bezug auf den Unfallhergang bei Blutdruckerniedrigung, Pulsbeschleunigung, flache Atmung, Blässe, Zyanose, feuchtkühle Haut, Bewußtseinstrübung. Die wesentlichsten Maßnahmen zur Behandlung der Kreislaufsituation sind Blutstillung, richtige Lagerung, Infusion, Sauerstoffzufuhr, Schmerzbekämpfung, Schutz vor Auskühlung und Wärmezufuhr. Das Messen der Blutdruckwerte bei der Beurteilung des Schockzustandes bedeutet einen unnötigen Zeitverlust, da die Palpation des Pulses zur Beurteilung ausreichend ist. Die Indikation zur Infusion sollte großzügig gestellt werden. Eine bereits vor der Infusionsbehandlung durchgeführte Schocklagerung (Beine hoch) fördert den Rückfluß von Blut zum Herzen. Sogenannte Kreislaufmittel (z. B. Adrenalin) sind kontraindiziert. Auch Kortikosteroide sind nicht angezeigt. Stark wirkende Analgetika sind auch bei Vorliegen eines stumpfen Traumas indiziert, wenn starke Schmerzen, z. B. bei zusätzlicher traumatischer Amputation einer Extremität, bestehen. Notfallmedikamente dürfen nur intrevenös verabfolgt werden. Die letzte wesentliche Maßnahme ist die Lebenssicherung mit dem Ziel der Erhaltung der vitalen Funktionen und der Vermeidung einer weiteren Schädigung. Wichtig ist hierbei vor allem die Beurteilung der Dringlichkeit bei Massenunfällen, eine sachgemäße Bergung, eine richtige Lagerung, Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf, richtige Verbandanlegung, Transportanweisung und Begleitung sowie Mitteilung an den weiterbehandelnden Arzt über die vorgefundene Unfallsituation, erkennbare Verletzungen, Verdachtsdiagnose über innere Verletzungen und bereits getroffene Maßnahmen und Medikationen.

Professor Dr. H. PFLÜGER, Frankfurt:

#### „Problematik ambulanter Anästhesien“

Jede Form der Anästhesie bedarf der Zustimmung des Patienten. Eine solche Einwilligung kann sich immer nur auf den kunstgerechten Eingriff beziehen. Dem ausführenden Arzt obliegt die kritische Wertung des Risikos unter Beurteilung des angemessenen Verhältnisses zum Erfolg, bei der Wahl zwischen mehreren Verfahren muß sich der Arzt entscheiden, ob er dem Verfahren mit den besseren Erfolgsaussichten oder dem mit den geringeren Risiken Vorzug gibt. Er sollte grundsätzlich die Methode bevorzugen, die er am besten beherrscht. Die Lokalanästhesie ist keines-

wegs ungefährlich. Neben der intravasalen Injektion kommen immer wieder Fälle individueller Überempfindlichkeit vor, die schwer voraussehbar sind. Eine noch so sorgfältige Voruntersuchung und -befragung vermag nicht immer die Gefahr vom Patienten abzuwenden. Wird beides unterlassen, dann liegt es nahe, darin eine Verletzung der Sorgfaltspflicht zu sehen. Angaben über die Vormedikation sind für den Anästhesisten von großer Bedeutung. So können z. B. Antihypertensiva mit den zur Anästhesie verwendeten Mitteln interferieren. Die meisten blutdrucksenkenden Pharmaka wirken auf die Synthese oder den Bindungs- und Freisetzungsmechanismus der Katocholamine. Sie üben einen starken Einfluß auf die sympathische Regulation aus. Ihr Effekt erstreckt sich von der einfachen Herabsetzung des Sympathikotonus über die Reduzierung zentraler und peripherer Noradrenalinbestände über der Blockade sympathischer Ganglien bis zur unmittelbaren Beeinträchtigung der Erfolgsorgane.

Die Vorzüge der Lokalanästhesie bestehen darin, daß

1. Bewußtsein und Gehfähigkeit erhalten bleiben,
2. keine Nahrungskarenz eingehalten werden muß,
3. im allgemeinen eine Prämedikation nicht erforderlich wird,
4. Aneignung und Durchführung leicht sind,
5. komplizierte technische Einrichtungen nicht erforderlich werden.

Die Gesamtmengen, die dem Körper einverleibt werden dürfen, sind wegen ihrer Toxizität und auch der krampferzeugenden Wirkung verhältnismäßig klein. Bei Verwendung optimaler Stoffe in Kombination mit gewissen Zusätzen reicht die Wirkungsdauer der Lokalanästhesie für die meisten kleinchirurgischen Eingriffe in der Ambulanz aus.

Im Gegensatz zur Lokalanästhesie ist die Allgemeinbetäubung mit einer nicht zu unterschätzenden Beeinträchtigung des Gesamtorganismus verknüpft. Der durch die Narkose herbeigeführte Bewußtseinsverlust geht mit dem Ausfall lebenswichtiger Schutz- und Abwehrreflexe einher. Bei den in der ärztlichen Praxis anfallenden Eingriffen vermag die Allgemeinbetäubung eine unter Umständen größere Belastung darzustellen als der Eingriff selbst. Vor einer Allgemeinnarkose muß eine Voruntersuchung der lebenswichtigen Systeme, vor allem Atmung und Kreislauf, unter Verwendung aller in der Praxis zur Verfügung stehenden Mittel durchgeführt und auch eine genaue diesbezügliche Anamnese erhoben werden. Für einen leeren Magen muß bei Narkosebeginn Sorge getragen werden. Eine Nahrungskarenz von 4 bis 6 Stunden ist dabei einzuhalten, oder aber man muß am noch wachen Patienten den Magen spülen bzw. Erbrechen provozieren. Bei Zwischenfällen muß ein Wiederbelebungssortiment mit Beatmungs- und Absaugvorrichtung zur Verfügung stehen. Vorbedingung für jede Form der Allgemein-

betäubung ist die Applikation einer ausreichenden Prämedikation 30 bis 40 Minuten vor Narkoseeinleitung. Dazu gehört die Verabreichung eines Vagolytikums sowie eines Analgetikums. Die Unterlassung der Prämedikation ist ein Kunstfehler, und ein großer Teil tödlich verlaufender Narkosezwischenfälle in der Einleitungsphase geht auf das Konto fehlender oder fehlerhafter Prämedikation. Ihre Zusammensetzung ist von Fall zu Fall verschieden, niemals aber darf Atropin fehlen. Ein weiterer Bestandteil der Prämedikation ist das Analgetikum Pethidin. Morphium wird wegen der atemdepressorischen Wirkung nicht mehr gegeben. Barbiturate haben lediglich zur Sedierung am Vorabend noch Bedeutung. Halothan ist das am besten steuerbare, aber auch das gefährlichste Inhalationsnarkotikum. Äther und Metoxifluran verhalten sich umgekehrt. Sie wirken träge und besitzen eine große Narkosebreite. Chloräthyl ist heute nicht mehr indiziert wegen der abnorm engen Narkosebreite und großen Gefährlichkeit. Die Inhalationsnarkose ist für den Patienten die weniger gefährliche Methode, weil sie sich insgesamt leichter steuern läßt, während versehentlich überdosierte intravenös oder rektal applizierte Mittel durch sekundäre ärztliche Maßnahmen nicht mehr beeinflussbar sind. Der Abbau hängt lediglich von den körpereigenen Abbau-, Abflutungs- und Ausscheidungsgeschwindigkeiten ab.

Die Barbituratnarkose ist heute überholt wegen ihrer schlechten Steuerbarkeit, Atemdepression, postnarkotischen Erregung, Auslösung unliebsamer Reflexe und Gefahr von Parenchymschädigungen. Diese gefährlichen Narkosemittel dürfen nur noch ausnahmsweise unter äußerster Vorsicht angewandt werden. Die Narkosebreite ist bei den Barbitursäurederivaten erschreckend schmal. Wesentlich günstigere Verhältnisse bestehen mit der Propanidid-Einleitung. Es wird generell empfohlen, fünf Minuten vor Epontol-Gabe gemeinsam mit der intravenösen Atropin-Dosis noch 2 ml Tavegil zu applizieren. Propanidid eignet sich unter Beachtung der üblichen Sicherheitskautele auch zur Durchführung einer Kurznarkose. Nach Kurznarkosen wird die Gehfähigkeit eines Patienten innerhalb kurzer Zeit wieder erreicht, jedoch ist der Patient dann noch keineswegs im Vollbesitz seiner psychophysischen Leistungsfähigkeit, weshalb er Tätigkeiten, die Entschlußkraft und Reaktionsbereitschaft erfordern, nicht ausführen sollte.

Professor Dr. F. MARGUTH, München:

#### „Infektionsbedingte Notfälle im Kindesalter“

Die Symptomenarmut bei Infektionen und die Uniformität der Abwehrreaktionen, besonders bei Neugeborenen, lassen Infektionen oft bis kurz vor Finalstadium als relativ harmlos erscheinen. Die Neugeborenen sind wie keine andere Altersgruppe durch bakterielle Infektionen gefährdet, auch bei gut funktionierendem Abwehrmechanismus. Wenn bei einem Neugeborenen eine schwere Krankheitssymptomatik vorliegt, kommt

1 Kapsel täglich bei zerebralen Durchblutungsstörungen  
2 Kapseln täglich bei peripheren Durchblutungsstörungen

# Stutgeron forte

TRADE MARK

## JANSSEN

1 Kapsel enthält 75 mg Cinnarizin

- o **Intensiv- und langwirksam**
- o **wesentliche Vereinfachung der Einnahme**
- o **rationelle Langzeittherapie (eine OP mit 60 Kapseln à 75 mg = 180 Tabletten à 25 mg Cinnarizin)**
- o **praktisch atoxisch, ausgezeichnet magenverträglich, ohne Einfluß auf Blutdruck und Kohlenhydratstoffwechsel**

**Kontraindikationen:**  
Sind nicht bekannt geworden

**Handelsformen:**  
OP mit 20 Kapseln DM 11,65  
OP mit 60 Kapseln DM 29,95  
Klinckpackung



**JANSSEN** GmbH **DÜSSELDORF**

8L/4, 71

# Überholen Sie die Zeit. Bis 30.9.

Sie kommen Ihren Wünschen jetzt ein gutes Stück näher. Wenn Sie bis zum 30.9. Bausparer bei der Landesbausparkasse werden. Dann können Sie bis zu einem halben Jahr früher in eigenen vier Wänden wohnen. Und aufhören mit dem Mietzahlern.


Lassen Sie sich diesen Vorteil nicht entgehen.

Denn soviel ist sicher: Einen Bausparvertrag werden Sie früher oder später doch brauchen. Nur über einen Bausparvertrag kommen Sie an unser beehrtes Baudarlehen. Zu einem besonders niedrigen Zinssatz. Günstiger gibt es Ihnen kaum einer.

Dazu kommt die Hilfe des Staates. Denn er steckt Ihnen jedes Jahr einiges zu: Bausparprämie, Zusatzprämie bei mittlerem Einkommen und für Arbeitnehmer die Sparzulage nach dem 624-Mark-Gesetz. Und Zinsen von uns bekommen Sie obendrein.

Starten Sie jetzt! Schlagen Sie der Zeit ein Schnippchen. Bringen Sie bis zum 30.9. Ihren Bausparvertrag unter Dach und Fach. Damit Sie früher unter Ihrem eigenen Dach sind.

**Wichtiger Termin: 30. September.**

**Landes**   
**Bausparkasse**

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel.: 21721



Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen

häufig jeglicher rettender Eingriff zu spät. Bei Neugeboreneninfektionen stehen die gefährlichen, ubiquitären gramnegativen Erreger mit ca. 60% weit im Vordergrund. Als nächstes folgen Staphylokokken und Streptokokken, sehr selten treten bei uns Listerien auf. Virusinfektionen, Infekte mit *Toxoplasma gondii* und *Treponema pallida* führen im Neugeborenenalter selten zu ausgesprochenen Notzuständen oder aber sind nicht behandlungsfähig. Entscheidende therapeutische Maßnahmen können z. B. Infusionsbehandlung beim toxischen Schock, Heparinisierung bei disseminierter intravasaler Gerinnung, Behandlung mit Hyperimmunseren oder antitoxischen Seren sowie kurzzeitige Steroidgaben sein; weiterhin der Ausgleich des Elektrolythaushaltes. Ohne den Erreger zu kennen, muß zugleich mit einer massiven und extrem breiten Chemotherapie begonnen werden. Bei meningalen Affektionen wird in jedem Fall (in Abweichung von einigen anderen Therapeuten) die hochdosierte Chloramphenicolbehandlung empfohlen.

Bei einem Neugeborenen kann es sich um einen Notfall durch eine Infektion handeln, wenn die Mutter bereits in der Schwangerschaft eine Infektion hatte, z. B. Pyelonephritis, Toxoplasmose oder Röteln. Bei Neugeborenen mit sonst unerklärlichen Erscheinungen muß an die Möglichkeit der Infektion, besonders bei vorzeitigem Blasensprung, Frühgeburt und leichtem Fieber, gedacht werden. Wenn das Kind nicht trinkt oder gelb wird, sowie ein Exanthem zeigt oder Thrombozytopenie auftritt, besteht ebenfalls Verdacht einer Infektion. Eine schlechte Prognose besteht bereits bei Eintreten von Somnolenz, Bewußtlosigkeit, Krampf- und Kollapsneigung, Hautblutungen, Dyspnoe, blutigen Stühlen oder Hepatosplenomegalie. Im Neugeborenenalter ist hohes Fieber, Nackensteifigkeit, verwertbare Leukozytose, vorgewölbte Fontanelle, ein erkennbarer Infektionsherd oder ein schwerer Schock nicht zu erwarten.

Privatdozent Dr. P. MAY, Homburg:

#### „Die Anurie“

Differentialdiagnostisch unterscheidet man prärenale und intrarenale Ursachen von den postrenalen Abflußstörungen. Zu den prärenalen Ursachen gehören Flüssigkeits- und Elektrolytveränderungen durch Überwässerung oder Austrocknung, zu den intrarenalen gehören Nierenparenchymerkrankungen, wie die akute tubuläre Nekrose, die akute Glomerulonephritis und die Endstadien chronischer Nierenerkrankungen.

Vor dem Einsatz einer konservativen internistischen Therapie muß durch den Urologen geklärt werden, ob die Anurie nicht durch eine der zahlreichen postrenalen Entleerungsstörungen zustande gekommen ist, die durch instrumentelle oder chirurgische Maßnahmen beseitigt werden können.

Die am häufigsten angewandte diagnostische Maßnahme in der Praxis bei fehlender Urinausscheidung

ist der Blasenkateterismus. Insbesondere beim Katheterisieren bei Männern sind falsche Technik, unsaubere, brüchig gewordene Gummikatheter und offene Katheterurintöpfe als Brutstätten von Bakterien oft Ursache iatrogenen Schäden des Patienten, die sich in Form von Harnröhrenstrikturen oder chronischen Harnwegsinfekten auswirken können. Grundregel des Katheterismus ist strenge Asepsis. In der Praxis empfiehlt sich der Gebrauch steriler Einmalkatheter. Da er in eine dünne durchsichtige Kunststoffolie verpackt ist, kann der Katheter mit der Hand ohne Pinzette unter sterilen Bedingungen geführt werden. Wenn der Blasenkateterismus via Harnröhre nicht möglich ist, z. B. wegen Urethrastrikturen, muß eine suprapubische Kapillarpunktion der Blase durchgeführt werden. Es wird dabei ein Querfinger vom oberen Rand von der Symphyse entfernt senkrecht zu den Bauchdecken mit einer dünnen Injektionsnadel in die Blase eingestochen. Die maximal gefüllte Blase ist oberhalb der Symphyse nicht vom Peritoneum bedeckt.

Jede proximale oder distale Abflußsperre innerhalb der ableitenden Vulvae des Urogenitaltraktes führt allmählich zur stauungsbedingten Druckatrophie und damit zum Funktionsverlust der Niere. Jede unklare Kolik, jeder Nierenschmerz und jede Miktionsstörung ist daher als Symptom eines Grundleidens aufzufassen, das fachärztlich abgeklärt werden muß.

Bei fehlender Urinausscheidung interessiert primär die Höhe des Kreatinin- und Harnstoffspiegels im Serum. Bei stark erhöhten Werten ist im Ausscheidungsurogramm auch auf Spätaufnahmen keine befriedigende Kontrastmitteldarstellung des Hohlsystems zu erwarten. In diesem Fall muß die retrograde Pyelographie durchgeführt werden, damit geklärt werden kann, ob die Anurie durch eine beidseitige Ureterblockade verursacht ist. Bei Passieren eines Abflußhindernisses kann der uretäre Katheter gleichzeitig zur vorläufigen Harnableitung dienen. Am häufigsten werden doppelseitige intrakanikuläre Verschlüsse durch Steine verursacht, weiter finden sich als Ursachen angeborene Anomalien sowie entzündliche spezifische und unspezifische Nykturien, komprimierende Prozesse außerhalb des Hohlsystems, vor allem gynäkologische Tumoren, weiterhin traumatische oder iatrogenen Verletzungen. In der Blase können Steine, Ureterozelen, Tumoren und selten auch einmal vom Patienten in die Blase eingeführte Fremdkörper Ureterostien oder das innere Urethra ostium verlegen. Als subvesikalische Entleerungsstörung findet sich beim Mann am häufigsten das Prostataadenom, bei der Frau der Genitalprolaps mit extremer Zystozele. Beim Neugeborenen und Säugling findet sich als Ursache der Harnsperre am häufigsten eine hochgradige Phimose, oft kombiniert mit einer Balanitis. Zu seltenen kongenitalen Abflußhindernissen gehören Urethral-klappen, die sich jedoch meist von einer bestimmten Stufe der Embryonalentwicklung an zurückbilden. Bei nicht frühzeitiger Diagnostik dieser Harnröhren-

klappen kann es zu einer erheblichen Rückstauung und stauungsbedingten Niereninsuffizienz kommen. Prostataadenome führen in der Regel früher zur Einengung der Urethra als die Prostatakarzinome, die harnröhrenfern von der Prostatakapsel ausgehen und meist erst im Spätstadium zu einer Verlegung der Urethra führen.

Beidseitige Ureterstenosen durch gynäkologische Tumore, als Strahlenfolge und iatrogen durch Harnleiterläsion nach WERTHEIMscher Totaloperation kommen relativ häufig vor. Eine im Säuglings- und Kindesalter nicht beeinflussbare Pyurie läßt immer an die Möglichkeit einer angeborenen Mißbildung des Urogenitaltraktes mit Abflußbehinderung denken. Bei rechtzeitiger Diagnostik können diese Abflußhindernisse durch Operationen beseitigt werden. Doppelseitige Nierenbecken- und Harnleitersteine führen nicht selten zur Anurie mit Nierenversagen, wenn sie zu spät erkannt werden. Neben der Möglichkeit mechanischer Ursachen sollte man auch an die Bedeutung neurogener Blasenentleerungsstörungen denken.

(Fortsetzung folgt)

### Neuer Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes

J. F. Volrad DENEKE hat im August seine neue Tätigkeit als Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. in Bonn-Bad Godesberg aufgenommen. Bisher war er Bundesgeschäftsführer der FDP.

Volrad Deneke, 1920 in Wernigerode/Harz geboren, ist Soziologe und Journalist. Er hat jahrelang das „Deutsche Ärzteblatt“ als Hauptschriftleiter redigiert. Er ist Träger des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft und Ehrenmitglied des Bundesverbandes der Freien Berufe, ferner Vorstands- und Kuratoriumsmitglied der Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe – Ludwig Sievers-Stiftung. Volrad Deneke, der Mitglied des IV. Deutschen Bundestages war, ist durch zahlreiche Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen, insbesondere über freie Berufe, Sozial- und Gesundheitspolitik, hervorgetreten.

### 24. Bayerischer Ärztetag vom 12. bis 14. November 1971 in Nürnberg

#### Tagesordnung:

1. Geschäftsordnung für die Bayerischen Ärztetage
2. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
3. Bestätigung der vom Vorstand gebildeten Ausschüsse
4. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
  - a) Rechnungsabschluß 1971
  - b) Voranschlag 1972
5. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
  - a) Zusatzbezeichnungen (§ 24 Abs. 3 BO Ärzte 1971)
  - b) Änderungen im Bereich der Weiterbildungsordnung
6. Wahl des Tagungsortes des 25. Bayerischen Ärztetages 1972

### Empfehlung des Verbandes der Hochschullehrer für Sportmedizin

Der Verband der Hochschullehrer für Sportmedizin der Bundesrepublik befaßte sich auf der Arbeitstagung am 18. Dezember 1970 in Erlangen mit der gegenwärtigen Situation der Sportmedizin. Die Bestandsaufnahme ergab an den einzelnen Hochschulen sehr unterschiedliche Verhältnisse.

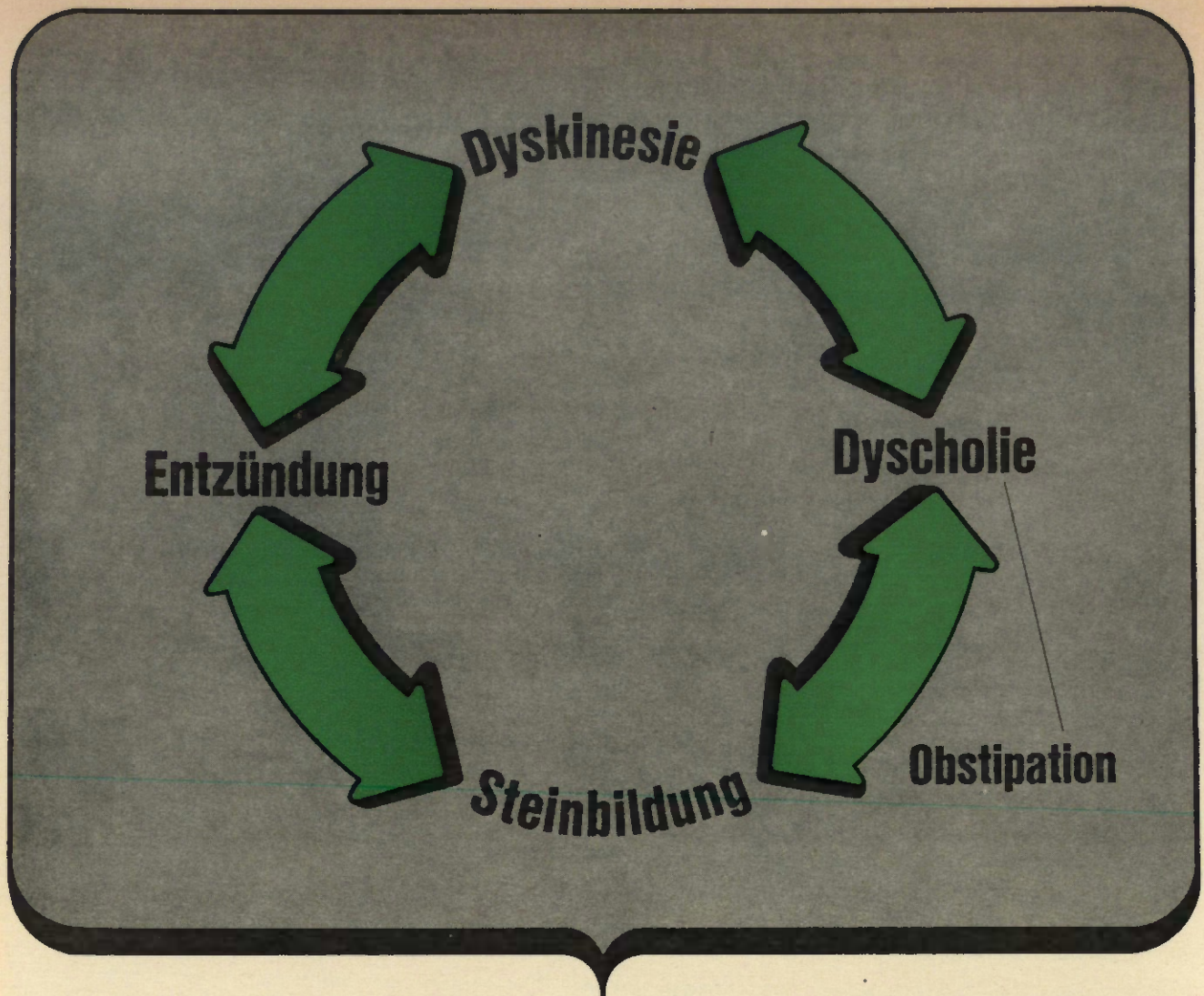
Die zentrale Bedeutung des Sports in Prävention und Rehabilitation fordert einen systematischen Auf- und Ausbau der Sportmedizin, um den zur Erhaltung der Volksgesundheit unerläßlichen Aufgaben gerecht zu werden. Infolge fehlender Institutionalisierung und unzureichender Lehr- und Forschungsmöglichkeiten ist es bis jetzt unmöglich gewesen, diese dringenden Anforderungen zu erfüllen.

# Adumbran<sup>®</sup>

Thomae

zuverlässig, bewährt, gut verträglich  
bei Angst, Spannung, Nervosität, vegetativer Dysregulation.

1



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

**Denn spasmo gallo-sanol<sup>®</sup> wirkt cholekinetisch, choloretisch, spasmolytisch, bakterizid und mild laxierend.**

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:	
N-[4-Diphenylmethyl]-otropiniumbromid	7,5 mg
Fel Tauri sicc. stand.	100 mg
Extr. Frangulae sicc.	20 mg
Extr. Aloes sicc.	10 mg
Acriflavinumchlorid	3 mg

#### Indikationen:

Bei allen Cholezystopathien

#### Dosierung:

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

#### Kontraindikationen:

Verschuß-Ikterus, akute Hepatitis

#### Hinweis:

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

#### Verschreibungsfarm:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

**spasmo gallo** sanol<sup>®</sup>

In den neuen Hochschulgesetzen ist deshalb die Sportmedizin sinnvoll einzuordnen und ihre Kapazität für Ausbildung, wissenschaftliche Arbeitsmöglichkeiten und fachgerechte Betreuung im Breiten- und Leistungssport entscheidend zu verbessern. Als Sofortmaßnahmen werden empfohlen:

1. Systematischer und koordinierter Aufbau der vorhandenen sportmedizinischen Einrichtungen,
2. Schaffung selbständiger sportmedizinischer Einrichtungen an den Hochschulen durch die Länder, mit Verankerung sowohl in den Medizinischen Fakultäten oder Fachbereichen als auch im Fachbereich für Sportwissenschaften,
3. Ausbau der Voraussetzungen zur praktisch-klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit, sowie zur Lehre in der Sportmedizin, in Kooperation mit den medizinischen Disziplinen, damit der dringende Bedarf an Nachwuchskräften gesichert werden und der Stand der Ausbildung einer fachärztlichen Qualifikation auf dem Gebiete der Sportmedizin entsprechen kann.

Professor Dr. J. Schmidt

## Hinweise für Einsendungen zur Metallanalyse

Für die Einsendung von biologischem Material zur Metallanalyse möchten wir aufgrund unserer Erfahrungen der praktizierenden Ärzteschaft einige nützliche Vorschläge machen.

Voraussetzung für richtige Analyseergebnisse ist die Verwendung von metallfreien Entnahmebestecken (Einmalkanülen, Einmalspritzen) und Sammelgefäßen (Polyäthylenflaschen).

Empfehlenswert ist die Einsendung von 24-Std.-Urin. Ersetzweise kann auch Morgenurin eingesandt werden.

Steht der Patient unter einer Therapie mit komplexbildenden Substanzen (D-Penicillamin,  $\text{Na}_2\text{Ca-EDTA}$ , BAL usw.) ist dies bei der Einsendung der Probe zu vermerken.

### Diagnostik von Hypermetallozen

Hypermetallozen sind durch ebnorme, vorübergehende oder dauernde Konzentrationserhöhungen von gewissen Metallionen in einzelnen Organen, Körperflüssigkeiten oder im ganzen Organismus verursacht. Es handelt sich somit um Störungen des Metallstoffwechsels, welche zu lavierten oder manifesten, akuten oder chronischen Schäden des Organismus führen können. Der Schädigungsmechanismus beruht vor allem auf einer Umsetzung mit verschiedenen Intrazellulären Enzymen.

Bedeutsam sind folgende Metalle:

**Blei**

24-Std.-Urin (100 ml), Citratblut (10 ml)

Zur Diagnostik der Bleiintoxikation ist neben der Blutbleibestimmung die Analyse der Delta-Aminolävulin säure im Urin wünschenswert. Hierzu genügt die Einsendung von 10 ml 24-Std.-Urin in dunklen Behältnissen. Längeres Aufbewahren der Harnprobe vor dem Versand ist tiefgefroren möglich.

**Quecksilber**

24-Std.-Urin (100 ml)

**Cadmium**

24-Std.-Urin (100 ml)

**Chrom**

24-Std.-Urin (100 ml)

**Nickel**

24-Std.-Urin (100 ml)

**Lithium**

Serum (2 ml)

### Diagnostik von Stoffwechselstörungen essentieller Bioelemente

Essentielle oder obligate Bioelemente sind als Bestandteile von biochemischen Wirkstoffen für den normalen Stoffwechsel der Zellen unbedingt notwendig. Überschreiten die Konzentrationen bestimmte Normgrenzen, so resultieren daraus zum Teil erhebliche Auswirkungen auf den Organismus.

**Kupfer**

24-Std.-Urin (100 ml), Plasma (3–5 ml)

**Eisen**

Plasma (3–5 ml)

**Zink**

24-Std.-Urin (100 ml), Plasma (3–5 ml)

Bei der Gewinnung von Plasma zur Bestimmung von Kupfer, Eisen und Zink ist Hämolyse zu vermeiden. Der Antrag an unser Institut für eine Metallanalyse sollte außer Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten, klinische Angaben zur vermuteten Diagnose enthalten, Beruf, Kostenträger, Zeitpunkt der Abnahme des Probenmaterials, sowie die genaue Adresse des einsendenden Arztes einschließlich Telefonnummer.

Dr. Th. Hees, Chem.-Ing. K.-H. Scheller, Professor Dr. H. Valentin, Institut für Arbeits- und Sozial-Medizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Schillerstraße 25, Telefon (0 91 31) 2 73 84 oder (0 91 31) 85 23 14

### Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am **Samstag, 20. November 1971**, in München einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft erteilt: KVB-Bezirksstelle Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

# Freie Kassenarztsitze in Bayern

## Mittelfranken

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

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

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

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

**Merkendorf, Lkr. Gunzenhausen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In einem stadteigenen Haus (Obergeschoß) stehen Wohn- und Praxisräume mit zusammen 144 qm zur Verfügung und werden für einen Arzt freigehalten.

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

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

## Niederbayern

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

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

**Deggendorf:** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt  
Dringend zu besetzende zweite Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt. Belegmöglichkeit ist vorhanden.

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

**Freyung v. W., Lkr. Wolfstein:** 1 Augenarzt  
Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

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

**Kelheim/Donau:** 1 Augenarzt  
Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

**Kirchberg, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Kirchberg ist die wegen Krankheit frei gewordene Kassenarztstelle mit einem umfangreichen Einzugsgebiet dringend zu besetzen. Die Gemeinde ist bereit, gegebenenfalls einen erschlossenen Baugrund zur Verfügung zu stellen.

**Metten, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die bisherige zweite Praktikerstelle ist ab sofort dringend zu besetzen. Einzugsgebiet ca. 8700 Einwohner.

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

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

**Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arztes frei gewordene Kassenarztstelle. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Niederbayern –, 8440 Straubing, Lillienstraße 5-7, zu richten.

## Oberbayern

**Bad Hellbrunn, Lkr. Bad Tölz:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Eine badeärztliche Tätigkeit ist möglich.

**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, Mühlbaurstraße 16/II, zu richten.

## Oberfranken

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

**Hof/Saale:** 1 Kinderarzt

**Kronach:** 1 Kinderarzt

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

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

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

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

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

**Steinbach am Wald, Lkr. Kronach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

## Oberpfalz

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

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

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

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

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

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

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

**Neumarkt:** 1 Augenarzt

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



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

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

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

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

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

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

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

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Biessenhofen, Lkr. Marktoberdorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Praxisräume sind vorhanden. Bei Beschaffung der Wohnung ist die Gemeinde behilflich.

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

**Deinlingen, 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

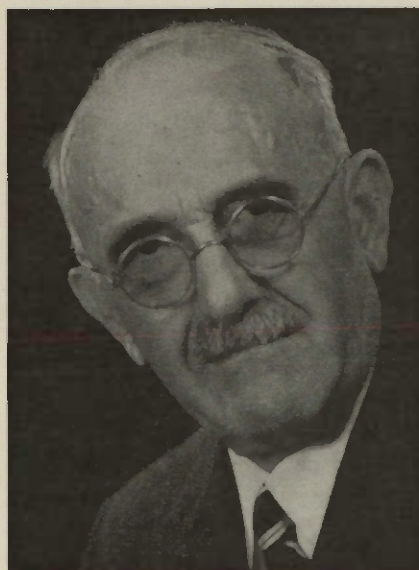
**Malnaschaff:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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.

**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.

## in memoriam



### Dr. med. Walther Koerting

Am 13. August 1971 ist Herr Dr. med. Walter KOERTING im 85. Lebensjahr in München verstorben. Der Tod erlöste ihn von einer schweren Erkrankung, die er mit vorbildlicher Beherrschung in Einsamkeit ertragen hat. Auf seinen Wunsch wurde er am 16. August 1971 in aller Stille auf dem kleinen Nymphenburger Friedhof an der Seite seiner Frau beerdigt.

Eine fast spröde Kontaktdistance, die zu seinem Wesen ebenso gehörte wie eine fast pedantische Gewissenhaftigkeit und die Zuneigung zu Kindern, erschweren wohl die rechte Würdigung seines Lebens und das besonders dann, wenn sein Wunsch nach Diskretion respektiert werden soll.

Sein curriculum vitae zeigt Vielfalt und Besonderheit seines Wesens.

Im Jahre 1887 in Saaz in Böhmen geboren, promovierte er an der Deutschen Karls-Universität in Prag im Jahre 1914 zum Doktor der Medizin. Danach war er im ersten Weltkrieg bis 1917 als österreichischer Militärarzt in Lazaretten und bei der Truppe in Serbien und Rußland.

Im Jahre 1922 erhielt er von der deutschen Sektion der Ärztekammer für Böhmen in Prag die Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Von seiner beruflichen Arbeit ist dann seine Tätigkeit als Oberarzt bei Professor Dr. G. A. WAGNER in Prag hervorzuheben. Er wurde Mitglied zahlreicher medizinischer Vereinigungen und Gesellschaften. Daneben gehörte er auch der Deutschen Eishockey-Gesellschaft in Prag und dem Deutschen Kammermusikverein in Prag an. Mit besonderer Aktivität betätigte er sich im Deutschen und Österreichischen Alpenverein in Prag, denen er seit 1912 angehörte und Referent für

Bergführer und Rettungswesen war. In dieser Eigenschaft hielt er zahlreiche Lehrkurse über Klettern im Fels, Gletscherfahrten und Erste Hilfe bei Unfällen im Hochgebirge für Bergsteiger und Bergführer ab. Seine Mitgliedschaft in all diesen Vereinigungen, aber auch sogar seine berufliche Tätigkeit wurde im Jahre 1938 mit der Anwendung der sogenannten Nürnberger Gesetze in der Tschechoslowakei beendet.

Es ist bezeichnend für sein Wesen, daß er nach seiner Vertreibung aus dem Sudetenland Ende 1945 in Deutschland aus dem ihm zugefügten Unrecht nicht einmal die ihm rechtlich zustehenden Vorteile suchte, sondern die wirtschaftlichen und beruflichen Folgen der Vertreibung ebenso trug wie andere, denen er als ständiger Vertreter der Flüchtlingsärzte in Bayern und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer zu helfen bemüht war.

Als Leiter der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft und durch seine Mitarbeit im „Bayerischen Ärzteblatt“ blieb er der Ärztekammer auch in späteren Jahren eng verbunden.

Viele Ärzte und auch die Kammer sind ihm aus dieser Tätigkeit Dank schuldig.

Neben dem Beruf und den Bergen gehörte seine Liebe der Schriftstellerei und dabei wiederum besonders der Geschichte der Medizin. Für dieses Gebiet war er in den letzten Jahren ständiger Mitarbeiter des „Bayerischen Ärzteblattes“. Neben einer großen Zahl wissenschaftlicher Arbeiten aus seinem gynäkologischen Fachgebiet und aus seiner Tätigkeit im Alpenverein liegen viele medizinhistorische Arbeiten vor, von denen nur folgende erwähnt werden sollen, die – wie alles was er schrieb – mit großem Fleiß und Gründlichkeit verfaßt wurden. Sie fanden daher auch allgemeine und weite Anerkennung: „Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung“. „Albertus Magnus in Regensburg.“ „Dr. Hans Hartlieb. Ein vielseitiger und berühmter Arzt des späten Mittelalters.“ „Bayern und die Alma Mater Pragensis“ und „Die Deutsche Universität in Prag. Die letzten hundert Jahre ihrer Medizinischen Fakultät.“ Dieser Arbeit kommt auch kultur- und nationalpolitische Bedeutung zu.

Mit Achtung und Respekt werden alle, die ihn kannten, besonders aber die, die mit ihm zusammengearbeitet haben, stets an ihn zurückdenken, einem Herrn, zart von Gestalt und kernigem Wesen, der beständig und aufrecht für seine Überzeugung, Anstand und Ordnung eintrat.

### **Dr. med. Peter Balzer**

Am 21. Juli 1971 verstarb im 82. Lebensjahr Herr Dr. med. Peter BALZER, geschäftsführender Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung München Stadt und Land. Das „Bayerische Ärzteblatt“ brachte anläßlich seines 80. Geburtstages im Heft 1/1970 eine Würdigung seiner ärztlichen und standespolitischen Tätigkeit.

### **Dr. med. Joachim Guskar**

Die bayerische Ärzteschaft betrauert den Tod des Kollegen Dr. med. Joachim GUSKAR, Assistenzarzt im Städtischen Krankenhaus München-Harlaching. Er verunglückte tödlich, als er im Rettungshubschrauber am 17. August 1971 einem schwerverletzten Kind helfen wollte.

Herr Kollege Guskar gehörte zu jenen Münchener Ärzten, die durch freiwilligen Einsatz im Hubschrauber schon vielen Verunglückten das Leben gerettet haben.

### **Professor Dr. med. Paul Eckel**

Am 13. August 1971 ist Professor Dr. med. Paul ECKEL, Hannover, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, des Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und des Niedersächsischen Verdienstkreuzes, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, nach schwerer Krankheit kurz vor Vollendung des 71. Lebensjahres verstorben.

Herr Kollege Eckel, seit 1958 Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, gehörte dem Vorstand der Bundesärztekammer seit 1955 an; er war deren Vizepräsident von 1959 bis 1967.

Der Weltärztebund wählte ihn 1959/60 zu seinem Präsidenten für 1960/61.

## **Personalia**

### **Dr. med. Lothar Sluka 25 Jahre im Dienste der bayerischen Ärzte**



Dr. med. Lothar SLUKA konnte Anfang August sein 25jähriges Dienstjubiläum als Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer feiern, was deren Präsident, Professor Dr. SEWERING, zusammen mit dem Vizepräsidenten, den beiden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Ver-

einigung Bayerns und den Angestellten der Kammer zum Anlaß einer kleinen Feierstunde nahm. Dr. Sluka, der in Prag 1939 sein Staatsexamen ablegte und zum Dr. med. promovierte, wollte anschließend Augenarzt werden. Diese Weiterbildung wurde unterbrochen, als er im März 1940 zur Wehrmacht eingezogen wurde, wo er als Truppenarzt bis zu seiner Verwundung im August 1941 im Frankreichfeldzug und an der Ostfront eingesetzt war. Während seines Lazarettaufenthaltes und seiner späteren Lazaretttätigkeit bis zum Kriegsende konnte er seine Weiterbildung fortsetzen. Im Mai

# 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 vereint 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

1945 wurde er aus seiner Heimatstadt Karlsbad ausgewiesen und kam nach Bayern, wo er als Assistenzarzt in einem Münchener Krankenhaus tätig war. Im August 1946 berief ihn die bayerische Ärzteschaft als Hauptgeschäftsführer ihrer eben wiedergegründeten Landesärztekammer. Er war von da ab tätig unter den Präsidenten Dr. BERTOLD, DR. WEILER und seit 1955 unter dem jetzigen Präsidenten Professor Dr. Sewering.

Besonders in den ersten Jahren des Aufbaues, in denen in allem noch die Genehmigung der Besatzungsmacht erforderlich war, hatte er schwere Aufgaben zu lösen. Sein Schaffen in diesen 25 Jahren war geprägt von intensivem Fleiß und dem Bestreben, immer ausgleichend zu wirken. Dies haben auch die ihm unterstellten Angestellten der Kammer dankbar empfunden.

Die bayerische Ärzteschaft ist ihm für sein weit über die Pflichten eines Angestellten hinausgehendes aufopferndes Wirken zu großem Dank verpflichtet.

### **Dr. med. Richard Ecknigk zum Ministerialrat ernannt**

Herr Medizinaldirektor Dr. med. Richard ECKNIGK, Referent für Sozialmedizin im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, wurde zum Ministerialrat ernannt.

## **Geschichte der Medizin**

### **Johann Peter FRANKs Entwurf zur Einrichtung einer klinischen Schule von 1790**

von J. Pechstein

Drei Namen wegweisender Männer finden sich über dem Portal des Hygiene-Instituts der Londoner Universität. Mit der den Engländern eigenen Fairneß sind – neben BIGGS – zwei davon Ausländer: FRANK und PETTENKOFER.

Der Name Johann Peter FRANKs steht an erster Stelle. Er ist der Begründer der modernen Sozialhygiene und Sozialmedizin, der am Ende des 18. Jahrhunderts erstmals naturwissenschaftlich-empirisch gewonnenen Erkenntnisse der Medizin systematisch für die Wohlfahrt des Gemeinwesens auswertete. In seinem berühmten – auch heute noch höchst lesenswerten – sechsbändigen Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ behandelte er die wichtigsten öffentlichen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit einer Bevölkerung. Präventive und kuretive Medizin waren ihm gleichermaßen wichtig.

In unserer Zeit sind die Fragen der medizinischen Studienreform wieder besonders umstritten und es werden an den neu gegründeten medizinischen Akade-

mien und Fakultäten verschiedenste Ansätze der medizinischen Ausbildung erprobt. Unter diesen Umständen erscheint es besonders reizvoll, auf die Anfänge der naturwissenschaftlich begründeten medizinischen Lehre und Forschung zurückzublicken. So sehr auch die Verhältnisse der ärztlich-akademischen Ausbildung etwa am Ende des 18. Jahrhunderts vor ihrem spezifischen historischen und insbesondere soziologischen Hintergrund gesehen werden müssen, so lassen sich doch etwa aus dem nachfolgenden Entwurf Johann Peter FRANKs zur Einrichtung einer klinischen Schule manche prinzipiell, in ganz verschiedenen Zeiträumen gültigen Erfordernisse der medizinischen Lehre sehr deutlich erkennen. Dieser Entwurf aus dem Jahre 1790 ist eines der wertvollsten Dokumente zur Entstehungsgeschichte der medizinischen Ausbildung. Er sei mit einigen Kürzungen wiedergegeben.

Der schon zu Lebzeiten „hochberühmte“ Verfasser, damals Generaldirektor des Medizinalwesens der Österreichischen Lombardei und Professor der praktischen

### **Bundesverdienstkreuz für Dr. med. H. Doerfler**

Herrn Dr. Hermann DOERFLER, Praktischer Arzt i. R., Weißenburg, und langjähriger 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Südfranken, wurde am 28. Mai 1971 durch den Regierungspräsidenten von Mittelfranken das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

Mit dieser Auszeichnung wurde sein Wirken als Praktischer Arzt, seine langjährige ehrenamtliche Tätigkeit in führenden Ämtern der ärztlichen Berufsvertretung, seine Arbeit in der ärztlichen Mission und die dabei bewiesene philanthropische und humanitäre Einstellung zusätzlich gewürdigt.

### **Neuer Leiter des Medizinalreferats bei der Regierung von Oberbayern**

Mit Wirkung vom 1. Juli 1971 wurde Herr Obermedizinaldirektor Dr. med. A. BÖHM, bisher Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Rosenheim, zum Leiter des Medizinalreferats bei der Regierung von Oberbayern berufen. Der bisherige Leiter dieses Referats, Herr Obermedizinaldirektor Dr. med. J. HUSSLEIN, ist am 1. Juni 1971 in den Ruhestand getreten.



Gedenken an Johann Peter Frank in London  
— Portal des Hygiene-Instituts der Universität —

Medizin an der Universität Pavia, griff damit auf ein zuvor von ihm für die Republik Genua erstelltes Gutachten zurück, das auf seinen vielfältigen Erfahrungen als Arzt bzw. akademischer Lehrer in Rastatt, Speyer, Mainz, Göttingen und Pavia beruhte.

**„Entwurf zur Einrichtung einer klinischen Schule, oder, Ueber die Art und Weise, die praktische Medicin in einem akademischen Hospitale zu lehren**

**Vorrede**

Zu Ende des 1788sten Jahres ward mir ein Entwurf über die Errichtung eines klinischen Instituts zur Beurtheilung vorgelegt, welchen der berühmte Genuesische Arzt Hr. Nicolaus Olivari, den Vorstehern des allgemeinen Krankenhaus zu Genua überreicht hatte... So unterzog ich mich dieser mühsamen Arbeit..., denn länger als 20 Jahre habe ich mich damit beschäftigt, um die Grundsätze einer medicinischen Polizey in ein System zu bringen, aus denen die Auflösung einer ähnlichen Aufgabe herzunehmen ist. Außerdem stand ich auf zwey berühmten Akademien in Deutschland

und Italien, den klinischen Schulen vor, und bearbeitete selbst einen medicinischen Studienplan für die Universität Pavia, der den Beyfall Sr. Majestät des verstorbenen Kaysers Josephs erhielt.

**Einleitung**

In einem dergleichen Plane zur Errichtung eines klinischen Instituts, soll, nach meiner Meynung, dem Lehrer, welcher dabey angestellet ist, völlige Freiheit gelassen werden, die Krankheiten nach seinen Einsichten und Kenntnissen zu ordnen.

Die Klinik theilet sich ganz leicht in die Medicinische und Chirurgische. Jede von diesen muß nach gleichem Plane eingerichtet, und an zwey besonderen Orten angeleget seyn. Keine von beyden hat vor der andern einen Vorzug, wenn man den Vortheil betrachtet, der daraus für die Menschheit entspringt. In Pavia war zwar schon seit langer Zeit eine Medicinische Klinik eingerichtet, im Jahre 1787 aber ward die Chirurgische, nach dem von mir... aufgesetzten Plane, erst eröffnet. Ueberdieses wird nicht eben eine große Anzahl von Kranken für die klinische Schule erfordert, indem es bey dem Unterrichte in der Heilkunde nicht auf die Anzahl der Kranken, sondern auf die Art, sie zu beobachten und zu studiren ankömmt. Die berühmten Wiener Professoren, Haën und Stoll, haben nur 12 Betten in ihrem Institut, 6 für Manns- und 6 für Frauenpersonen.

In Pavia habe ich mit meinen Schülern 20 Kranke, bisweilen auch 22 täglich zu behandeln, und diese Anzahl halte ich für vollkommen hinlänglich um junge Leute zu beschäftigen. Denn ich glaube, daß 18 Betten ausreichend sind für täglichen Besuch; vorausgesetzt, daß die Kranken oft wechseln und nicht viele von derselben Krankheit sich daselbst befinden. Eine Menge von Krankheiten verwirret das Gedächtnis des jungen Arztes und läßt ihm nicht Zeit genug übrig, um jede Krankheit gehörig zu beobachten.

**Erstes Kapitel: Von dem zu einer klinischen Schule bestimmten Orte**

Am füglichsten ist dergleichen Institut in einem Hospitale selbst, oder in der Nähe desselben, anzulegen, damit die Kranken, welche für dasselbe bestimmt, und

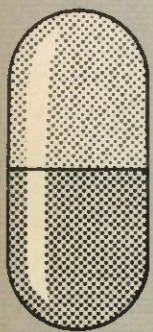
*Adumbran*®

Thomæ

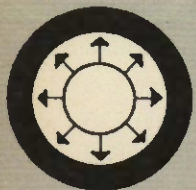
gibt Ihren »nervösen« Patienten  
Ruhe, Gelassenheit, vegetative Stabilität.

# Galenik + Physiologie = Schubeffekt

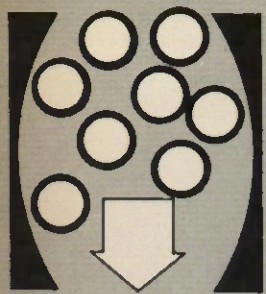
## ferro-sanol<sup>®</sup> duodenal



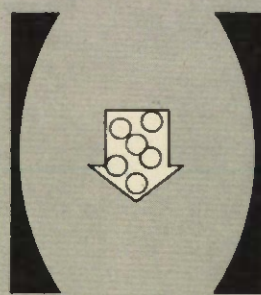
**1.** Einmalgabe der ganzen Tagesdosis



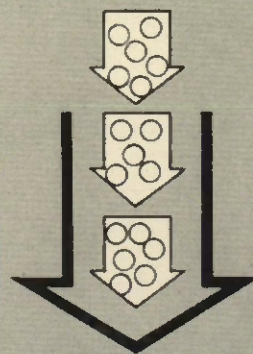
**2.** Magensaft-resistent überzogene Kügelchen, die die Eisenverbindung enthalten



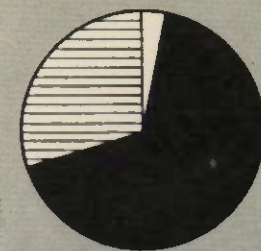
**3.** Gute Magenverträglichkeit (Pellet-Schutzhülle)



**5.** Gute Dünndarm-Verträglichkeit (kein zu hohes Momentan Angebot)



**6.** Addition der aus vielen kleinen Einzelportionen freigesetzten und resorbierten Eisen-Mengen



**7.** Günstige Ausnutzung der angebotenen Eisenmenge. Maximaler Therapieerfolg



**4.** Schubweiser Transport kleiner Einzelportionen ins Duodenum. Rasche Freisetzung der Eisenmengen am Resorptionsort

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: FERRO GLYKOKOLL SULFAT Komplex 562,5 mg (=100 mg Fe<sup>2+</sup>)

**Dosierung:** Initial: 1-3 Wochen lang (je nach Schwere der Anämie) morgens 2 Kapseln nach dem Frühstück. Zur Auffüllung: 1 Kapsel nach dem Frühstück. Die Kapsel kann auch nüchtern genommen werden.

**Handeisformen:** Packung zu 20 Kapseln DM 7,95  
Packung zu 40 Kapseln DM 14,75

**Indikation:** Zur Therapie aller Eisenmangelzustände, besonders der Eisenmangelanämien

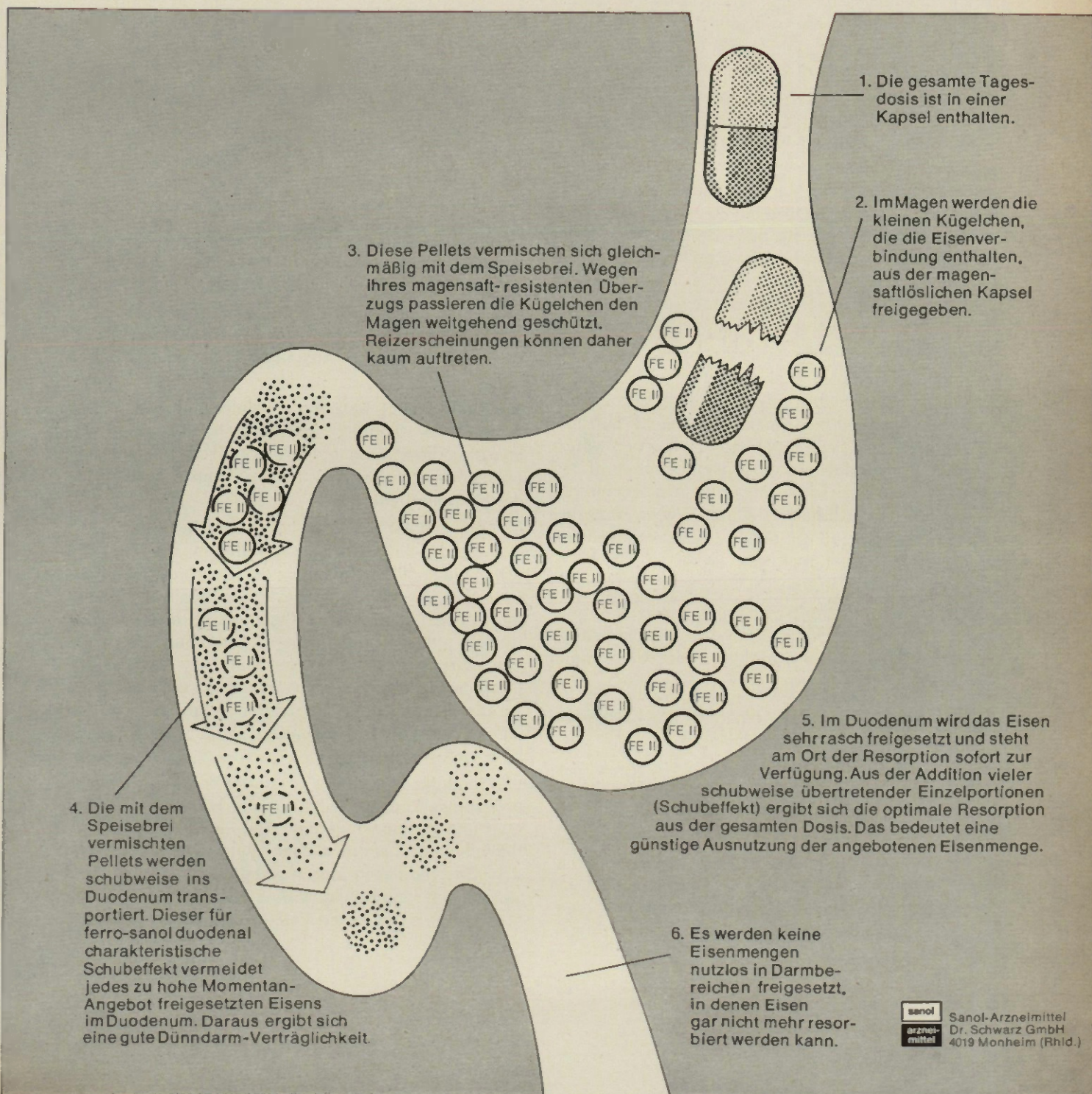
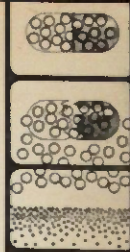
**Kontraindikationen:** keine

**Nebenwirkungen:** sehr selten (unter 5% der beobachteten Fälle)

**Hinweise:** Bei Eisenverwertungsstörungen (z. B. sideroachrestische Anämie) oder Eisen-Überladungen (z. B. Hämochromatose, chronische Hämolyse) sollten orale Eisengaben nicht verabreicht werden. Eine im Verlauf der Behandlung auftretende dunkle Verfärbung des Stuhls ist unbedenklich.

# Der neue Weg in der Eisen-Therapie

## ferro-sanol<sup>®</sup> duodenal



aus den übrigen ausgehoben worden sind, leichter dahin gebracht werden können... Die Größe des dazu nöthigen Platzes, muß im Verhältniß mit der Anzahl der Betten, und der Menge von Schülern seyn, die sich daselbst versammeln.

Die Trennung beyder Geschlechter ist ein nothwendiger Umstand, wodurch nun zwey geräumige Zimmer oder Säle zu einer gut eingerichteten klinischen Schule gehören. Allein, da die en der Lustseuche Kranken, welche von Zeit zu Zeit in der Klinik zu behandeln sind, nicht wohl mitten unter den übrigen sich befinden können; da Gebärende nothwendig von den übrigen zu entfernen sind; da von gewissen Krankheiten befallene, wie die an der Hirnwuth, Wuth, Raserey, besonders sorgfältig bewachtet werden müssen, da bisweilen Kinder aufzunehmen sind, die durch ihre Unruhe und Geschrey die übrigen Kranken beunruhigen: so werden für jede Art dieser Kranken abgesonderte Zimmer erfodert, in welchen über selbige klinischer Unterricht bequem gegeben werden könne.

Vorzüglich ist in einer guten Klinik ein Zimmer für Kinder höchst nothwendig. Denn obgleich bis jetzt zu Pavia diese Einrichtung wegen Mangel am Platze, noch nicht hat getroffen werden können, so ist man doch bemühet diesem Mangel abzuhefen. Es bleibt immer ein Fehler auf Universitäten, daß man junge Aerzte approbiret, ehe sie noch Gelegenheit gehabt haben, Erfahrungen über Kinderkrankheiten zu sammeln. Gewiß die Sterblichkeit dieser Kleinen würde nicht so groß seyn; wenn unwissende Aerzte nicht den Wahn hätten, als wenn die Krankheiten derselben selten glücklich zu heben wären.

Außerdem ist noch ein Zimmer nöthig, wo der Lehrer sich mit seinen Schülern mündlich unterhalte; in welchem auch die pathologischen Präparate aufzubewahren, und die Leichenöffnungen zu machen wären. Indessen ist für letztere noch ein besonderer Ort höchst nothwendig, im Falle daß kein anatomisches Theater in der Nähe seyn sollte. Dieser dazu bestimmte Ort aber muß von den Krankensälen weit entfernt, und so eingerichtet seyn, daß ein Zuschauer dem andern nicht die Aussicht benehme...

Übrigens muß der Zutritt zur Klinik niemandem gestattet seyn, der nicht als Schüler aufgenommen ist, und einen Erlaubnißschein vom Professor vorzeigen kann.

### **Zweytes Kapitel: Von der Aufnahme der Kranken in die Klinik**

Es ist dem Gutdünken des Professors der Klinik ganz zu überlassen, welche Kranken er für seine Zuhörer am nützlichsten halte. Folglich sey es ihm erlaubt, sich aus dem großen Hospitale Kranke nach seinem Gefallen zu wählen. Indessen muß doch die Wahl hier nach einer gewissen Ordnung geschehen, indem von den leichteren Krankheiten zu den schwerern übergegangen, und das System der practischen Vorlesungen vorzüglich mit befolget wird.

Nachdem ein Kranker in die Klinik aufgenommen worden, so wird sein Name, Alter, Vaterland, und Krankheit in ein besonderes Buch eingetragen... Zu diesem Behufe hat in Pavia jeder Kranke noch seine besondere Tafel... Auf diese werden nun, außer den bereits genannten Gegenständen, die sowohl innerlich als äußerlich angewandten Mittel, die verordneten Diäten, und die vorzüglichsten Zufälle der Krankheit unter der Ueberschrift Status morbi, täglich aufgezeichnet... Nächst dem ist der Name des jungen Arztes mit anzumerken, der unter der Aufsicht des Lehrers, den Kranken behandelt, und die ganze Krankengeschichte, wie unten gesagt werden wird, aufzuschreiben hat.

Uebrigens... sind die jungen Leute gehalten, die äußerste Ehrbarkeit zu beobachten, um nicht den Kranken zur Verheimlichung einiger Umstände zu veranlassen, deren Kenntniß die Kur ausserordentlich erleichtern würde. Denn wenn das Publikum einmal von der guten Behandlungsart der Kranken in der Klinik überzeugt ist, so wie auch von der Aufmerksamkeit, womit man ihre Krankheiten zu heben sucht; so unterwirft es sich ohne Widerwillen den öffentlichen Untersuchungen von wohlgesitteten Aerzten, und opfert freywillig ein wenig Schamhaftigkeit der Gewisheit auf, daß man sich auf alle nur mögliche Weise ihre Krankheit zu heben bemühe.

### **Drittes Kapitel: Von den Pflichten eines Professors der klinischen Schule**

Es... sind hier Vorschriften zu geben, welche die innern Verwaltungen der Klinik betreffen, und die ein Vorsteher dergleichen Anstalt vollkommen inne haben muß.

Der erste Punct betrifft den Unterricht der jungen Aerzte in der Kunst Krankheiten zu heben, wo vorzüglich die Anwendung guter theoretischer Kenntnisse auf die Praxis zu zeigen ist, hierzu kann er sich folgender Methode bedienen.

Keinem Schüler darf der Lehrer gestatten, sich mit Heilung der Kranken zu beschäftigen, als der nicht schon hinlängliche Kenntniße der verschiedenen theoretischen Theile der Arzneykunde besitzt. Denenjenigen also, die noch die allgemeine Krankheitslehre treiben, mag es erlaubt seyn, dem Krankenexamen mit beyzuwohnen, und jeden Zufall zu beobachten. Denn dies ist gewiß der sicherste Weg, die Pathologie zu erlernen, wenn das Urbild der Natur unter der Anleitung des Lehrers beobachtet wird, wo sie sich in ihrer wahren Gestalt zeigt.

Während des Unterrichts gestattet er keine Zerstreung seiner Zuhörer, wodurch die wißbegierigen gestört und gehindert werden. Allen wird die Nothwendigkeit einer unverletzlichen Verschwiegenheit von den Geständnissen der Kranken eingeschärft, und sie werden dadurch gewöhnt, nie, von den physischen oder moralischen Fehlern, die ihnen die Kran-

(Fortsetzung Seite 845)





# ARZT UND ATHLET

SPORTMEDIZIN IN STADION UND PRAXIS

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 2

München, September 1971

6. Jahrgang

## Der Sportarzt heute – Eine Bestandsaufnahme

von K. Stucke

Wenn Sie mich fragen: Was ist denn eigentlich ein Sportarzt?, so komme ich schon mit dem Versuch, diese simple Frege zu beantworten, in eine Konfliktsituation. Aus der komplexen Natur des Sportes heraus gibt es keinen Sportarzt im Sinne eines „Fecharztes für Sport“. Das ist auch gut so! Ganz zweifellos würde damit eine dem Sport kaum dienliche Verflachung ärztlichen Tuns und Handelns einhergehen. So gibt es im allgemeinen nur vollausgebildete Ärzte, die sich aus den verschiedensten Gründen und Motiven und aus verschiedenen Provenienzen, meistens jedoch aus persönlichem Interesse oder aber auch aus örtlichen Notwendigkeiten heraus mit dem Sport beruflich befassen.

Die Sportmedizin umfaßt alle Bereiche der Medizin, der gesundheitlichen Vorsorge, des Versehrten-, Jugend- und Alterssportes, der Inneren Medizin, sie beschäftigt sich mit den Lehren und Erkenntnissen der Rehabilitation und der Belastungsfähigkeit des menschlichen Organismus unter normalen und speziellen Trainingsbedingungen. Sie schließt ferner ein weite Gebiete der Chirurgie und Orthopädie, die Versorgung von Unfällen, die Erfassung und Behandlung von Haltungsschäden; zum anderen aber ragt sie auch in die Grenzgebiete der Psychiatrie, der Psychologie, der Soziologie hinein, im ganzen eine bunte Palette von ärztlichen Notwendigkeiten und ärztlichen Verpflichtungen. Jeder Arzt ist von Haus aus in alle Bereiche des menschlichen Lebens, der Kirchen, der Politik, der Parteien, der Gewerk-

schaften und anderer Institutionen integriert. Aus der ganzen Fülle und Breite dieser Position entwickelt sich zwangsläufig die Notwendigkeit, auch zu den brennenden Problemen der Sportmedizin stets und immer wieder Stellung zu nehmen und diese Position fortlaufend zu überprüfen. So ist mir heute allenfalls vergnügt, einige Informationen zu geben, die uns alle besonders bewegen müssen und die vielleicht Denksätze schaffen, über die es sich dann lohnt, weitere Überlegungen einzustellen.

*Der Sportarzt gerät fast schicksalsmäßig schon deshalb in eine Konfliktsituation, da sich die sprunghafte Entwicklung des Sportes nicht immer und dann nur schwerlich mit der Verpflichtung zum ärztlichen Handeln und der ärztlichen Ethik in Übereinstimmung bringen läßt. Mit der Pervertierung und Kommerzialisierung des ganzen Sportlebens bis hin zur Show und anderen Entartungserscheinungen muß und soll der Sportarzt in irgendeiner Weise Schritt halten. Ja, darüber hinaus wird vielfach an ihn das Ansinnen gestellt, bedenklich erscheinende Entwicklungstendenzen des Sportes gleichsam ärztlich zu legitimieren.*

Hier muß man sich fragen, ob der Sportarzt – wenn man das einmal so sagen darf – nicht in seiner Grundsubstanz mißbraucht wird und ob ihm hier nicht eine nicht immer ganz redliche Alibifunktion aufgebürdet wird.

Einige Beispiele für viele mögen dieses unterstreichen: Nimmt man z. B. das hochaktuelle Thema des Dopings im Höchstleistungssport, so tut sich hier sofort ein bedenklich stimmendes Moment auf. Der Körper wird durch Pharmaka, Drogen und Medikamente zu maximaler Funktionstätigkeit angeregt und hochgepeitscht. Gehirn, Herz, Kreislauf, Leber, Nieren und der gesamte Stoffwechsel werden in einer einzigartigen Weise auf Hochtouren gebracht mit dem Ziel, eine maximale Leistung zu erreichen. Ernste Gesundheitsstörungen sind bekannt von Spitzenleichtathleten, Tenniscracks, Gewichthebern, Radfahrern und Boxern, denen man stark dosierte Medikamente gab, damit sie zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt mit Höchstleistungen aufwerten, die im internationalen Konzert bestehen können. Nationales Prestige, Ehrgeiz von Funktionären, Vereinsleitern usw., kommerzielle Gesichtspunkte, Eitelkeit und kühles geschäftliches Denken gehen hierbei zwanglos ineinander über.

### Rufer in der Wüste

Wenn der Sportarzt nun dazu aufgerufen wird, Auswüchse dieser Erscheinungen kraft seines Berufes, Amtes und seiner ärztlichen Verpflichtung zu bremsen, so wird er gleichsam zu einem Pharisäer oder zu einem Rufer in der Wüste, da im allgemeinen erst dann ärztliche Hilfe wirklich in Anspruch genommen wird, wenn sich reelle Gesundheitsschäden eingestellt haben und das Kind mit dem Bade ausgeschüttet ist. Keinerlei Dissonanzen treten auf, wenn die Leistung erreicht wird, die man sich erhofft hat, oder wenn man sich erheblich steigert, ohne daß hinterher irgendein Keter auftritt. Dann werden die ärztlichen Bedenken

gleichem als lächerlich abgetan und als Unkenrufe angesehen.

Aus der ärztlichen Verantwortung heraus muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß die fortlaufende Einnahme von Medikamenten sehr wohl zu einem Mißbrauch und einer Süchtigkeit führen können. Die Begriffe von Sucht, Doping, Gewöhnung und allem, was dazu gehört, sind arg ins Schwimmen geraten, und es besteht auch durchaus die Tendenz, sie hier sich auftuenden Zweifel mit Allgemeinplätzen zu zerstreuen oder jeweils eine subjektiv angelegte Interpretation zu finden. Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich hier um ein ernstes Problem für die Gesunderhaltung handelt, das man nicht verkleinern und damit abtun kann, daß es sich hier um etwas Vorübergehendes handelt. Eine mit Hilfe eines Dopingmittels erreichte Höchstleistung gibt verständlicherweise immer wieder Anlaß, erneut zu diesen Drogen zu greifen, insbesondere dann, wenn die Leistung nicht gehalten wird oder sich ein eklatanter Abfall einstellt. Dem Sportarzt ist es dann kaum noch möglich, sich mit seinen Bedenken gegen die zentralisierte Auffassung seiner Umwelt durchzusetzen. Seine Argumente, daß mit seinem Placet nicht wiedergutzumachende Schäden bei dem Sportler gesetzt werden können, verhallen nur allzuoft ungehört oder führen dazu, daß man versucht, sich eines anderen willfährigeren ärztlichen Kollegen zu versichern, der in dieser Hinsicht mehr „Großzügigkeit“ werten läßt.

#### Delikate Fragen

Alle diese Fragen sind, wie Sie ohne weiteres erlassen können, äußerst delikate. Wenn z. B. auf der einen Seite gefordert wird, alle Dopingmittel und Medikamente für den Amateursport kategorisch zu verbieten, so geht dies sicherlich zu weit.

Hier die Grenzen in einer tragbaren Form abzustecken und dieses Vorgehen mit seinem ärztlichen Gewissen vereinbaren zu können, ist deshalb so schwierig, da gerade in diesen Fragen nicht allenthalben Offenheit herrscht und die gesetzlichen Voraussetzungen recht schwankend sind. Wir müssen also bemüht sein, im Vertrauen zueinander und im Einvernehmen mit den Sportlern selbst und den Vereinen ganz klare sachliche Grundlagen zu schaffen und sich dann auch hierin zu halten.

Von höchst aktueller Bedeutung für den Sportarzt sind auch alle Probleme, die mit dem sogenannten Alterssport zusammenhängen. Bekanntlich werden je in zunehmendem Maße körperliche Tätigkeiten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit in mehr oder weniger sachlicher Weise von allen möglichen Instanzen lebhaft propagiert. Wir hören von konzertierten Präventivaktionen zur Vermeidung von Herzinfarkten, von Vorsorgemaßnahmen zur Vermeidung der Frühinvalidität, von „Trimm Dich gesund“ in der Wohlstandsgesellschaft. Der Bewegungsarmut, der mangelnden körperlichen Betätigung, dem überreichlichen Essen und anderen gesundheitlich ungünstig sich auswirkenden Verhaltensweisen werden heute im verstärkten Maße Maßnahmen zur Gesundheitserziehung entgegengesetzt.

Auf der anderen Seite besteht aber die Gefahr, auch hier wieder über das Ziel hinauszuschießen und Schaden zu setzen. Das schlechte Gewissen in unserer Wohlstandsgesellschaft, sich täglich neu präsentierend, das Unbehagen über die unerwünschte und nicht aufzuhaltende Gewichtszunahme, die beängstigenden Zahlen über die Zunahme der Zuckerkrankheit und des plötzlichen Herztodes werfen die Frage auf, wie diesen Überflüßerscheinungen Einhalt geboten werden kann. Der Appell an die Selbstdisziplin verhallt oft ungehört. Auf der anderen Seite versucht man, sich in kürzester Zeiteinheit durch eine „Kur“ in einem „Rehabilitationszentrum“ wieder fit zu machen. In Massenmedien werden Gesundheitsrezepte ausgegeben, bei denen nicht nur Diätzettel, sondern darüber hinaus die körperliche Betätigung als ein Allheilmittel angepriesen werden.

Die Umstellung vom Überflüßleben zu einer Karenz ist ärztlicherseits, wenn sie allzu plötzlich geschieht, bedenklich. Ist jemand überernährt und fängt nun plötzlich an, sich körperlich zu betätigen, Waldläufe zu absolvieren, in einem Trainingskollektiv Leistungen anzustreben, die er früher nie gebracht hat, so kann man nur warnen und zur Vorsicht raten. Man sollte sich der Zahlen erinnern die auf dem Deutschen Sportärztekongreß in Freiburg mitgeteilt wurden, daß nämlich bei den sogenannten Volksläufen fünf Personen verstorben sind, und daß andere hinter-

her unter sehr ernstzunehmenden Herz- und Gesundheitsschäden erkrankten. Besonders Altersläufe sollten, wie es z. B. in Bad Kissingen unter der Aufsicht von Professor SCHMIDT, Erlangen, geschieht, nur dann durchgeführt werden, wenn sie „Läufer“ vorher einer reinen ärztlichen Untersuchung zugeführt sind. Langsam sich steigendes Training bei gleichzeitiger Reduktion des Gewichtes sind unerläßliche Voraussetzungen für derartige Aktionen. Auch hier darf nichts übertrieben werden. Man möge sich davor hüten, sich allzu groben propagandistischen Einflüssen irgendwelcher Art zu unterwerfen.

#### Problema mit dem Skileuf

In abgewandelter Weise gelten die gleichen Bedingungen für eine weitere Sportart, die heute als Sportart Nummer eins angesehen werden kann, nämlich für den Skilauf. Heute laufen Millionen in aller Welt Ski, im deutschsprachigen Raum etwa 3 bis 4 Millionen. Gerade beim Skilauf besteht insbesondere für die „Flachländer“ die Gefahr vielfacher Verletzungsmöglichkeiten, die mit Dauerschädigungen einhergehen können. Bemerkenswert ist, daß vornehmlich gerade diejenigen Leute skilaufen, die das ganze Jahr über sich sonst körperlich nicht betätigen. Das Skilaufen gehört zum gesellschaftlich arrivierten Image, dem sich vielfach Angehörige von Bevölkerungskreisen hingeben, die sonst vom Sport weit distanziert leben. Skilaufen, gesellschaftliches Flair und soziales Prestige sind innig miteinander verknüpft.

Im vorelpinen und elpinen Raum ist ab November bis April der Skiunfall die Krankheit Nummer eins. Die moderne Art des Skilaufens, wie sie die Rennläufer und Pistenjäger betreiben, schickt sich nicht für jedermann. In dem Bestreben, es den Assen gleichzutun – ohne jedoch die nötigen körperlichen Voraussetzungen mitzubringen –, steigt die Frequenz an Skilunfällen von Jahr zu Jahr stetig an. Als negatives, fast paradox wirkendes Beispiel nicht immer richtig gelenkter körperlicher Betätigung kann u. a. der Skileuf bei den großen Ärztekongressen in Davos oder Gastein angesehen werden. Man weiß allzu wohl, daß eine Vielzahl der Ärzte, die an diesen Fortbildungslagergängen teilnehmen, durch Ski-

unfälle langfristig aus ihrem Berufsleben gerissen werden. Neben den Frakturen sind es insbesondere die Achillessehnenrisse, die in der heutigen Unfallchirurgie des Skisportes eine besondere Rolle spielen. Über andere Sportarten könnte man als Mediziner ebenfalls viel Bedenkliches vorbringen, so z. B. daß beim Fußballspiel das Konditionstraining ellzu wenig systematisch aufgebaut oder überhaupt nicht betrieben wird.

Durch die mangelnde körperliche Geschicklichkeit steigt die Häufigkeit der Unfälle beim Fußballspiel ganz ungemain an. Statistisch bemerkenswert ist die Tatsache, daß die meisten Fußballunfälle bei den kleinen Vereinen auf dem Lande passieren. Auf der anderen Seite sind gerade beim Fußballspiel, z. B. beim Berufssport, Überlastungsschäden durch einseitige Überbeanspruchung ganz bestimmter Körperpartien wohl bekannt, so z. B. die Läsionen des Meniskus. Hier wird man als Sportarzt immer wieder vor die Frage gestellt, ob eine operative Behandlung zweckmäßig ist oder ob man gar die weitere Sportausübung verbieten soll. Hier können jeweils nur individuell abgestimmte indikationen gestellt und entsprechende ärztliche Empfehlungen gegeben werden.

#### Umstrittenes Boxen

Ein weiteres gravierendes sportärztliches Problem ist das Boxen. Der Berufsboxsport in der Form, wie wir ihn heute erleben, ist sicherlich ärztlich als kaum noch tragbar anzusehen. Gerade bei den Langzeitkämpfen, bei denen es im Berufssport um hohe Summen geht, sind Dauerschädigungen am Gehirn unvermeidbar. Wir kennen eine Vielzahl von elten Profiboxern, die unter zerebralen Dauerschäden leiden, und die nicht mehr fähig sind, sich nach Ablauf ihrer sportlichen Tätigkeit im Berufsleben zu betätigen. Beim Amateurboxen sind die Dinge elnigermaßen geordnet. Hier wird nur mit entsprechenden Gewichten über kurzzeitige Runden geboxt. Der Kampf ist nicht so hart, die ärztliche Aufsicht ist meistens recht diszipliniert, so daß hier kaum Auswüchse zu erwarten sind. Dauerschädigungen bei Amateurboxern kommen in der Regel euch kaum vor.

Von ärztlicher Seite ist die Warnung abzugeben, daß die Krise im Boxsport nicht zuletzt durch Leichtsin-

hervorgerufen wird. Der Berufsboxer zögert — damit er im sogenannten „Geschäft“ bleibt — den Kampf weit hinaus, steckt oft groggy und em Rande des K. O. alles ein und nimmt dafür gesundheitliche Schäden in Kauf. Dem Boxarzt, dem die Verpflichtung obliegt, über die Kampffähigkeit des Boxers zu entscheiden, erwehchen hier ganz besonders schwere und heikle Aufgaben. Bricht er den Kampf allzufrüh ab, so muß er schon viel Zivilcourage aufbringen, um sich über der großen Menge, die den Fortgang des Kampfes fordert, mit seiner Entscheidung durchzusetzen. Die Situation des Boxsportarztes ist insbesondere deshalb nicht leicht, da die Angriffe gegen das Boxen, wie sie heute in vielen seriösen Zeitschriften und in Diskussionen vertreten werden, nicht unberechtigt sind.

*Jeder Arzt, dem die Gesundheit des Boxers am Herzen liegt, der andererseits über die möglichen Gesundheitsschädigungen bei der Sportausübung orientiert ist, hat hier eine verpflichtende Aufgabe und die Möglichkeit, seine sportärztliche Tätigkeit beson-*

*ders segensreich zu gestalten. Will man den Boxsport auch für die Zukunft erhalten, so muß man das Risikoprobem beim Boxen, zumindest beim Amateurboxen, so weit herabsetzen, daß von ärztlicher Seite her die volle Verantwortung für die weitere Ausübung des Boxsportes getragen werden kann.*

Ich habe ihnen heute nur in einem kurzen Überblick die Konfliktsituationen, in denen sich heute der Sportarzt befindet, aufzuzeigen versucht. Liebt men den Sport, dann muß man sich euch ernsthaft Gedanken machen, ob der Sport In seiner heutigen Form und Art und in seinen jetzigen Entwicklungstendenzen nicht dem ärztlichen Aufgabenbereich entgleitet. Rechtzeitig auf die Konflikte hinzuweisen, die sich hier auftun können, sehen alle verantwortungsvollen Sportärzte als ihre Aufgabe en und so wollen Sie auch die heutigen Ausführungen als einen Beitrag zu diesen Bemühungen ansehen.

Anschr. d. Vert.: Professor Dr. med. Kurt Stucke, Chirurgische Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus, 8700 Würzburg

#### Aus der Wissenschaft

## Ungenutzte Möglichkeiten sportlicher Leistungssteigerung: Kohlenhydrate und Kochsalz

von H. Gietzel

Wo von Ernährung und Leistungssport geredet wird, spricht men von Eiweiß und Vitaminen — und das fraglos mit Recht. Jede Konzentration fordernde körperliche und geistige Leistung wird mit eiweißreicher Ernährung besser bewältigt und eiweißreiche Kost ist Voraussetzung optimalen Muskelansatzes im Kreftraining. Mit Vitaminen sollte der Athlet ebenso versorgt sein wie der Nichtathlet. Dabei ist nur zu bedenken, daß der Bedarf an elnigen Vitaminen, z. B. Thiamin (B<sub>1</sub>), mit dem Energiegehalt der Kost ansteigt. Leistungssteigerungen durch Vitaminzulagen über das für optimale Versorgung notwendige Maß hinaus heben sich jedoch, entgegen weit verbreiteter Meinung, in methodisch ein-

wendfreien Untersuchungen nicht nachweisen lassen.

Unmittelbar bestimmend für die Leistungsfähigkeit sind die Kohlenhydrate der Nahrung. Seinen Energiebedarf deckt der Organismus zunächst mit schnell verfügbaren und leicht verbrennbaren Kohlenhydraten. Es ist daher zweckmäßig, beim Training einen hohen Kohlenhydratbestand anzustreben. Rechnet man beim trainierten Athleten mit einem Kohlenhydratbestand in der Leber und Muskulatur von 400 g = rund 1600 cal, dann ist zusätzliche Kohlenhydratzufuhr während der sportlichen Leistung nur bei Laufstrecken über 10 km, bei Skilauf über 18 km, bei Radfernfahrten usw. erforderlich (NÖCKER).

In neuerer Zeit hat ASTRAND bemerkenswerte Untersuchungen zu dieser Frage durchgeführt und gefunden: Labt man einige Tage kohlenhydratreich, dann wächst die Fähigkeit, schwere Muskelarbeit zu leisten. Am höchsten wird der Kohlenhydratgehalt der Muskulatur, wenn man durch langdauernde intensive Muskelarbeit die Kohlenhydratspeicher zunächst entleert und dann durch eine kohlenhydratreiche Kost wieder auffüllt. „Die zweckmäßige Vorbereitung für einen Lauf, der länger als 30 bis 60 min dauert, besteht darin, eine Woche vorher dieselben Muskeln bis zur Erschöpfung zu beanspruchen. Danach soll die Kost drei Tage lang fast ausschließlich aus Fett und Proteinen bestehen. Der Glykogengehalt der beanspruchten Muskulatur bleibt auf diese Weise gering. Im Anschluß daran gibt man dann die kohlenhydratreiche Kost während der übrigen Tage vor dem Lauf. Diese Kostführung ist für jeden empfehlenswert, der sich auf anstrengende Dauerleistungen vorbereiten will.“

Im gleichen Sinne sprechen andere Beobachtungen: Die Dauerleistungsfähigkeit ist unter fettreicher Kost schlechter als unter kohlenhydratreicher Kost. Die Fahrleistung am Ergometer bis zur Erschöpfung z. B. betrug nach 12 Tagen kohlenhydratreicher Kost (3 % Fettkalorien) 25, nach 12 Tagen fettreicher Kost (80 % Fettkalorien) nur 21 mkg/sec (NÖCKER). Der Wirkungsgrad der Muskulatur liegt bei fettreicher Kost tiefer (BERGHOFF und GLATZEL, MARSH und MURLIN, NÖCKER).

Alle diese Feststellungen galten selbstverständlich nur für die Bedingungen, unter denen sie ermittelt wurden, d. h. für langdauernde körperliche Beanspruchung ohne nennenswerte Beanspruchung der Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit. Offen bleibt, ob das Fett – Kohlenhydratverhältnis der Kost auch die Leistungsfähigkeit in Sportarten beeinflusst, bei denen es nicht auf Dauerleistungen, sondern auf konzentrierte und präzise koordinierte Leistungen innerhalb kurzer Zeit ankommt, bei denen der Energieverbrauch wenig ins Gewicht fällt (Kurzstreckenlauf, Hoch- und Weitsprung, Kugelstoßen u. ä.).

Fettreiche Kost ist volumenärmer als kohlenhydratreiche Kost und ist dadurch räumlich weniger bela-

stend. Sie enthält mehr anregend – belebende Riech- und Schmeckstoffe, ist nährhaltiger sättigend und weniger blähend. Konzentrierte geistige Leistung wird mit relativ fettreich-kohlenhydratarmer Kost offenbar besser vollbracht und das steigende Anteil des Fettes an den Gesamtkalorien, das sich für die vergangenen 100 Jahre in allen technisierten und urbanisierten Ländern verfolgen läßt, hat vermutlich darin eine Hauptwurzel. Der Gedanke liegt nahe, dieselbe Erfahrung könnte auch für Sportarten gelten, die hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit stellen und eine darauf ausgerichtete Ernährung könnte gerade hier die Leistungsfähigkeit verbessern. Anscheinend hat noch niemand diese Frage mit einwandfreien Methoden geprüft.

#### Eine Reserva ist nötig

Der Dauerleistungssportler soll nicht nur mit einem hohen Bestand von Kohlenhydraten in den Kampf gehen. Er muß auch während des Wettkampfes über ausreichende Mengen leicht verbrennbarer Kohlenhydrate verfügen. Hypoglykämische Erscheinungen wie Flaueit, Schweißausbrüche, Schwindel bei Rasenspieler und Leichtathleten, die mehrmals am Tag relativ kurzdauernd konzentrierte Leistungen vollbringen sollen, lassen sich mit kleinen Zuckermengen (20 bis 25 g) unschwer beseitigen. Traubenzucker (Glukose) hat den Vorzug, weniger süß zu schmecken und weniger durstig zu machen als Rübenzucker, Fruchtzucker und Invertzucker (= Gemisch von Rübenzucker und Fruchtzucker, z. B. im Honig).

Beseitigt man auf diese Weise die Hypoglykämiesymptome, dann wird der Athlet wieder leistungsfähig, wenn auch nicht im gleichen Maße wie zu Beginn. „Wenn die Glykogenvorräte erschöpft sind, ist es anscheinend unmöglich, mit derselben Intensität zu arbeiten wie wenn Glykogen verfügbar ist“ (ASTRAND). Diese Unmöglichkeit scheint darauf zu beruhen, daß der niedrige respiratorische Quotient, der aus hoher Beteiligung von Fetten an der Energielieferung resultiert – trotz kohlenhydratreicher Ernährung während des Trainings werden am Ende einer vierstündigen Leistungsperiode mehr Fette als Kohlenhydrate verbrannt –, nach der Glukosezufuhr nicht entsteht, obwohl die hypoglykämischen

Symptome beseitigt werden. In gleicher Weise läßt sich die geringere Dauerleistungsfähigkeit unter fettreicher Ernährung trotz unverändert tiefem respiratorischen Quotienten durch wenig Schluckzuckerwasser überwinden (CHRISTENSEN und HANSEN).

Die leistungssteigernde Wirkung des Zuckers ist nämlich wesentlich eine Gehirnwirkung: Die hypoglykämischen Symptome sind Zuckermangelsymptome des Gehirns, das, anders als der Muskel, nur Zucker als Energiequelle nutzen kann und auf Zuckerkonzentration angewiesen ist, wenn es optimal aktionsfähig sein soll.

Große Mengen Zucker können, vermutlich infolge reaktiver Hypoglykämie, die Leistungsfähigkeit drastisch vermindern (CHRISTENSEN und HANSEN). Als sehr viel geeigneter heben sich unmittelbar vor Wettkampfbeginn oder während der Dauerleistung „Pre-game-meals“ erwiesen in Form von Gemischen aus höheren und niedrigen Polysacchariden, Disacchariden und Monosacchariden, die teils unmittelbar resorbiert werden, teils Abbauprozesse von unterschiedlicher Dauer durchlaufen, bevor sie resorbiert werden. Ist dieses Gemisch zweckmäßig zusammengesetzt, dann ergibt sich eine langdauernde, gleichmäßige Resorption von Glukose ohne stärkere reaktive Hypoglykämie (Exercise, GLATZEL und RETTENMAIER, ROSE, KRASNOVA). Verweildauer im Magen und Resorption im Darm werden selbst durch langdauernde schwere körperliche Arbeit nicht beeinträchtigt (Exercise, FORDTRAN, SCHLOSSEL).

Von den Elementarnährstoffen ist vor allen anderen das Natrium in Form von Kochsalz für den Leistungssportler praktisch bedeutungsvoll. Kochsalz- und Wasserstoffwechsel hängen eng zusammen. Jeder Bergsteiger kennt die Salzkrusten im Gesicht bei anstrengender Bergtour und weiß, daß sein Schweiß in Strömen ausbricht, sobald er in diesem Zustand in langen Zügen Quellwasser trinkt. Die Erklärung: Der kochsalzarm gewordene Organismus kann das reine Quellwasser nicht mehr binden. Unter Mitnahme von Kochsalz scheidet er es durch Harn und Schweiß rasch wieder aus. Er wird auf diese Weise noch wasserärmer als vor dem Trinken und sein Durst ist größer als zuvor. Mit ande-

ren Worten: Viel trinken macht Durst. Ein anderes Beispiel ist der „Brend“ nach dem Bierabend. Der Genuß großer Mengen natriumärmster Flüssigkeit wie Bier führt zu ebundanter Wasserdiurese, und, da die Niere kein reines Wasser ausscheiden kann, gleichzeitig zu Natriumdiurese und Natriumverlusten. Der Durst am anderen Morgen kann nur gestillt, der infolge des Natriumverlustes reduzierte Wasserbestand nur ergänzt werden durch gleichzeitige Zufuhr von Wasser und Kochsalz. Der Salzhering erfüllt hier eine therapeutische Funktion. Selzmandeln, Salzstangen und gesalzene Rettiche erfüllen in ähnlicher Weise prophylaktische Funktionen.

Wie der Bergsteiger kann auch der Längstreckenläufer, der Skiläufer, der Fußballspieler, der Ruderer, überhaupt jeder, der sich längere Zeit intensiv sportlich anstrengt, mit seinem Schweiß erhebliche Mengen Kochsalz verlieren. Die Symptome des Kochsalzmangels sind der ärztlichen Erfahrung seit langem bekannt. Bei gesunden Menschen – Bergleuten, Schiffselzern und anderen Hitzeschwerarbeitern – entwickeln sich schwere, unter Umständen tödliche Krankheitserscheinungen, wenn sie durch profuses Schwitzen in kurzer Zeit viel Kochsalz verlieren. Dabei steigt gleichzeitig mit der Schweißmenge auch die Natriumkonzentration des Schweißes. Auf der anderen Seite gibt es eine Art Gewöhnung: Wer gewohnheitsmäßig stark schwitzt, scheidet einen weniger kochsalzhaltigen Schweiß aus als der des Schwitzens Ungewohnte und in berühmt gewordenen Untersuchungen von DILL sank die Natriumkonzentration des Schweißes innerhalb von vier Tagen von rund 60 auf rund 30 mg/100 ml.

Die dramatischste Form des akuten Kochsalzmangels sind die Hitzekrämpfe (Heatcramps). Die ersten Berichte kamen 1878 aus den Goldminen von Virginia. Die Krämpfe beginnen mit spastischen Kontraktionen in verschiedenen Muskelgruppen, die sich in kurzen Zeitabständen wiederholen und fortlaufend verstärken. In einem Fall ist die Finger- muskulatur, im anderen die Arm- und Beinmuskulatur zuerst ergriffen. Jede Erschütterung und Abkühlung verschlimmert den schmerzhaften Zustand. Die Körpertemperatur steigt und nicht selten geht der Kranke in

diesem Stadium zugrunde. In anderen Fällen kommt es zu Leistungsschwäche bis zur völligen Erschöpfung und Apathie, Übelkeit, Kreislaufschwäche, ziehenden Muskelschmerzen, Verwirrheitszuständen, Benommenheit und tonisch-klonischen Krämpfen. „Jeder Patient, der lediglich Kochsalzlösung bekam, war noch vor Ende der Infusion von Krämpfen frei“ (TALBOTT).

Am instruktivsten für die Kenntnis der Symptomatik chronischen Kochsalzmangels sind Selbstversuche des Biochemikers McCANCE der über Monate hin kochsalzfrei lebte, gleichzeitig die Kochsalzabgabe durch Schwitzbäder steigerte und als Mangelerscheinungen steigender Intensität feststellte: körperliche und geistige Mattigkeit, Unlust, Übelkeit, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, einen „merkwürdigen Geschmacksverlust“, d. h. eine Abstumpfung des Geschmacks- und Geruchssinnes, die zur Folge hatte, daß sich eine Kartoffel geschmacklich nicht mehr von einer Birne unterscheiden ließ und Zigaretten ihren Flavour verloren hatten.

Objektiv fanden sich verminderter Wassergehalt des Blutes bei vermindertem Natrium- und Chloridgehalt, vermindertes Blutvolumen, erhöhter Harnstoffgehalt bei erhaltener Konzentrationsfähigkeit der Nieren, erhöhte Alkalireserve des Blutes, dagegen keine Abnahme von Magensekretion und Blutdruck. Grundsätzlich die gleichen subjektiven und objektiven Erscheinungen haben andere Untersucher gesehen. Nächtliche Muskelkrämpfe, die sich durch Kochsalz prompt beheben lassen, kennt man auch als Folge kochsalzärmster Ernährung aus therapeutischen Gründen.

#### **Keine einwandfreien Untersuchungen**

Wie oft Kochsalzmangelzustände bei Athleten vorkommen, wissen wir nicht. Einwandfreie Untersuchungen scheinen nicht vorzuliegen. Da man bei Bergleuten und bei Soldaten in heißen Ländern einen Kochsalzmangel als leistungsmindernden Faktor zu denken pflegt, sollte der Kochsalzmangelzustand auch bei Athleten Beachtung finden. Für Bergleute in Europa erübrigen sich in der Regel Kochsalzzuflüge, weil die Zwischenmahlzeiten während der Schicht als Ersatz für das mit dem Schweiß ausgeschiedene

Kochsalz genügen. Kochsalzangereicherte Getränke haben eis erste die Italiener ihren Soldaten während des italienischen-äthiopischen Krieges gegeben. Und Kochsalz enthielt auch das „Zitronensäure-Marschgetränk“ für das Afrikakorps der Deutschen Wehrmacht des zweiten Weltkrieges.

Einen Hinweis darauf, daß Kochsalzmangel, wiewohl als solcher nicht erkannt, auch die Leistungsfähigkeit des Sportlers mindern kann, gibt vielleicht die bekannte Regel, daß man auf dem Sportplatz nicht viel trinken soll, weil starkes Schwitzen die Folge des Trinkens ist und „Kräfte kostet“. Von sportärztlicher Seite kann man die Mahnung hören: Lebt trocken und dadurch erfolgreicher. Geht es hier nicht um dasselbe wie bei dem Bergsteiger, der mit seinem Schweiß Kochsalz verliert und um so weniger leistungsfähig wird, je mehr Wasser er trinkt? „Lebt trocken“ meint also: Vermeidet Kochsalzverluste durch starkes Schwitzen! Nach dem, was wir jetzt wissen, ließe sich wahrscheinlich das gleiche Ziel der Erhaltung der Leistungsfähigkeit dadurch erreichen, daß man den Athleten in irgendeiner Form Kochsalz gibt und sie im übrigen ihren Durst stillen läßt.

Zu leicht gerät bei dem „lebt-trocken“-Gebot die Tatsache außer Acht, daß unzureichender Ersatz von Wasserverlusten zu Temperaturerhöhung und Leistungseffall führt (WYNDHAM und STRYDOM). Die Wasserverluste bei sportlicher Arbeit können 4 kg erreichen. Bei Fußballspielern sollen sie zwischen 0,9 und 3,0 kg, bei Ringern und Boxern zwischen 0,9 und 1,8 kg liegen. 1 kg Schweiß enthält i. M. immerhin rund 1,3 g Kochsalz. Läßt man in Hitzeversuchen die Versuchspersonen nach Belieben trinken, dann entspricht die Wasserzufuhr im Durchschnitt ziemlich genau dem Wasserverlust. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, daß erfahrene Hitzearbeiter durch Wasseraufnahme während der Arbeitszeit das „Ersatzsoll“ nur selten überschreiten, in der Regel aber hinter ihm zurück bleiben und das Defizit erst nach Arbeitende ausgleichen. Man wird deshalb annehmen dürfen, auch der Athlet trinke nicht übermäßige Mengen, wenn man ihm die Wasserzufuhr freistellt.

Die Bedeutung des Kochsalzes liegt nicht allein in seinen Beziehungen zum Wasserhaushalt. Kochsalz ist

gleichzeitig eines der verbreitetsten und unentbehrlichsten Gewürze. In diesem Zusammenhang sei noch ein Wort über die Bedeutung eines anderen landesüblichen Gewürzes für die sportliche Leistungsfähigkeit gesagt: Über das Capsicumgewürz, das heißt den Paprika und die Chillies (roter Pfeffer, Cayenne-Pfeffer). Von den Beziehungen zwischen Gewürzen und sportlicher Leistungsfähigkeit wissen wir noch weniger als von den therapeutischen Wirkungsmöglichkeiten dieser Jahrtausende alten Nahrungs- und Arzneistoffe. Von den Capsicumgewürzen, speziell von den Chillies, wissen wir aber, daß sie die periphere Durchblutungsintensität steigern, das Herzschlagvolumen erhöhen und Abspannung und Müdigkeit überwinden helfen können. Die chiliereiche mexikanische Sangrita erhöht im psychologischen Test ganz eindeutig auch die Konzentrationsfähigkeit. Man sollte, wo es um Leistungssteigerung geht, vielleicht auch solche Möglichkeiten nutzbar machen.

In den Diskussionen um sportliche Leistungsfähigkeit und steigende Weltrekorde geht es gewöhnlich um die optimale Technik der speziellen sportlichen Übung und die technischen Hilfsmittel. Wo es um die körperliche Verfassung des Athleten geht, steht die Frage der Dopingmittel allen anderen voren. Unter dem Eindruck industrieller Werbung hört man höchstens noch von jenen leistungssteigernden Fähigkeiten der Vitamine, die sich bei kritischer Prüfung als frommer Glauben erweisen. Außer Frage steht jedoch, daß durch Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und planmäßige Erforschung der ernährungsphysiologischen Voraussetzungen optimaler Leistungsfähigkeit neue Möglichkeiten geschaffen werden können, um die physische und psychische Leistungsfähigkeit des Athleten auf ein individuell erreichbares Höchstmaß zu steigern.

#### Literaturverzeichnis

- ASTRAND, P. O.:  
Diet and athletic performance. Fed. Proc. 26, 1772. 1967.
- BERGHOF, A. und H. GLATZEL:  
Auswirkungen von Kostformen verschiedenen Fettgehaltes auf den menschlichen Organismus. II Energieumsatz und Leistungsfähigkeit am Ergometer. Med. Pharmacol. exp. 12, 157. 1965.
- CHRISTENSEN, H. und O. HANSEN:  
Arbeitsfähigkeit und Ernährung. Skand. Arch. Physiol. 81, 160. 1939.
- DILL, D. B., F. G. HALL und H. T. EDWARDS:  
Changes in composition of sweat during

- acclimatization to heat. Amer. J. Physiol. 123, 412. 1938.
- Exercisa and gastrointestinal absorption in human beings. Nutrit. Rev. 26, 167. 1968.
- FORDTRAN, J. S. und P. SALTIN:  
Gastric emptying and intestinal absorption during prolonged exercisa. J. Appl. Physiol. 23, 331. 1967.
- GLATZEL, H. und G. RETTENMAIER:  
Die Blutzuckerragulation nach einer Konzentrationahrung (Pregame-meal). Vergleichende Untersuchungen bei Muskearbeit. Schweiz. Z. f. Sportmedizin 11, 126. 1963.
- KRASNOVA, A. F. und N. R. CHAGOVEC:  
Effects of the use of malt extract on biochemical changes in the blood of athletes during physical exarcsises of different types. Vop. Pitan. 21, 37. 1962.
- McCANCE, R. A.:  
Medical problems in mineral metabolism. III Experimental human salt deficiency. Lancet 1936 I, 823.
- MARSH, M. E. und J. R. MURLIN:  
Muscular efficiency on high carbohydrate and high fat diets. J. Nutrit. 1, 105. 1928.

- NOCKER, J. und H. GLATZEL:  
Die Ernährung des Sportlars. Bd. 1 der Schriftenreihe des Ausschusses für wissenschaftl. und methodische Förderung des Leistungssportas im NOK. 1964.
- ROSE, K. D., P. J. SCHNEIDER und G. F. SULLIVAN:  
A liquid pregame — meel for athletes. J. Amer. Med. Ass. 178, 30. 1961.
- SCHLDSSEL, H. und H. SPECHTMEYER:  
Fattresorption bei trainierten und untrainierten Personen in Ruhe und unter körperlicher Belastung. Med. u. Ernährg. 5, 224. 1964.
- TALBOTT, J. H.:  
Heat cramps. Medicine 14, 323. 1935.
- WYNDHAM, C. H. und N. B. STRYDOM:  
The danger of e inadequate water intake during marathon running. S. African Med. J. 43, 893. 1969.

Anschrift d. Vert.: Professor Dr. med.  
Hans Glatzel, 2401 Groß-Grönaul/  
Lübeck, Muggenbuscher Weg 5

### Der Kommentar

**in dieser Spalte werde ich in Zukunft Themen, die uns Sportärzte und den Bayerischen Sportärzte-Verband besonders interessieren, ansprechen. Durch die sehr weite Verbreitung unseres neuen Blattes glauben wir, hier ein besseres Echo zu finden wie bisher, wo wir nur einen geringen Teil der Öffentlichkeit, der Ärzte, aber auch der Vereinsfunktionäre erreichen konnten. Wir werden Themen bringen, die uns sowohl als Sportler wie auch als Ärzte auf den Nägeln brennen.**

Das Organisationsbüro Trimmspiele in Frankfurt/Main, Oberlindau 9, gibt bekannt, daß Volkssportwettbewerbe in vielen Sportarten und möglichst an jedem Wochenende die Ziele und Aufgaben sind, die sich der Deutsche Sportbund als Schwerpunkt für seine erfolgreiche Trimm-Aktion im Jahre 1971 gesetzt hat.

Folgende Veranstaltungen sind darin erwähnt: Volkswandern, Volkslaufen, Volksgen, Volksturntag, Volksski laufen, Volksradfahren, Volksschwimmen, Volkswettbewerbe in Kegeln und Bowling, Volksleichtathletiktag, Amateurtanzturnier u. e. Weitere Volkswettbewerbsarten sollen erarbeitet werden. Viele meiner Kollegen und ich sind seit Jahren bei den Volkswettbewerben, sowohl in organisatorischer Richtung als auch in Überwachung und aktiver Teilnahme tätig. Wir wissen, daß die Volkssportwettbewerbe eine gute Möglichkeit sind, andere Kreise zum Sport und zur aktiven eigenen Bewegung zu bringen und einen wesentlich größeren Bevölkerungsanteil anzusprechen.

Nach anfänglichen Widerständen in einzelnen Fachverbänden hat sich

zunehmend auch der DSB dieser Sache angenommen, worüber wir sehr erfreut sind. Wir sind gerne bereit, dabei aktiv mitzuwirken. Etwas verwundert bin ich, daß die illustrierte „Quick“ hier zur Förderung eingeschaltet wurde. Ich glaube nicht, daß der DSB Werbeträger für eine illustrierte sein sollte. Bisher haben wir die Veranstaltungen, an denen jedes Jahr einige 100 000 Menschen teilnehmen, ohne finanzielle Unterstützung seitens des Staates oder einer sonstigen Organisation durchgeführt. Sicherlich ist uns der DSB und jede Unterstützung auch weiterer Volkssportveranstaltungen sehr angenehm. Aber die Einschaltung einer illustrierten würde viele unserer Idealisten, die jeden Sonntag organisieren oder laufen, abschrecken.

Nützlich erscheint uns, ein Flugblatt herauszugeben, das von der sportlichen und medizinischen Seite her auf die Notwendigkeit und die Nützlichkeit der eigenen aktiven Betätigung sowie der Volkssportwettbewerbe hinweist. Dies könnten wir sicherlich im Rahmen des Reklame-etats der Trimmspirale durchführen. Die Aktion „Trimm Dich“ hat sehr

großen Anklang gefunden und wir haben den Eindruck, daß man dies auch weiterführen sollte. Allerdings glaube ich, daß man die Werbung nun mehr gezielter durchführen sollte. Man kann — nach meiner Ansicht — nicht mit denselben Methoden an der Wasserkante für Sport und Spiele werben wie im Allgäu. Abgesehen davon, daß auch die Sportarten an diesen beiden Stellen recht verschieden sind.

*Gleichzeitig müßte man differenzieren für die Werbung auf dem Dorf und die Werbung in der Stadt. Es gibt auch bestimmte Veranstaltungen jeder Region, wo wir die Teilnehmer gesondert und extra ansprechen sollten. Ich möchte glauben, wenn man mindestens einen Teil des Werbeetats den BLSV-Bezirksvorsitzenden zur Verfügung stellen würde, daß der Effekt viel deutlicher sein würde.*

*Der Sport ist kein Industrieprodukt, das in derselben Art und Weise von Alt und Jung, von Männern und Frauen und ohne Rücksicht auf die Landschaft verwendet werden kann. Ein sehr differenziertes Angebot würde hier auch einen größeren Effekt erzielen.*

Dr. Eugen Gossner

### Kurz und interessant

1132 Ärzte aller Fachrichtungen haben dem Organisationskomitee ihre Mitarbeit bei den Olympischen Spielen angeboten. Etwa ein Drittel davon wird für das Medizinische Zentrum benötigt, das in fünf Etagen eines Hauses im Olympischen Männerdorf eingerichtet wird. Die Ärzte werden tag- und Nachtdienst haben. 38 Krankenbetten stehen zur Verfügung. Diese Diagnosestation wird nach den Spielen der ärztlichen Betreuung der Bevölkerung dienen.

✧

Olympische Spiele werden immer mehr als nur sportliche Wettkämpfe. Sie sollen mit dem gesellschaftlichen Leben ihrer Zeit verbunden sein und haben deshalb von jeher die Beziehung zu Kunst und Wissenschaft ge-

sucht. So wird es euch 1972 in München sein.

Der Deutsche Sportbund schreibt daher aus Anlaß der Münchener Spiele seinen Carl-Diem-Wettbewerb 1972 für Wissenschaftler aller sportlichen Sechsbereiche zum ersten Mal international aus.

Das Jahr 1972 ist für den Carl-Diem-Wettbewerb gleichzeitig ein Jubiläumsjahr. Die Plakette wurde 1952 zum 70. Geburtstag von Professor Carl Diem (Deutsche Sporthochschule Köln) gestiftet. Die in den vergangenen 20 Jahren mit der Plakette ausgezeichneten Arbeiten können als Grundwerke der Sportwissenschaft bezeichnet werden.

✧

Wichtige neue Erkenntnisse über das Verhalten des Menschen in großen Höhen hat die Expedition vermittelt, die Ende März in Santiago de Chile zu Ende ging. Unter der Leitung des Berliner Arzt-Ehepaars Dr. ALBRECHT haben 18 deutsche Wissenschaftler — unter ihnen 7 Frauen — zusammen mit 36 chilenischen Soldaten als Versuchspersonen von Februar bis März rund 100 000 Meßdaten gesammelt.

Ziel der Expedition war es, mit neuen chemischen Substanzen die Akklimatisation bei Höheneufenthalt zu beschleunigen und mit Hilfe von erstmals verwendeter synthetischer Nahrung exakte Bilanzen des Stoffwechsels aufzustellen. In vier verschiedenen Höhenstufen von Meereshöhe bis zu 5500 Meter in den chilenischen Hochkordillern bei La Serena wurden Untersuchungen in einem 20 Tonnen schweren, zerlegbaren Speziallabor aus Kunststoff vorgenommen.

### Aus den Bezirken

#### Sportärztliche Untersuchungen in Unterfranken

In den Monaten Februar und März 1971 wurden von der sportärztlichen Beratungsstelle untersucht:

##### Im Monat Februar (5 Abende)

Sportbund deutsche Jugendkraft (DJK)	4	4
Turngemeinde Würzburg	15	15
Würzburger Ruderverein von 1875	9	9
Hochschulinstitut für Leibesübungen (Hifl)	14	12
	<u>42</u>	<u>40</u>

Davon: wettkampffähig 33  
sporttauglich 7

Gesamtergebnis vom Jahre 1958 bis einschließlich Februar 10 827

##### Im Monat März (8 Abende)

Deutsche-Lebens-Rettungsgesellschaft (DLRG)	11	10
Eisenbahn-Turn- und Sportverein (ETSV)	25	9
1. Würzburger Fußballverein	04	5
1. Würzburger Judo-Club	1	1
Sportbund deutsche Jugendkraft (DJK)	48	17
Turngemeinde Heidingsfeld	1	1
Turngemeinde Würzburg	11	8
	<u>102</u>	<u>51</u>

Davon: wettkampffähig 23  
sporttauglich 27  
vorübergehend  
sportuntauglich 1

Gesamtergebnis vom Jahre 1958 bis einschließlich März 10 878

### Bezirkssportärzte in Bayern

**Obb.:** Dr. med. Franz Schlickerieder, 8000 München 90, Schönstraße 2

**Ndb.:** Dr. med. Otto Fahrholz, 8390 Passau, Schanzweg 3

**Schw.:** Chefarzt Dr. Christian de Werth, 8959 Schwangau, Kurklinik

**Opt.:** derzeit nicht besetzt!

**Ofr.:** OSTA Dr. med. Ernst A. Struck, 8580 Beyreuth, Amfortasweg 11

**Mfr.:** Dr. med. Günther Glatthaar, 8500 Nürnberg, Klausenburger Straße 55a

**Ufr.:** Reg. Med. Dir. Dr. Hugo K. Vierheilg, 8700 Würzburg, Walter-von-der-Vogelweide Nr. 19

## Termine

### Wochenendseminar in Schwaben

Am 2./3. Oktober 1971 werden wir in der Kur-Klinik Schwangau für den Bezirksverband Schwaben und auch für die übrige Ärzteschaft unser traditionelles Oktober-Wochenendseminar in Schwangau durchführen.

**Leitthema:** „Leistung und Umwelt“ — Probleme der internistischen Prävention und Rehabilitation

Anmeldung: Dr. Christian de Werth, 8959 Schwangau

### Deutscher Sportärzte-Kongreß vom 14. bis 17. Oktober 1971 in Würzburg

Vom 14. bis 17. Oktober 1971 findet der diesjährige Sportärzte-Kongreß in Würzburg statt.

**Thema:** Sport und Training im Kindes- und Jugendalter

**Tagungsort:** Anatomisches Institut der Universität Würzburg, Koellikerstraße

**Auskunft und Anmeldung:** Professor Dr. K. Stucke, Chirurgische Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus, 8700 Würzburg

### Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes e.V. in Bayern

#### Fortbildungskurse in praktischer Sportmedizin 1971 (LENHART-Kurse)

**16./17. Oktober:**

**Tagungsthema:** Radsport; Schulsport

**20./21. November:**

**Tagungsthema:** Altersport; Leichtathletik

Tagungsbeginn jeweils Samstag um 9.30 Uhr; Ende Sonntag 13.00 Uhr in der Sportschule München-Grünwald.

Mitzubringen: Sport- und Badebekleidung

Begrenzte Teilnehmerzahl (25 Teilnehmer)

Anmeldeschluß: 1 Woche vor Tagungsbeginn.

Die Kurse werden in Zusammenarbeit mit erfahrenen Übungsleitern, Sportlern (Demonstrationen) und Sportärzten unter Berücksichtigung der anatomischen, pathologischen und therapeutischen Grundregeln durchgeführt und ergänzt durch praktische Übungen.

## Achtung! Adressenänderung der Geschäftsstelle

Ab 1. Juli 1971 befindet sich die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes in

**8000 München 19, Nymphenburger Straße 81**

Geschäftszeiten: Montag von 14.00 bis 18.00 Uhr

Mittwoch von 14.00 bis 18.00 Uhr

Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr

Neue Telefonnummer: (08 11) 18 35 03

Anmeldung: Dr. med. Peter Lenhart, 8000 München 21, Riederhofweg 3, Telefon (08 11) 58 57 91

### Seminar

#### „Internistische Sportmedizin“

am 12./13. November 1971 in Erlangen

Am 12./13. November 1971 findet ein Seminar „Internistische Sportmedizin“ in Erlangen statt.

Anmeldung: Professor Dr. Schmidt, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Sportmedizinische Abteilung, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

## Bücherecke

### Doping

Vom DSB wurde eine Broschüre „Doping — Pharmakologische Leistungssteigerung und Sport“ mit der derzeitigen gültigen Liste für Dopingmittel herausgegeben. In dieser Broschüre sind gleichzeitig die Rahmenrichtlinien zur Bekämpfung des Dopings veröffentlicht.

Die Broschüre kostet DM 4,— und kann beim Deutschen Sportbund, 6000 Frankfurt/Main, Arndtstraße 39, angefordert werden.



ROR WOLF: „Punkt ist Punkt. Fußball-Spiele“. Suhrkamp Verlag, Frank-

furt/Main, 1971, zahlreiche Fotos, 80 S., DM 10,—.

Ror Wolf, der sich vor einiger Zeit in der Sprachcollage über einen Bundesligaspieltag schon einmal mit der Sportberichterstattung befaßt hat, geht in seinem neuen Buch der Sprache des Sports ausführlicher und intensiver auf den Grund. Aus der reichhaltigen Phraseologie von Fußballreportagen bastelt er seine Stücke und Gedichte zusammen. So entsteht eine Verdichtung, welche die Sprache in ihrer Abgegriffenheit und Brutalität entlarvt, was gleichzeitig Betroffenheit und Vergnügen hervorruft. Kritik und Spaß halten sich bei solcher Verfremdung die Waage.



### München 72

Bilder und Daten zu den Olympischen Spielen 1972. 296 S., 250 Abb., davon 96 Seiten zweifarbig, 16 Farbabbildseiten, Großformat 22 x 30 cm, fester mehrfarbiger Einband, laminiert. DM 24,—. Carl-Habel-Verlag.

Ausgezeichnet mit dem Prädikat: „Das gute Sportbuch“ von Deutschlands größter Sportzeitschrift „Der Kicker“. Ein Buch, in dem alle wissenswerten Informationen und Daten für die Olympischen Spiele 1972 zusammengetragen sind. Ein Report über das „größte Fest der Welt“ mit Rückblick bis zu den Olympischen Spielen 1896 in Athen.

Bayerischer Sportärzte-Verband e.V.

**Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.:** Chefarzt Dr. Eugen Gossner, 8901 Zusmarshausen, ZusemKlinik, Telefon (0 82 91) 461

**Geschäftsstelle:** 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 18 35 03 (Dienstzeiten: Montag und Mittwoch von 14.00 bis 18.00 Uhr und Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr)

**Konten:** Postscheckkonto München 555 54; Münchner Bank GmbH, 8000 München 2, Briener Straße 53, Konto-Nr. 4950

**Geschäftstellenleiter:** Dr. Wilhelm Funke, Fächerarzt für Innere Krankheiten (jeden Mittwoch von 15.00 bis 17.00 Uhr anwesend)



ken offenbahret, und anvertrauet worden sind, Gebrauch zu machen. Ueberdies wird der Lehrer vorzüglich aufmerksam seyn, daß jeder Schüler seine Pflicht gegen den ihm anvertrauten Kranken, auf das genaueste erfülle...

In den ersten Wochen zwecket der Unterricht vorzüglich dahin ab, die Art und Weise deutlich zu zeigen, wie die Kranken zu befragen sind, wie der Ursprung ihrer Leiden gehörig mittelst der sinnlichen Empfindungen, erforschet werden könne, und wie jeder Zufall der Krankheit aufs schärfste zu beobachten sey. Er wird ihnen die günstigste Lage zeigen, worinne der Kranke auszufragen sey; ferner die Ordnung, in welcher die Fragen auf einander folgen müssen, um die Verwirrungen zu vermeiden, die aus unordentlichem und unzweckmäßigem Befragen entstehen...

Anfänglich befragt er daher seine Kranken allein, nachher in Gegenwart seiner Schüler. Nach einer bestimmten Zeit theilet er seinen Schülern die Ausforschung der Kranken mit, indem er sie auf die Fragen hilft, welche hätten gemacht werden können; oder die sie in einer weniger bequemen Ordnung gemacht haben. Er ist bey diesem ganzen Examen mit aller Aufmerksamkeit auf die Entdeckung der Krankheitsursache bedacht; und nachdem er den ganzen Verlauf der Krankheit vom Patienten erfahren hat, so trägt er nunmehr das vollständige Resultat der ganzen Erzählung des Kranken vor...

Wenn nun der ganze Verlauf der Krankheit auf diese Art vorgetragen ist, so betrachtet der Lehrer die wesentlichen Zufälle zusammen, um seine Diagnose zu machen, und die Krankheit nach einem nosologischen Systeme, welches er für das beste hält, unter eine Klasse und Geschlecht zu bringen. Nach festgesetzter Diagnose geht er nunmehr zur Prognose über, nimmt hier auf ältere sowohl, als auf seine eigene Erfahrung Rücksicht... Vor allem aber zeigt er den jungen Aerzten, wie sie die Vorhersagung in Krankheiten als ein eigenes Studium betrachten müssen... Aus allen diesen zieht nun der Lehrer jene praktischen Folgen, welche den Grund,

sämmtlicher Heilanzeigen, der eben erforschten Krankheit ausmachen.

Nachdem nun der Lehrer auf diese Art durch Beyspiele bewiesen hat, wie ein guter Practiker am Krankenbette verfahren müsse; so überläßt er es nunmehr denen geübtern unter seinen Schülern, sich selbst zu üben, und zwar nicht nur in Erforschung des Kranken, sondern auch in der Fertigkeit, die Krankheit richtig zu erkennen, ihre Ausgänge gehörig vorherzusehen, und die Heilanzeigen genau zu bestimmen. Es wird daher den Urtheilen seiner Schüler Einwürfe entgegengesetzt, deren Auflösung sie entweder in ihrer Meynung bestätigen, oder auf ein schärferes Urtheil leiten wird. In schweren Fällen kann er das Gutachten mehrerer seiner Schüler verlangen, und sie so an medicinische Consulte allmählich gewöhnen. Durch dergleichen Uebung, wird sowohl das praktische Talent eines jeden einzelnen, als auch die Weise, wie jeder eine und dieselbe Krankheit betrachtet, sehr bequem zu erforschen seyn.

Nach festgesetzten Heilanzeigen, schlägt der Schüler die erforderlichen Mittel vor, und so verbessert der Lehrer die Fehler mit Nachsicht, zeigt ihm den besseren Weg. Nächst dem übt er auch seine Schüler in Berichten, die ihm von Zeit zu Zeit über den gegenwärtigen Zustand der Krankheit, gegeben werden.

Auf ähnliche Art veranlasset er einige seiner Schüler Aufsätze zu medicinischen Berathschlagungen allmählig zu liefern, welche hernach andere beantworten, und ihre Meynung darüber mittheilen. Denn dies ist eine sehr bequeme Methode, schriftliche Consilia, besonders über schwere Fälle, erthellen zu erlernen.

Zu Edinburg hält der Professor der Klinik wöchentlich eine praktische Vorlesung über die wichtigsten im Hospitale beobachteten Krankheiten. Ob nun zwar dergleichen Unterricht sehr vortrefflich ist, und noch gelehrter seyn kann, als derjenige, welchen der Lehrer unmittelbar am Krankenbette giebt, indem er sich zu einem ähnlichen Vortrage nicht hat vorbereiten können; so habe ich doch immer geglaubt, daß dieser Unterricht nicht den Eindruck auf den jungen Arzt machen



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

# 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:  
Aminopirazon,  
Phenyldimethylpyrazolon,  
Phenacetin 85 0,15/0,3 g,  
Coffein 0,05/0,1 g.

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

Schmerzerlebnis verlangt  
nach Schmerzbefreiung



MED  
Pflüger  
Berlin 31



kann, als derjenige wobey er, mit seinen Augen die Krankheit wovon der Lehrer redet, betrachtet. Denn auf diese Art wird der Schüler auch durch die kleinste Erscheinung mehr gerühret, als durch eine bloß wörtliche, auch noch so beredte, Erzählung der Krankheit. Auch wird der Professor seinen Schülern die große Kunst lehren, zu zweifeln, und die Entscheidung der wahren Natur der Krankheit abzuwarten; indem sich auf letztere sämtliche Heilanzeigen gründen.

#### 4. Kapitel: Von den Pflichten der Schüler

Mehrere Pflichten, welche den klinischen Schülern, unter der Aufsicht ihres Lehrers obliegen, sind schon im vorigen Kapitel mit berührt worden; so, daß hier nur noch einige Bemerkungen beyzubringen sind, wie sie sich in der Klinik zu verhalten haben. Nachdem er sich legitimirt hat, schreibt er seinen Namen in das Verzeichniß der Praktikanten, und bekömmt zugleich einen Admissionschein, ohne welchen er nicht in die klinische Schule eingelassen wird.

Während daß der Professor die Kranken ausfraget, sind die Zuhörer äußerst aufmerksam, sowohl auf die Fragen, als auf die Antworten, und die besondere Art, womit die Kranken ihr Umstände vortragen. Derjenige, welcher den Kranken zu befragen hat, wendet alle Aufmerksamkeit an, damit ihm auch nicht ein Umstand der Krankheit entgehe, und er nachher eine genaue Nachricht von der ganzen Krankheit, in sein Tagebuch eintragen könne. Denn dieses Tagebuch wird von demjenigen jungen Arzte geführt, welchem der Professor die Behandlung desselben Kranken übertragen hat. Die ganze Krankengeschichte trägt hernach der Schüler in dasselbe Journal ein, wo die Aufnahme des Kranken, und sein Examen aufgezeichnet worden ist. Daher kann der junge Arzt sich nach geendigter Vorlesung nach einige Zeit an dem Bette seines Kranken verweilen, um die genaueste Beschreibung der Krankheit zu sammeln, und die Geschichte derselben vollständig zu machen. In dieser letzten ist der Gesichtspunct aufgezeichnet, aus welchem der Professor, die Krankheit betrachtete, seine Diagnose, Prognose, welche er gleich bey der Erklärung der Krankheit stellte, und zuletzt noch die Mittel, welche sogleich verordnet worden sind.

Den folgenden Tag läßt nun der junge Arzt in Gegenwart des Professors und deren übrigen Zuhörer, die Geschichte der Krankheit, wie solche nach den ersten Examen ergiebt, deutlich ab, füget hernach diejenigen Punkte, welche sich bey weitem Nachforschen, über die Natur der Krankheit veroffenbaren, so wie die vorzüglichsten Bemerkungen des Lehrers hinzu, und setzt auf diese Weise, die Krankengeschichte täglich, bis zur gänzlichen Entwicklung der Krankheit fort.

Diese von einem jungen Arzte aufgezeichnete Krankengeschichte, enthält die genaueste Darstellung der ganzen klinischen Behandlungen.

Ferner sind diejenigen Schüler, welche des Morgens Kranke in der Klinik behandeln, oder die praktischen

Vorlesungen des Professors besuchen, gehalten, des Abends zu einer bestimmten Stunde ihre Kranken wieder zu besuchen.

#### 5. Kapitel: Von den Mitteln die klinische Schule so nützlich, als möglich, zu machen

Die bis jetzt angegebenen Vorschriften, beziehen sich mehr oder weniger unmittelbar, auf den vorzüglichen Endzweck eines klinischen Instituts, nämlich auf den praktischen Unterricht junger Aerzte. Allein eine andere Absicht, muß mit jener, der medicinischen Schule verbunden werden, die Bereicherung der Wissenschaft mit neuen Entdeckungen und Beobachtungen, welche die angenommenen Lehrsätze bald bestätigen, bald verbessern.

Der klinische Professor bemühet sich daher Untersuchungen über die Wirksamkeit neuer Mittel anzustellen, die von Kunstverständigen wieder solche Krankheiten empfohlen worden sind, die den gewöhnlichen Mitteln nicht weichen. Hierinnen aber wird er mit der größten Vorsicht zu Werke gehen, die ihm die Menschlichkeit empfiehlt.

Ein anderes Mittel, die Gränzen dieser Wissenschaft immer mehr und mehr zu erweitern, ist die Aufsuchung des wahren Krankheitssitzes, und deren Ursachen, in den Leichnamen derer, welche die Kunst nicht erhalten konnte. Aber auch hier zeigen sich große Schwierigkeiten, indem die Wirkung leicht für die Ursache angenommen werden könnte. Die Hand des Lehrers ist hier der beste Wegweiser, mittelst welcher die Schüler diesen Irrtum vermeiden können.

Um aber bey den Leichenöffnungen nach einer bestimmten Ordnung zu verfahren; so verliert der junge Arzt, der die Krankengeschichte des Verstorbenen aufgesetzt hat, selbige mit lauter Stimme in Gegenwart des Professors, und anderer Kunstverständigen, welche zu dieser Verrichtung absichtlich sind eingeladen worden. Es ist aber dieses keine geringe Sache, indem vor den Augen eines sachverständigen Publicums die möglichen Irrthümer eines klinischen Professors vorgelegt werden. Denn es wird bey dieser Gelegenheit, das gleich zu Anfange vom Professor über den Kranken, und über die Natur und den Sitz seiner Krankheit, gefällte Urtheil öffentlich verlesen; ein Urtheil, welches öfters gleich in den ersten Tagen der Krankheit geäußert wurde, wo es äußerst schwer ist, alle Entwicklungen derselben vorausbestimmen zu können. Allein diesem Gesetze muß sich der Lehrer ohne Ausnahme unterwerfen, indem er dadurch gehalten ist, alle seine Aufmerksamkeit darauf zu richten, um am Krankenbette in dergleichen Fällen richtig zu urtheilen.

Und eben dieser Umstand überzeuget sogleich seine Schüler, wie wesentlich es einem Practiker zukomme, sehr vorsichtig zu seyn, um bey schweren Fällen seine Vorhersagung fest zu setzen. Sollte sich durch die Oeffnung ein Irrthum ergeben, so wird auch zu glei-

cher Zeit dieselbe beweisen, wie ein geschickter und geübter Mann fehlen konnte. Oft wird auch diese entdeckte Ursache bessere praktische Regeln an die Hand geben; so, daß diese Beobachtung dazu dienet, um etwas Aehnliches in Zukunft vermeiden zu können. Zum Beschlusse derselben hält der klinische Professor einen kurzen gedrängten Discours über den praktischen Fall, welchen die Versammlung beobachtet hat. Sämmtliche Krankengeschichten, die in der Klinik sind aufgezeichnet worden, samlet der Lehrer... Auch werden kranke Theile, die durch die Section vorgefunden werden, und die durch ihre Gestalt oder fehlerhafte Beschaffenheit unterrichtend sind, oder die Zufälle und Wirkungen der Krankheit erläutern können, ganz präpariret aufbewahret, und im pathologischen Kabinette aufgestellt. Alle Hospitäler der oesterreichischen Lombardie liefern Beyträge, um diese pathologische Sammlung zu bereichern. Der Professor wird überdies besondere Beobachtungen, die öffentlich bekannt gemacht zu werden verdienen, von Zeit zu Zeit herausgeben. Auf diese Art wird der Nutzen der klinischen Schule bis auf entfernte Länder ausgedehnet; er wirkt, so viel in seinen Kräften ist, zur Vermehrung der medicinisch-praktischen Kenntnisse kräftig mit, und gereicht, der seiner Aufsicht, anvertrauten Schule zur Ehre."

#### Literaturverzeichnis

- FISCHER, A.: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Hildesheim, Georg-Olms-Verlagsbuchhandlung, 1965
- FRANK, J. P.: System einer vollständigen medicinischen Polizei. C. F. Schwen, Mannheim, 1779-1817
- FRANK, J. P.: Entwurf zur Einrichtung einer klinischen Schule, oder über die Art und Weise, die praktische Medizin in einem academischen Hospitale zu lehren. In: Orey zum Medicinwesen gehörige Abhandlungen. Johann Gottlieb Feind, Leipzig, 1794
- HELLBRÜGGE, Th. und PECHSTEIN, J.: Grundlagen, Aufgaben und Ziele der Sozialen Pädiatrie. In: H. Opitz und F. Schmid, Hdb. Kinderheilk. III, 273, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1966
- KOELSCH, F.: Zum Gedenken an Johann Peter Frank, den Begründer der Deutschen Sozialmedizin. Münch. med. Wschr. 107, 1958 (1965)
- PECHSTEIN, J.: Die Entwicklung der Medizinalstatistik in ihrer Bedeutung für die Soziale Pädiatrie. In: H. Opitz und F. Schmid, Hdb. Kinderheilk. III, 1023, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1966
- PEIPER, A.: Chronik der Kinderheilkunde, 3. Aufl., Leipzig, VEB Georg Thieme, 1958
- SCHMITZ, K. E. F.: Die Bedeutung Johann Peter FRANK's für die Entwicklung der sozialen Hygiene. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinverwertung, 6. Band, 7. Heft, 497-549, 1917
- WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. Teil 1, Wiss. Hochschulen, 1960

Ansch. d. Verf.: Dr. med. J. P e c h s t e i n, Oberarzt an der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München, 8000 München 15, Güllstraße 3

## Landespolitik

### Neuverteilung der Aufgaben der Obersten Landesgesundheitsbehörde

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung von Zuständigkeiten im Sozial- und Gesundheitswesen vom 2. Juli 1971 werden mit Wirkung vom 1. Juni 1971 die Aufgaben der Obersten Landesgesundheitsbehörde von den Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung je für ihren Geschäftsbereich wahrgenommen.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat nach diesem Gesetz die folgende Bekanntmachung erlassen:

„Gemeinsame Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien für Arbeit und Sozialordnung und des Innern vom 20. Juli 1971 - Nr. IV 2 - 6835/5 - 13/71 und Nr. I A 1 - 401/31 betr.

#### Übergang von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitswesens auf das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung

Durch das Gesetz zur Änderung von Zuständigkeiten im Sozial- und Gesundheitswesen vom 2. Juni 1971 (GVBl. S. 198) und die Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Geschäftsverteilung der

Bayerischen Staatsregierung vom 2. Juni 1971 (GVBl. S. 200) sind mit Wirkung vom 1. Juni 1971 die folgenden Zuständigkeiten des Staatsministeriums des Innern auf das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung übertragen worden:

#### 1. im Sozialwesen

- die Wohlfahrtspflege, insbesondere die Sozialhilfe,
- die Jugendfürsorge (einschließlich des Jugendschutzes),
- die Kriegsofferfürsorge,
- die Schwerbeschädigtenfürsorge; ferner Fragen der Familienhilfe und Angelegenheiten der Kriegsgefangenenentschädigung und der Gräber der Opfer von Krieg und Gewaltherrschaft

#### 2. im Gesundheitswesen

- die Gesundheitsvor- und -fürsorge,
- das Krankenhauswesen,
- die sport- und badermedizinischen Fragen,
- die Geschäftsführung des Landesgesundheitsrates.

Die unter 1. genannten Aufgaben werden von der Abteilung IV – Wohlfahrtswesen – wahrgenommen (ausgenommen die Angelegenheiten der Kriegsgefangenenentschädigung, die der Abteilung III (8000 München 22, Wagnmüllerstraße 20) obliegen. Die Abteilung IV ist vorerst noch bis Ende August 1971 im Dienstgebäude des Staatsministeriums des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, untergebracht. Es wird ersucht, den Schriftverkehr über diese Anschrift abzuwickeln. Die Abteilung ist zu erreichen unter der Telefonnummer (0811) 21921 und der Fernschreibnummer 05-24540.

Die unter 2. genannten Aufgaben sind der Abteilung V – Gesundheitswesen – übertragen (Dienstanschrift: 8000 München 13, Winzererstraße 9, Telefon (0811) 52081).

Der Vollzug des Unterhaltssicherungsgesetzes und Angelegenheiten des Bayerischen Roten Kreuzes (Kör-

perschaftsaufsicht, Ehrenzeichen) und des Deutschen Roten Kreuzes (Suchdienst) gehören auch weiterhin zum Geschäftsbereich des Staatsministeriums des Innern."



Bernhard KLÄSS, Mitglied der Weltgesundheitsorganisation, Mitglied des Bayerischen Senats, unter gleichzeitiger Ernennung zum Ministerialrat, bestellt.

Zum Leiter der in der vorgenannten Bekanntmachung erwähnten neugeschaffenen Abteilung V - Gesundheitswesen - beim Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung wurde der bisherige Stadtarzt und Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Fürth, Herr Stadtmedizinaldirektor Dr.

## Bayern erhöht Mehrarbeitsentschädigung für beamtete Ärzte

Das Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat die Sätze für die Mehrarbeitsentschädigung beamteter Ärzte an Hochschulkliniken erhöht. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, daß die neuen bundesrechtlichen Vorschriften eine finanzielle Entschädigung für eine Mehrarbeit von mehr als 40 Stunden im Monat nicht mehr zulassen und dadurch die in Bayern geltende Entschädigungsregelung „amputiert“ haben. Nach der neuen bayerischen Regelung beträgt der Höchstsatz für 40 Stunden monatliche Mehrarbeit DM 500,- (vorher DM 250,-). In Verbindung mit den anderen Maßnahmen soll dies dazu beitragen, daß Beeinträchtigungen des Klinikbetriebes vermieden werden können.

Zur Sache wird im übrigen festgestellt:

Einschneidende Schwierigkeiten für die Regelung der Mehrarbeitsentschädigung für beamtete Ärzte an den Hochschulkliniken haben sich für die Länder durch das Erste Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung

des Besoldungsrechts in Bund und Ländern ab Juli 1971 ergeben.

Aufgrund dieses Gesetzes mußte in Bayern eine kulturministerielle Entschließung vom 15. April 1970 geändert werden, die bisher eine finanzielle Entschädigung für beamtete Klinikärzte, die erhebliche monatliche Mehrarbeit leisten, ermöglichte.

Die bisherige Regelung sah eine gestaffelte Entschädigung für Mehrarbeit mit einem Höchstsatz von DM 600,- für mehr als 68 Stunden monatlicher Mehrarbeit vor. In den meisten anderen Bundesländern wurde ähnlich verfahren.

Mit dem erwähnten Bundesgesetz hat der Bund jetzt eine neue Rechtslage für die Gewährung einer Mehrarbeitsentschädigung für Beamte geschaffen. Sie sieht den Erlass einer Rechtsverordnung der Bundesregierung vor, die die Höhe der Entschädigung sowie die Bereiche, in denen sie gewährt werden darf, bestimmen soll. Die Gewährung einer Mehrarbeitsentschädi-

# Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

gung ist bundesrechtlich auf monatlich höchstens 40 Stunden begrenzt.

Seit 1. Juli 1971 ist diese Regelung des Bundes für die Länder unmittelbar verbindlich. Daher war das Ministerium gezwungen, die bisher geltende Entschädigungsregelung mit einer KME vom 8. Juli 1971 zu ändern und die 40-Stundengrenze einzuhalten.

Das Kultusministerium ist sich der Schwierigkeiten, die aufgrund der neugeschaffenen Rechtslage im Klinikbereich eingetreten sind, bewußt. Es bedauert, daß der Bund die bisherige Entschädigungsregelung in den Ländern nicht berücksichtigte und die neue Regelung vom 1. Juli 1971 in Kraft setzte, ohne gleichzeitig die erforderliche Rechtsverordnung zu erlassen.

Die Vertreter Bayerns haben in den Gremien der Kultusministerkonferenz veranlaßt, daß das Sekretariat der Kultusministerkonferenz an das zuständige Bundesministerium herantritt und dieses darüber unterrichtet, daß die in den Ländern bestehenden Regelungen über die Entschädigung von Mehrarbeit der beamteten Ärzte an Hochschulkliniken über den 30. Juni 1971 hinaus hätten angewendet werden müssen. Es

hat ferner eingeführt, daß sobald wie möglich in der vom Bund nach § 36 e Bundesbesoldungsgesetz zu erlassenden Rechtsverordnung ausreichende Regelungen für die Ärzte an Hochschulkliniken getroffen werden müssen. Das Ministerium erwartet sich eine Milderung der Lage dadurch, daß es durch das neue Haushaltsgesetz möglich sein wird, zu Lasten von Stellen für wissenschaftliche Assistenten Ärzte im Angestelltenverhältnis zu beschäftigen. Auf diese Ärzte im Angestelltenverhältnis werden die tarifrechtlichen Bestimmungen über die Gewährung von Überstundenvergütung Anwendung finden. Das Ministerium trägt damit einer mehrfachen Anregung aus Kreisen der Ärzteschaft Rechnung. Im Haushalt 1971/72 sind im übrigen auch neue Stellen für beamtete Ärzte an Universitätskliniken ausgebracht, um einen Abbau der Mehrarbeit herbeizuführen.

Das Kultusministerium hat alles getan, um die Schwierigkeiten für den Klinikbetrieb zu vermeiden. Soweit sich Schwierigkeiten in Vollzug des Bundesrechts ergeben, kann hierfür der Freistaat Bayern nicht verantwortlich gemacht werden.

## Mißhandlung von Kindern

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. WILHELM, CSU, vom 1. März 1971:

„Ich frage die Staatsregierung:

1. Wie viele Fälle der Mißhandlung von Kindern durch ihre Eltern sind in den Jahren 1969 und 1970 in Bayern bekanntgeworden?
2. Welche Maßnahmen hält die Staatsregierung für zweckmäßig, um solche Vorkommnisse einzuschränken? Hält sie insbesondere Änderungen des Rechts der ärztlichen Schweigepflicht für zweckmäßig?
3. Ist die Staatsregierung bereit, mit Vertretern der Presse und mit dem Bayerischen Rundfunk Möglichkeiten zu erörtern, wie die Massenmedien auf die körperlichen und seelischen Gefahren von Kindesmißhandlungen in geeigneter Weise hinweisen könnten?“

**Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 7. Mai 1971:**

„Die Anfrage des Abgeordneten Dr. WILHELM fällt zum Teil auch in die Zuständigkeit des Staatsministeriums der Justiz und wird insoweit von dort gesondert beantwortet. Soweit mein Haus betroffen ist, beantworte ich die Anfrage wie folgt:

Zu 1.

Für die Jahre 1969 und 1970 liegen Zahlen aus dem Bereich der Bayerischen Landpolizei über die Mißhandlung Abhängiger gemäß § 223 b StGB vor.

Es wurden hier festgestellt im Jahre

1969: 144 Fälle

1970: 137 Fälle

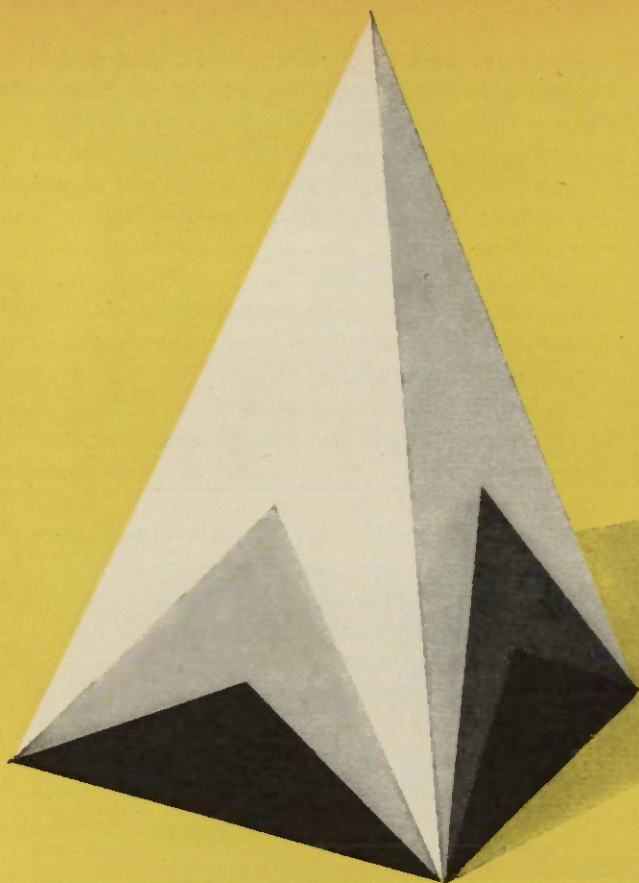
Der Tatbestand des § 223 b StGB umfaßt auch die Mißhandlung von Menschen, die wegen Krankheit oder Gebrechlichkeit wehrlos sind. In den aufgeführten Zahlen dürften aber nur wenige Fälle dieser Art enthalten sein. Allerdings ist gerade in diesem Bereich die Dunkelziffer sehr hoch.

Die Fälle von Kindesmißhandlungen werden ab 1. Januar 1971 in der polizeilichen Kriminalistik gesondert ausgewertet.

Zu 2.

Eine Änderung des Rechts der ärztlichen Schweigepflicht halte ich nicht für zweckmäßig.

Gemäß § 300 Abs. 1 Nr. 1 StGB ist nur die unbefugte Offenbarung eines Geheimnisses strafbar. Der Arzt ist insbesondere dann zur Offenbarung befugt, wenn sie zur Wahrung entgegenstehender berechtigter fremder Interessen geboten ist. Dieser Grundsatz ist in § 2 Abs. 4 der ‚Berufsordnung für die Ärzte Bayerns‘ nochmals ausdrücklich angesprochen: ‚Der Arzt ist insbesondere zur Offenbarung befugt, . . . soweit die Offenbarung zum Schutz eines höheren Rechtsguts erforderlich ist.‘ Das wird grundsätzlich dann anzunehmen sein, wenn eine Wiederholung der Mißhandlungen zu befürchten ist. Schon nach dem bestehenden Recht ist somit der Arzt berechtigt, in Fällen schwerer Kindesmißhandlung andere Stellen (etwa Jugendamt oder



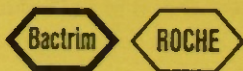
Angina,  
Sinusitis,  
Bronchitis,  
Pneumonie,  
Cystitis,  
Pyelonephritis,  
Darminfektionen

**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.

Polizei) zu benachrichtigen. Die Einführung einer Offenbarungspflicht wird nicht für zweckmäßig gehalten, weil dann möglicherweise Ärzte bei Kindsmißhandlungen gar nicht mehr aufgesucht werden.

### Zu 3.

Unter der Federführung des Bayerischen Städtetages wird zur Zeit eine Aktion vorbereitet, durch die einerseits allgemein die Öffentlichkeit, andererseits gezielt einzelne Berufe, wie z. B. Ärzte, Pädagogen, Sozialarbeiter, auf die besondere Problematik der Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern hingewiesen werden sollen. Bei dieser Aktion, die für den Herbst dieses Jahres geplant ist, sollen u. a. Vorträge stattfinden und Merkblätter verteilt werden. An der Vorbereitung dieser Maßnahme ist auch das Staatsministerium des Innern beteiligt. Es ist vorgesehen, Vertreter der Presse und des Bayerischen Rundfunks in diese Aktion einzuschalten."

#### **Antwort des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 5. Mai 1971:**

„Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mir einen Abdruck der obenbezeichneten schriftlichen Anfrage des Herrn Landtagsabgeordneten Dr. WILHELM mit der Bitte übersandt, die Beantwortung der Frage 2 zu übernehmen, soweit sie den Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz berührt. Ich beehre mich, hierzu folgendes mitzuteilen:

Kindsmißhandlungen werden in Bayern energisch verfolgt. Die Staatsanwaltschaften sind durch Nr. 260 der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV) angewiesen, bei Verdacht von Kindsmißhandlungen mit besonderem Nachdruck zu ermitteln und die Verfahren beschleunigt zum Abschluß zu bringen. Die zuständigen Stellen sind ferner angewiesen, bei der Freilassung eines festgenommenen Elternteils gegebenenfalls das Jugendamt zu benachrichtigen, damit die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden können.

Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht wird durch § 300 StGB strafrechtlich geschützt. Nach dieser Vorschrift wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist. Das Recht des Arztes, über ihm beruflich bekanntgewordene Tatsachen zu schweigen, findet seinen prozeßrechtlichen Ausdruck in § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO und in § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO. Eine gesetzliche Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht wird vom Staatsministerium der Justiz nicht befürwortet. Die grundsätzliche Pflicht des Arztes, fremde Geheimnisse, die ihm bei Ausübung seines Berufes anvertraut oder zugänglich geworden sind, zu wahren, ist in Art. 4 Abs. 3 des Bayerischen Ärztegesetzes (BayBS II S. 58) verankert. Ein Arzt darf jedoch, wie dies auch in § 2 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte vom 1. Januar 1971 („Bayerisches Ärzteblatt“, Sonder-Nr. November 1970) ausgesprochen ist,

Tatsachen, die an sich seiner Schweigepflicht unterliegen, zum Schutz eines höheren Rechtsgutes offenbaren. Das kann der Fall sein, wenn eine Anzeige notwendig ist, um die Gefahr weiterer Mißhandlung von einem Kinde abzuwenden; die Anzeige ist dann keine ‚unbefugte‘ Weitergabe im Sinne des § 300 StGB. Gesetzlich geboten ist eine solche Offenbarung jedoch grundsätzlich nicht. Eine über diese Regelung hinausgehende Einschränkung des ärztlichen Berufsgeheimnisses könnte dazu führen, daß mißhandelte Kinder ärztlicher Behandlung nicht zugeführt werden, damit eine Strafanzeige vermieden wird.

Es darf im übrigen darauf hingewiesen werden, daß derzeit zwischen den Landesjustizverwaltungen und dem Bundesjustizminister ein Meinungsaustausch darüber im Gange ist, ob zur besseren Aufklärung von Kindsmißhandlungen eine bundesgesetzliche Regelung mit dem Ziel herbeigeführt werden kann, daß das Vormundschaftsgericht die Einwilligung zur Untersuchung eines Kindes erteilen darf, wenn die Eltern einer an dem Kind begangenen Straftat beschuldigt werden.“

#### **Krankenhausplanung im Rahmen der Gebietsreform**

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. SCHLITTEMEIER, SPD, vom 15. März 1971:

„Beabsichtigt die Staatsregierung, die weitere Krankenhausplanung und Förderung auf der Grundlage der vom Innenministerium vorgeschlagenen Mindestgröße von Landkreisen mit 80 000 Einwohnern vorzunehmen?

Wie will die Staatsregierung in diesem Zusammenhang vorgehen, um die Forderung Krankenhäuser für die Grundversorgung auf der Basis von 80 000 Einwohnern bereitzustellen?

Beabsichtigt die Staatsregierung in diesem Zusammenhang alle anderen Krankenhäuser, die dieser Forderung nicht entsprechen, aufzulösen und an deren Stelle neue größere Einheiten zu finanzieren oder mitzufinanzieren.

Wie soll den Gemeinden und Landkreisen der Schaden ersetzt werden, der durch Fehlplanung und Fehlinvestition für Krankenhäuser geringerer Größe in den letzten 20 Jahren entstanden ist, während dessen die Staatsregierung diese Größenordnung für Krankenhäuser noch als förderungswürdig angesehen hat?“

#### **Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 10. Mai 1971:**

„Aufgrund der Erfahrungen mit der Krankenhausplanung werden künftig für die Grundversorgung der Bevölkerung Krankenhäuser angestrebt, die ein Einzugsgebiet von etwa 80 000 Einwohnern (Richtzahl) versorgen können. Um dieses Planungsziel zu erreichen, werden die Krankenhausträger entsprechend beraten.



Der

## 22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 3. bis 5. Dezember 1971 in der Meistersingerhalle unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. R. Schubert statt.

Themen:

1. und 2. Tag: „Schnelldiagnostik und Soforttherapie“
3. Tag: „Krebsfrüherkennung“

Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt werden.

Es wird versucht, mit der Vergabe von Förderungsmiteln auf die einzelnen Vorhaben so Einfluß zu nehmen, daß unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten bestmögliche Lösungen zustandekommen.

Schon aus Rechtsgründen ist es der Staatsregierung nicht möglich, bestehende Krankenhäuser aufzulösen. Im übrigen ist daran auch nicht gedacht, zumal für eine stets notwendige Spezialversorgung andere Richtzahlen gelten.

Die angestrebte Größenordnung für Krankenhäuser der Grundversorgung kann im wesentlichen nur für neue Planungen, bei denen die Förderung von entsprechenden Auflagen abhängig gemacht wird, zugrunde gelegt werden, nicht jedoch für die Förderung bestehender Krankenhäuser.

Im übrigen schließt auch der Entwurf des ‚Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Pflegesätze‘ nicht aus, daß vorhandene kleinere Krankenhäuser gefördert werden, wenn auch der Bund beabsichtigt, sich selbst nur an einer Förderung von Krankenhäusern mit über 100 Betten zu beteiligen.

Das Staatsministerium des Innern ist nicht der Ansicht, daß die bisherige Planung und Förderung der Krankenhäuser zu Fehlinvestitionen geführt hat.“

## Amtliches

### Zur Rechtslage der freiwilligen Sterilisation

In letzter Zeit gingen der Bayerischen Landesärztekammer Anfragen wegen der Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisation von Frau und Mann zu, die es notwendig erscheinen lassen, die hierfür gegebene Rechtslage der Ärzteschaft im folgenden bekanntzugeben:

Wesentlich scheint zunächst, daß unser Recht — und zwar das öffentliche wie das Berufsrecht — keinen Unterschied zwischen der Sterilisation einer Frau und eines Mannes macht. Bei beiden sind die Rechtsfolgen und wohl auch die medizinischen Folgen die gleichen. Nach dem bekannten Urteil des BGH i. S. Dr. Dohrn von 1964 ist die Sterilisation — auch die sogenannte Gefälligkeitssterilisation — derzeit nicht strafbar.

Übriggeblieben ist — und darauf hat der Bundesgerichtshof ausdrücklich hingewiesen — die standesrechtliche Beurteilung des Arztes, der eine Sterilisation vornimmt. Hier ist bisher (mit Ausnahme des Falles der medizinischen Indikation) stets angenommen worden, daß ein solcher Eingriff des Arztes in die körperliche Unversehrtheit auch bei Einwilligung des Betroffenen standeswidrig ist. Die am 1. Januar 1971 in Kraft getretene Berufsordnung für die Ärzte Bayerns enthält dazu in § 4 die Bestimmung, wonach „für Sterilisation medizinische, genetische und schwerwiegende soziale Gründe zulässige Indikationen sind“.

Wichtig ist, daß die Einwilligung des Betroffenen (und seines Ehegatten!) freiwillig und durch keine Willensmängel beeinträchtigt sein muß. Hier wird „im Ernstfall“ immer entscheidender Wert darauf gelegt werden, ob der Arzt eine gehörige und erschöpfende Aufklärung über die Folgen jenes Eingriffs gegeben hat und unter Umständen diese Aufklärung auch nachweisen kann (deshalb empfiehlt es sich immer, die Betroffenen zu einer schriftlichen Erklärung darüber zu veranlassen, daß sie über alle Folgen des begehrten Eingriffs unterrichtet sind).

# Adumbran<sup>®</sup>

Thomae

bewährt, zuverlässig,  
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

Als Ergebnis ist festzuhalten, daß heute standesrechtlich jedenfalls die sogenannte Gefälligkeitssterilisation und auch die Sterilisation aufgrund einer unzureichenden sozialen Indikation nicht gerechtfertigt ist und dementsprechend der Arzt in diesen Fällen nach Durchführung einer Sterilisation berufsaufsichtliche Maßnahmen gewärtigen muß.

### **Vorvertrag mit Interessentinnen für den Lehrberuf der Arzthelferin**

Der Kammervorstand empfiehlt als monatliche Vergütung für die Dauer des Vorvertrags mit Interessentinnen für den Lehrberuf der Arzthelferin folgende Bruttobeträge:

Im 1. Halbjahr: DM 120,—,  
im 2. Halbjahr: DM 140,—.

### **Jugendarbeitsschutzgesetz**

**Untersuchungen nach dem JArbSchG; Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der im Jahre 1969 durchgeführten ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern**

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat einen Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem JArbSchG vorgeschriebenen ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern im Jahre 1969 vorgelegt. Dieser Bericht stellt die Verwirklichung des Beschlusses der Bundesarbeitsministerkonferenz dar, die Untersuchungsbogen nach dem JArbSchG gesamtstatistisch auszuwerten, um die bei ihrer wissenschaftlichen Aufbereitung und Auswertung gewonnenen Erkenntnisse der Förderung der Jugendgesundheit nutzbar machen zu können.

Der Bericht erstreckt sich über die Untersuchungen des Jahres 1969.

Um im Rahmen der mit dem JArbSchG angestrebten Gesundheitsvorsorge zu einer umfassenden statistischen Auswertung der Untersuchungsbogen zu gelangen, ist es nach dem Ergebnis der Auswertung dieser Bogen für das Jahr 1969 zunächst notwendig, daß alle Ärzte, welche Untersuchungen nach den §§ 45 bis 48 des JArbSchG ausführen, in jedem Falle mit dem Untersuchungsberechtigungsschein auch den entsprechenden Durchschlag des Untersuchungsbogens an die KVB Landesstelle einsenden.

Damit der durch eine derartige gesamtstatistische Erhebung angestrebte Aussagewert sichergestellt werden kann, ist eine exakte Dokumentation aller wichtigen Merkmale im Untersuchungsbogen erforderlich.

Die Bayerische Landesärztekammer fordert daher alle jene Kolleginnen und Kollegen, welche nach der Weiterbildungsordnung berechtigt sind, die im JArbSchG vorgesehenen Untersuchungen durchzuführen, auf, ihre Eintragungen in diese Bögen exakt und vollständig vorzunehmen sowie den dazu vorgesehenen

Durchschlag des Untersuchungsbogens in jedem Falle mit dem Untersuchungsberechtigungsschein an die KVB einzuschicken.

### **Medizinische Gutachten für Gerichte über Auswirkungen von Alkohol im Blut**

Infolge der Neuordnung Ihres Aufgabenbereiches kommen seit dem 1. Oktober 1968 die an den Staatlich-bakteriologischen Untersuchungsanstalten tätigen Ärzte für die medizinische Begutachtung für Gerichte über die Auswirkungen von Alkohol im Blut nicht mehr in Betracht.

Die Landgerichtsärzte, zu deren Dienstaufgaben die Abgabe solcher Gutachten gehört, sind wegen der Vielzahl ihrer Aufgaben nurmehr teilweise dazu in der Lage. Die Gerichte sind deshalb immer mehr auf freie ärztliche Gutachter angewiesen. Eine Umfrage der Kammer hat ergeben, daß nur wenige Ärzte die entsprechende Vorbildung und Erfahrung für eine derartige Tätigkeit besitzen.

Um diesen Engpaß zu beheben, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern angeregt, Lehrgänge für Interessierte Ärzte abzuhalten. Die Bayerische Landesärztekammer hat über ihren Fortbildungsausschuß diese Anregung aufgegriffen und ist bereit, solche Lehrgänge zu organisieren.

Die an einem solchen Lehrgang interessierten Kolleginnen und Kollegen werden hiermit gebeten, dies der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, mitzuteilen.

Auf Ersuchen des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung wird folgende Bekanntmachung mitgeteilt: München, 30. Juli 1971 — Nr. V B 1 — 5365/1 — 1/71

### **Bekanntmachung über die Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz**

Gemäß § 126 a Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz wurden als Landesärzte für geistig und seelisch Behinderte bestellt:

1. für den Regierungsbezirk Oberbayern  
Bezirksmedizineldirektorin Dr. Ruth Boos-Langener, 8013 Haar, Bezirkskrankenhaus,
2. für den Regierungsbezirk Niederbayern  
Obermedizineldirektor Dr. Wilhelm Heck, Chef-erzt des Nervenkrankenhauses des Bezirks Niederbayern, 8351 Malnkofen, Post Pankofen,
3. für den Regierungsbezirk Oberpfalz  
Obermedizineldirektor Dr. Sebastian Meier, Chef-arzt des Nervenkrankenhauses des Bezirks Oberpfalz, 8400 Regensburg, Kerthaus 1,
4. für den Regierungsbezirk Oberfranken  
Medizineldirektor Dr. Heinrich Müller, 8580 Beyreuth, Nervenkrankenhaus,

# BEKLEMMUNG

## INDIKATIONEN:

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

## ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Na<sup>+</sup> diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonid vernalis 20 mg.

## KONTRAINDIKATIONEN:

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

## 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



5. für den Regierungsbezirk Mittelfranken  
Bezirksobermedizinalrat Dr. Günther Glatt-  
haar, 8520 Erlangen, Bezirkskrankenhaus,
6. für den Regierungsbezirk Unterfranken  
Obermedizinaldirektor Dr. Dr. Burkhard Kohl-  
hepp, Direktor des Nervenkrankenhauses Wer-  
neck, 8722 Werneck, Schloß,
7. für den Regierungsbezirk Schwaben  
Bezirksobermedizinalrat Dr. Otto G. Siegle,  
8950 Kaufbeuren, Nervenkrankenhaus.

Die Landesärzte haben vor allem die Aufgabe, die Gesundheitsämter bei der Einrichtung und Durchführung der erforderlichen Sprechtage zur Beratung Behinderter und Personensorgeberechtigter zu unterstützen und sich an den Sprechtagen zu beteiligen, Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für den zuständigen Sozialleistungsträger zu erstatten, die für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden über den Erfolg der Erfassungs-, Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen in der Hilfe für Behinderte zu unterrichten.

## Brief aus Bonn

Wer glaubte, daß nach der Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für die nichtversicherungspflichtigen Angestellten ein Prozeß der Auflockerung des Sachleistungssystems beginnen würde, sleht sich getäuscht. Vielmehr besteht die Gefahr, daß die Entwicklung zurückgeschraubt und alle zaghaften Ansätze, die Kostenerstattung bei der ärztlichen Behandlung wenigstens wahlweise bei den freiwilligversicherten Angestellten zuzulassen, verschüttet werden. Den Hebel dazu bietet eine Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, die zwar den Beifall des Deutschen Gewerkschaftsbundes gefunden hat, sonst aber weit- hin auf Unverständnis und Kritik gestoßen ist, nicht zuletzt in der Presse. Offensichtlich fühlen sich auch die betroffenen Journalisten düpiert.

Zweifellos geht es hier nicht nur um eine komplizierte Rechtsfrage, wie das Amt darzulegen versucht, sondern um ein sozialpolitisches Problem von grundsätzlicher Bedeutung und schließlich auch um die Glaubwürdigkeit des Bundesarbeitsministeriums. Das Bundesversicherungsamt hat entschieden, daß nach geltendem Recht die Ersatzkassen keine Kostenerstattung vornehmen dürfen, sondern verpflichtet sind, entsprechend den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Sachleistungen zu gewähren, also Krankenscheine auszugeben. Das Versicherungsamt, die Aufsichtsbehörde der Ersatzkassen, hat einen Beschluß gefaßt, der zwar von den Sozialgerichten angefochten

werden kann, der aber zunächst einmal rechtswirksam ist. Die Ersatzkassen hätten an sich diesen Spruch der Aufsichtsbehörde zu respektieren, aber sie scheinen entschlossen zu sein, nicht nur den Rechtsstreit aufzunehmen, sondern auch den politischen Konflikt mit Bonn zu riskieren. Und das ist gut so, denn nur auf diese Weise wird das Bundesarbeitsministerium gezwungen, Fabe zu bekennen und seiner Verantwortung entsprechend zu handeln.

Die Rolle des Ministeriums erscheint zwiespältig und undurchsichtig. Anfang März dieses Jahres bestritt der damalige Staatssekretär Auerbach auf eine Frage der CDU-Abgeordneten Kalinke vor dem Bundestag den RVO-Kassen kategorisch das Recht, Kostenerstattungen vorzunehmen. Auerbach sparte die Ersatzkassen in seiner Erklärung aus. Nach dem Grund dafür gefragt, ließ das Ministerium wissen, daß die Rechtslage bei den Ersatzkassen eben anders liege. Wenig später sagte Auerbach dann in einem Fernsehinterview, in das er gewiß nicht unvorbereitet ging, daß die Ersatzkassen bei ihren freiwilligen Versicherten das Recht zur Kostenerstattung hätten. Diese Meinung wurde dann auch noch vom Informationsdienst des Ministeriums, also gewissermaßen amtlich verbreitet. Dies alles spielte sich im März ab, zu einem Zeitpunkt also, da die gutverdienenden Angestellten noch zwischen der Privatversicherung und der gesetzlichen Versicherung wählen konnten. Die Ersatzkassen umwarben diese Angestellten mit dem Argument, daß sie sich auch bei ihnen wie Privatpatienten behandeln lassen könnten. Der Protest der RVO-Kassen gegen diese Werbung blieb ohne öffentliches Echo der Aufsichtsbehörden. Es gab nur die erwähnte Erklärung des Staatssekretärs. Die Angestellten konnten also davon ausgehen, nach dem Beitritt zur Ersatzkasse nicht auf das Krankenscheinverfahren angewiesen zu sein. Daß sich dies nun als ein Irrtum herausstellt, hätten nach der Erklärung Auerbachs nicht einmal die Ersatzkassen, geschweige denn die betroffenen Angestellten ahnen können.

Das Arbeitsministerium erklärt nun, zur Sache nicht Stellung nehmen zu können. Jeder Anschein, daß sich das Ministerium in einen möglichen Rechtsstreit einmischen wolle, müsse vermieden werden. Das Versicherungsamt sei eine unabhängige Behörde und nicht an Weisungen gebunden. Auch das Versicherungsamt betont seine Unabhängigkeit. Dies soll nicht bestritten werden. Auch muß hervorgehoben werden, daß das Amt das Recht in einer Weise interpretiert hat, für die sich gewichtige und möglicherweise sogar auch beim Bundessozialgericht durchschlagende Gründe anführen lassen. Wenn nun die Unabhängigkeit des Versicherungsamtes betont wird, so bedeutet dies jedoch keineswegs, daß sich das Amt nicht vor seiner Entscheidung über die gegenwärtige und offenbar nach der Pensionierung Auerbachs geänderte Auffassung des Ministeriums unterrichten ließ. Die Beziehungen zwischen der Behörde in Berlin und dem Mini-

sterium in Bonn sind eng; der Präsident des Amtes war früher Ministerialdirigent im Arbeitsministerium. Es läßt sich nur schwer vorstellen, daß über diesen Fall von grundsätzlicher Bedeutung nicht zuvor mit dem Ministerium gesprochen worden ist. Die Erklärungen des Arbeitsministeriums schließen dies jedenfalls nicht aus.

Vielmehr wird deutlich, daß sich das Ministerium gegenwärtig nicht öffentlich festlegen will. Niemand hätte das Ministerium der Einmischung in einen Rechtsstreit bezichtigen können, wenn es erklärt hätte, die sozialpolitischen Konsequenzen dieses Spruches nicht hinnehmen zu wollen und die entstandene Rechtsunsicherheit durch eine Gesetzesinitiative möglichst rasch zu beseitigen, und zwar im Sinne der Aussage Auerbachs. Aber dazu hat sich das Ministerium nicht aufraffen können. Es will nun die Sachverständigen-Kommission für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung mit dieser Frage befassen. Dagegen ist im Prinzip nichts einzuwenden. Aber es vergeht Zeit, und die Ersatzkassen und die Angestellten wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen.

In der Erklärung steht aber noch ein Satz, der auf die Absichten des Ministeriums schließen läßt. Da heißt es nämlich, daß die Sachverständigen-Kommission vorrangig „die Frage der Wahrung des Besitzstandes der Versicherten“ prüfen solle. Im Klartext heißt das doch, daß das Arbeitsministerium im Grundsatz das Kostenerstattungsverfahren für alle Versicherten aller gesetzlichen Kassen ablehnt, aber bereit ist, mit sich darüber reden zu lassen, daß die Angestellten, die heute das Kostenerstattungsverfahren nutzen, dieses auch weiterhin tun können. Mit diesem Zugeständnis hofft man offensichtlich, den ärgsten Zorn der betroffenen Angestellten dämpfen zu können. Aber das wird sich als ein Irrtum erweisen. Die Haltung des Ministeriums erweckt Mißtrauen. Es hat nichts getan, um den von Angestellten offen ausgesprochenen Verdacht zu zerstreuen, unter falschen Voraussetzungen in die gesetzliche Krankenversicherung gelockt worden zu sein.

Als hartnäckiger Gegner jeder Auflockerung des Sachleistungssystems erweist sich der Deutsche Gewerk-

schaftsbund. Er sieht kein besonderes Bedürfnis nach dem Kostenerstattungsverfahren, da nur ein Prozent der Versicherten davon Gebrauch machten. Dennoch glaubt er vor „gefährlichen gesellschaftspolitischen Konsequenzen“ warnen zu müssen. „Die große Einheit der Sozialversicherten würde in zwei Gruppen zerfallen.“ Mit der Kostenerstattung würde „auf Schleichwegen“ eine Selbstbeteiligung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Es ist anzunehmen, daß diese Argumente auf die Gewerkschaftler in der Spitze des Arbeitsministeriums – Arendt, Ehrenberg, Christmann und Holler – nicht ohne Eindruck geblieben sind.

bonn-mot

## Äskulap und Pegasus

Der XVI. Kongreß der UMEM (Union mondiale des écrivains médecins) ist vorbei, Frau HEROLD hat für die Leser des „Bayerischen Ärzteblattes“ den nachfolgenden Bericht geschrieben und unser Präsident Heinz SCHAUWECKER wurde zu zwei Gedichten angeregt, die wir anschließend bringen. Seine Gedanken, die ihn am Fuße des Poseidon-Tempels auf Kap Sounion bewegten und die meisterhaft lyrischen Verse des Erinnerens an die Fahrt in die Urheimat unserer Kultur, geschrieben unter dem zu Hause blühenden Thymian, zeigen uns, wie anregend jene Tage um den Athener Kongreß für alle Teilnehmer gewesen sind.

Uns deutschen Schriftstellerärzten, im besonderen aber allen bayerischen Kollegen, möge der Bericht über den von den griechischen Confrères ausgerichteten Kongreß in Athen in verpflichtende Erinnerung bringen, daß 1972, also bereits nächstes Jahr, die Schriftstellerärzte aus aller Welt in die alte bayerische Stadt Regensburg kommen werden. Verpflichtend ist dieser XVII. Kongreß, der vom 14. bis 17. September 1972 stattfinden wird, für den Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte vor allem deswegen, weil die vorhergehenden, jeder in seiner Art, bei den Teilnehmern einen hervorragenden Eindruck hinterlassen

# nux vomica-strath®

## hypotoner Symptonenkomplex

nux vomica-strath® - nach dem Strath-Verfahren über lebende Hefezellen metabolisierte Pflanzen-Wirkstoffe.

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 0,8 g Sem. Strychni, 1,2 g Herb. Ephedrae, 1,0 g Rhiz. Arnicae, 1,0 g Herb. Bursae pastoris, 1,0 g Herb. Taraxaci.



Strath-Labor GmbH  
8405 Donaustauf

50 ml DM 6,05  
100 ml DM 11,20  
250 ml DM 21,70

haben und wir in dieser Hinsicht auf eine gute Tradition zurückblicken können. Zum anderen sind wir erst seit zwei Jahren Mitglied der Weltunion, haben also mit der Ausrichtung der Regensburger Tagung sozusagen unsere Bewährungsprobe abzulegen. Über die Vorarbeiten, die unter der erprobten Leitung unseres Präsidenten Heinz Schauwecker bereits angelaufen sind, wird in einer späteren Nummer berichtet werden. Wir möchten jedoch schon heute vorsorglich die bayerischen Kollegen bitten, ihr Augenmerk auf den Kongreß der UMEM im nächsten Jahre zu richten, der wegen seiner Bedeutung für das Ansehen der deutschen Ärzteschaft im Auslande ein Anliegen aller Kollegen sein sollte.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

## Hellasfahrt

### Vom XVI. Internationalen Kongreß des Weltbundes der Schriftstellerärzte in Athen

Mit einem Schlag war aller Ärger wegen des schlechten Wetters daheim und wegen der Verspätungen infolge des verkehrten Bummelstreikes der Fluglotsen vergessen, als die Teilnehmer der Griechenlandreise in Athen aus dem Flugzeug stiegen. Im hochmodernen Flughafengebäude wurden sie rasch und entgegenkommend abgefertigt. Im Schein einer alles vergoldenden Abendsonne bot sich die Akropolis in ihrem ganzen Zauber dar. Auch im Hotel Esperia, in dem die deutsche Gruppe der Teilnehmer am XVI. Internationalen Kongreß des Weltbundes der Schriftstellerärzte (UMEM) untergebracht war, wurde zufriedenstellend und aufmerksam für uns gesorgt. Das Bohren und Hämmern eines Hausabbruchs neben dem Hotel, das uns schon frühmorgens weckte, konnte man nicht zu Lasten unseres Palasthotels anrechnen. Man gewöhnte sich daran.

Am nächsten Morgen traf die Gruppe mit der bereits acht Tage zuvor aufgebrochenen zusammen, die schon eine Kreuzfahrt zwischen den Inseln der Ägäis bis Istanbul durchgeführt hatte.

Die nächsten Tage brachten auf einer mehrtägigen Busrundfahrt das gemeinsame Erleben der Kunststätten von Delphi mit dem wundervollen Blick auf die Bucht von Korinth, von Olympia und von Epidauros, das die Ärzte unter uns als einst größter Kurort des Altertums mit dem Heiligtum des Asklepios natürlich besonders interessierte. Man huldigte dem Gott Asklepios als dessen Jünger durch besonders aufmerksame Besichtigungen seines einstigen Heiligtums, des Museums, der in Stein gegrabenen Inschriften des Dichters Isyllos, welche die Geschichte des heilenden Gottes erzählten, der Baukosten und der in Stein gemeißelten Heilungsberichte, Rezepte und — nolens volens — auch demals schon Arztrechnungen. Eifrig wurde über die Rotunde des Tholos diskutiert und das gewaltige Halbrund des griechischen Amphitheaters

bestaunt. Die sagenhafte Akustik wurde erprobt, als auf den obersten Stufen die von einer unserer Teilnehmerinnen unten auf der Bühne vorgetragene Verse zu hören waren. Reizvoll fanden wir auch die griechische Landschaft — besonders zwischen Olympia und Nauplia, der griechischen Schweiz — und erfreulich die offensichtliche Deutschfreundlichkeit der Bewohner, die alle Schwierigkeiten der fremden Sprache und Schrift immer wieder ausglich.

Die Eröffnung des Kongresses erfolgte in den Räumen der Ärzteschaft von Athen. Es konnten von den Griechen Kongreßteilnehmer aus Belgien, Brasilien, Kanada, England, Frankreich, Holland, Polen, Schweiz und Ungarn willkommen geheißen werden. Außer den Vorsitzenden der ärztlichen und schriftstellerärztlichen Vereinigungen M. M. Samara und M. K. Mouriki hatte sich Vizeminister Professor Dem. Tsakona, Mitglied des Staatsrates, zur Begrüßung eingefunden. Er war acht Jahre als Gastprofessor in Bonn tätig und hieß besonders herzlich auch in deutscher Sprache willkommen.

Dr. Weigold, Regensburg, war mit dem Hamburger Dr. Schwietert mit Lesungen zur Eröffnung einer Lyrikrundtabelle ausersehen, zu der u. a. unser Präsident Dr. Heinz Schauwecker, Berching, Dr. Jebens, Hamburg, Dr. Wally Friedenbergl, Berlin, weitere deutsche Beiträge brachten.

Ein reich besetztes Büffet beschloß erholsam den ersten Abend und gab Gelegenheit, Kontakte mit den griechischen Kollegen aufzunehmen, Bekannte aus den verschiedenen Ländern zu begrüßen und alte Freundschaften aufzufrischen.

Die Vorträge zum Kongreßthema „Der Raum in der Literatur“ fanden in den nächsten Tagen im vollklimatisierten klinischen Vortragsaal des modernen Krankenhauses „Evangelismos“ statt. Zu ihrem Beginn sprachen wieder Minister Professor Tsakona und M. K. Mouriki, denen sich der Gründungspräsident der UMEM (Union Mondiale des écrivains Médecins) M. Adam Baron (Polen) und der derzeitige UMEM Präsident Professor Pietro Berri (Italien) anschlossen, welche mit Generalsekretär Dr. Paul Noel (Frankreich) die Leitung der Aussprache innehatten.

In bunter Reihenfolge wechselten die Vortragenden aus den einzelnen Nationen: Präsident Lucien Diamant-Berger mit „Dialogue des morts entre Jules Verne et Cyrano de Bergerac“, Dr. Jo Lambiri, die charmante Sekretärin der griechischen Schriftstellerärztevereinigung, der gute Engel des Kongresses — unermüdlich und überall helfend eingreifend — Professor Trouvalas, Professor D. Kourettas, Professor Destounis, F. Moutafis, G. Tsoukantas, Dr. Lambrou Spirou (Griechenland), Dr. Paul Noel (Frankreich), Professor Th. Giessen (Holland), Ar. Szallasi und Beney Suzanne (Ungarn) u. a.

Von der deutschen Gruppe waren mit beifallfreudig aufgenommenen Beiträgen Heinz Schauwecker, Ber-



## H-TARIFE

ein DKV-TOP-SCHUTZ  
für Ärzte und Zahnärzte

# Wie stehen Sie da, wenn SIE mal liegen?

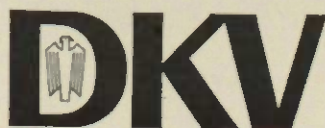
Dieser neue Krankheitskostenschutz ist speziell für Sie und Ihre Familie geschaffen worden. Deshalb auch freie Kombinationsmöglichkeiten nach Ihren individuellen Wünschen. Sie können wählen:

- 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

ching, „Der Weltraum und wir“, H. Jebens, Hamburg, „Der Raum und die Literatur“, Armin Jüngling, Unterwössen, „Das Pferd und die Schlange“, M. Soeder, Reutlingen, „Wachstum zwischen den Ruinen“ vertreten.

Außerhalb der Gruppenreise war Dr. Jüngling direkt von USA mit seinem Wohnwagen angereist, mit dem er schon mehrere Monate unterwegs war. Seine Anthologie „Lyrik deutschsprachiger Ärzte der Gegenwart“ kam vom Werkverlag Dr. E. Banaschewski in ersten Ausgabestücken eben noch zurecht, um als Gastgeschenk dem Präsidenten der griechischen Schriftstellerärzte überreicht zu werden. Der Sekretär der bayerischen Landesgruppe, Dr. Hans Weigold, war bereits seit 14 Tagen mit seiner Gattin in Griechenland unterwegs.

Ein Film von Ingenieur-Poet Nikos Simiriotis nach seinem Buch „Terre“ von Versen und Musik begleitet und ein Film über den XV. UMEM-Kongreß in Abano beendeten die Reihe.

Besuche der Museen und der Akropolis, gastliche Empfänge bei den Bürgermeistern der Städte Athen und Piräus fügten sich zwischen die Vorträge und Diskussionen. Am Donnerstag konnten wir in Piräus im Theatre Sklilitsi eine javanische Tanzgruppe und die zauberhaft schönen Brunnenkünste der „Tanzenenden Wasser“ bewundern. Die hellenischen Schriftstellerärzte hatten zu einem landesüblichen Essen und Folkloreabend in der Taverne da la Plaka „Vakos“ eingeladen. Am Freitagabend beschloß ein Konzert des Orchesters der Freunde der Kunst und Wissenschaft und ein Cocktailempfang der deutschen Pharmaziefirma Byk-Gulden, Konstanz, durch ihre Athener Niederlassung die gesellschaftlichen Darbietungen im Hilton-Hotel, von dessen Dachterrasse man eine wundervolle Schau auf das lichterfunkelnde nächtliche Athen genießen konnte. Das Haus Byk-Gulden hatte auch die hübschen handgewebten landesüblichen Trachten als Geschenk für die Damen gestiftet.

Die etwas unglücklich verspätete Generalversammlung der UMEM beschloß die Aufnahme der Verbindung mit der UNO, vermehrten humanitären Einsatz nach Vorschlag von Dr. Baron (Polen) und bildete eine Kommission zur Vorbereitung der Vorträge, in die für den deutschen Bundesverband dessen 1. Vizepräsident Dr. Vescovi abgeordnet wurde. Das durch den

Präsidenten des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte vorgeschlagene Thema für den nächsten Kongreß in Regensburg: „homo ludens“ wurde nach lebhafter Aussprache angenommen.

Dr. Schauwecker, der auch beim offiziellen Diner die Dankesworte für die deutsche Gruppe gesprochen hatte, lud für 1972 herzlichst ein nach seiner Vaterstadt an der Donau und versprach, den XVII. Internationalen Kongreß nach besten Kräften vorzubereiten. „Auf Wiedersehen in Regensburg“ war der Abschiedsgruß des XVI. Kongresses.

Die unermüdlich besorgte, liebenswürdige Sekretärin der griechischen Vereinigung, Frau Dr. Lambiri, fand sich mit hübschen Erinnerungsgaben an die deutschen Freunde zum Abschied im Hotel Esperia ein und wurde als die Seele des Kongresses gefeiert, und, wie Präsident Mouriki, der sich gleichfalls sehr freundlich um uns bemühte, herzlich bedankt. Am Flughafen gab es nochmals eine Überraschung. Das Flugzeug der Lufthansa konnte nicht starten wegen Triebwerksausfalles. Der aufmerksam um die Fluggäste besorgte Athener Vertreter der Lufthansa lud uns zum Mittagstisch im eleganten Flughafenrestaurant ein und vermittelte den verspäteten Abflug mit einer Maschine der Äthiopischen Airway, in der wir bis zur Ankunft in Frankfurt von den dunkelhäutigen Stewardessen aufs beste betreut wurden. Nach glatter Landung schlug die endgültige Trennungsstunde, da die einzelnen Teilnehmer die Fahrt nach ihren Heimatorten antreten mußten. Auch hier gab es wegen der verspäteten Ankunft nochmalige Verzögerungen, welche die Lufthansa großzügig mit einem Abendessen überbrückte. Bis 21.30 Uhr waren dann endlich die letzten auf dem Heimflug.

Die Griechenlandfahrt war für alle Teilnehmer ein eindrucksvolles Erlebnis, hat mit ihren Begegnungen und gemeinsamen Unternehmungen viele neue persönliche Beziehungen geknüpft und zu gegenseitigem Näherkommen beigetragen. Den deutschen Kongreßbesuchern gab sie dazu wertvolle Erkenntnisse, die bei der Gestaltung des nächstjährigen XVII. Weltkongresses, den sie in Regensburg auszurichten haben, von Gewinn sein werden. Besonders berührt hat die hohe Wertschätzung der griechischen Schriftstellerärzte durch die Gesamtheit ihrer Arztkollegen, die sich um die gastliche Aufnahme der auswärtigen Teilneh-

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

# Mitchellando®

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

*Synthera*

BIOLOGISCHE  
HEILMITTEL

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



mer sehr bemühten und an allen Veranstaltungen mit ihren Damen regen Anteil nahmen. Es wird nicht leicht sein, ihre Aufgeschlossenheit und Gastfreundschaft 1972 in Regensburg zu übertreffen.

Aufrichtigen Dank wissen alle Bundesverbandssekretär Dr. Rottler, der für die deutsche Gruppe die Gemeinschaftsreise mit Inselfahrt und Busfahrt zu Lande mit der deutschen Lufthansa ausgehandelt hatte. Die Griechenlandreise zum XVI. UMEM Kongreß wird den Teilnehmern eine unvergeßliche Erinnerung bleiben.

Ruth Herold, 8431 Greißeibach Nr. 14

### Auf Kap Sounlon

von Heinz Schauwecker

Zum Tempel aufgestiegen sitze ich  
auf steiler Marmorstufe,  
von einer der zwölf Säulen überschattet,  
die stumm aufragen in des Himmels  
azurne, reine Ätherbläue-Zeugen  
vergänger Herrlichkeit und Größe.  
Die Luft im Brand der Sonnenglut  
flirt überm silberhellen Glanz der See.  
Mein Blick verliert sich in der Weite  
der Bucht. Der nahen Insel Rücken  
hält ihn nicht auf, auch nicht die Höhen  
der weitgeschwungenen Küste Attikas,  
die fern im Dunst verschwimmen,  
der Raum wird unbegrenzt in dieser Welt des Lichts,  
da Meer und Himmel ineinander münden.  
Naht ihrem Tempel sich die Gottheit?  
Hör ich Tritonenmuschelhörner künden  
Poseidons, Amphitrites und der Nereiden Nahen?  
Verzaubert starre ich aufs Meer.  
Die Zeit verliert den Schlag der Uhren,  
mein Herz wird frei vom Alltag, wandelt  
beseeligt in der Griechengötter Spuren  
und schwingt sich auf den Flügeln  
des Pegasus ins Traumgefilde des Olympos.

### Bühender Thymian

von Heinz Schauwecker

In meinem Garten blüht milchlilablau  
am schrägen Hang der Thymianstrauch.  
Der Tag versinkt mir – das Haus und die Straße –  
ich sehe mich zwischen Säulen und Mauergestein.  
Von den Stufen im Halbrundbau des Theaters  
lausch ich dem Klang der Sprache des Äschylos,  
des Sophokles, Euripides und des Aristophanes.  
Der Dramen Geschehe, das Grauen, lassen mein Herz  
erbeben in ihrer Tragik – köstlicher Komik Lachen  
befreit es – Glück des Erinnerns  
und des Erlebens der niegeschauten, wortreichen  
Helden der Griechen und ihrer menschlichen Götter.  
Sterne stehen über den Bäumen  
und der Mond gießt sein Silber  
über Garten und Haus wie einst  
über die Stätten Olympias und Delphis,  
Epidauros und die Akropolis von Athen.  
Ich atme den Duft des Jasmins und des Thymians  
in der lindkühlen Nachtluft.  
Stille labt meine Seele mit Ruhe.  
Ich gehe ins Haus und träumend –  
das Hasten des Tags nicht zu wecken –  
schließe ich leise die Türe zur Nacht.  
In meinem Garten blüht milchlilablau  
der Thymian, wie einst in Olympia,  
Erinnern der Reise – glückhafte Ernte,  
die ich nach Hause gebracht.

## Kongresse

### Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e.V.

am 8./9. Oktober 1971 in Nürnberg

Am 8./9. Oktober 1971 findet in Nürnberg die diesjährige Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e.V. statt.

**Freitag, 8. Oktober 1971**

9.00 Uhr:

**Eröffnung** durch den Landesvorsitzenden Medizinaldirektor Dr. L. Walther

Prof. Lic. theol. Dr. phil. Hans Köhler, o. Professor an der Pädagogischen Hochschule Nürnberg der Universität Erlangen-Nürnberg

**Mensch, Arbeit, Freizeit**

Obermedizinaldirektor Dr. F. Legler, Direktor der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Erlangen

**Hygienische Probleme des Badewesens und des Campings**

14.15 Uhr:

Prof. Dr. M. J. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkranke der LVA Oberbayern

**Medizinische Aspekte der Freizeitgestaltung**

Dipl.-Forstwirt H. Weinzierl, Vorsitzender des Bundes Naturschutz in Bayern e.V.

**Naturschutz und Umweltvorsorge als gesellschaftspolitische Forderung der siebziger Jahre**

Priv.-Doz. Dr. H. Kasper, Oberarzt der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg

**Moderne diätetische Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes**

**Diskussion** nach jedem Referat

**Samstag, 9. Oktober 1971**

9.00 Uhr:

**Mitgliederversammlung**

(geschlossene Veranstaltung)

**Auskunft:** Medizinaldirektor Dr. L. Walther, 8710 Kitzingen, Friedrich-Ebert-Straße 13, Telefon (0 93 21) 43 29

### Fortbildungskurs für Innere Medizin

vom 4. bis 8. Oktober 1971 in München

Vom 4. bis 8. Oktober 1971 findet in der I. Medizinischen Klinik der Universität München unter der Leitung von Professor Dr. Schwlegk ein Fortbildungskurs für Innere Medizin statt.

Der Kurs erstreckt sich auf folgende Gebiete: Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Infektionskrankheiten, Endokrinologie und Immunologie.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Fortbildungskurs für Pädiatrie**

**vom 4. bis 6. Oktober 1971 in München**

Vom 4. bis 6. Oktober 1971 findet im Schwabinger Kinder-Krankenhaus in München unter der Leitung von Professor Dr. Hilber ein Fortbildungskurs für Pädiatrie statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Fortbildungskurs der Chirurgischen Klinik der Universität München**

**vom 4. bis 8. Oktober 1971 in München**

Vom 4. bis 8. Oktober 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. Z e n k e r ein Fortbildungskurs in der Chirurgischen Klinik der Universität München statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Fortbildungskurs für Innere Medizin**

**vom 4. bis 8. Oktober 1971 in München**

Vom 4. bis 8. Oktober 1971 findet in der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität München unter der Leitung von Professor Dr. L e y ein Fortbildungskurs für Innere Medizin statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Fortbildungskurs der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar**

**vom 11. bis 16. Oktober 1971 in München**

Vom 11. bis 16. Oktober 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. B l ö m e r ein Fortbildungskurs in der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Fortbildungskurs für Phonokardiographie**

**(I. Teil)**

**am 22./23. Oktober 1971 in München**

Am 22./23. Oktober 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. M i c h e l ein Fortbildungskurs für Phonokardiographie (I. Teil) in der Stiftsklinik Augustinum, München, statt.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Kurs für Röntgenhelferinnen**

**vom 11. bis 22. Oktober 1971 in Erlangen**

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 11. bis 22. Oktober 1971 in Erlangen statt.

**Teilnahmevoraussetzung:** Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 90)

## **Fortbildungskurs der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg**

**vom 2. bis 5. November 1971 in Würzburg**

Vom 2. bis 5. November 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. K e r n ein Fortbildungskurs in der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg statt.

**Thema:** Chirurgie (Gefäß-, Lungen-, Kinder- und Unfallchirurgie)

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 75)

## **Kurs für Laborhelferinnen**

**vom 2. bis 12. November 1971 in Nürnberg**

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen findet in der Zeit vom 2. bis 12. November 1971 in Nürnberg statt.

**Teilnahmevoraussetzung:** Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich.

**Auskunft und Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 90)

## **Kurs über Methoden der Lungenfunktionsanalyse für Praxis und Klinik**

**vom 27. bis 29. Oktober 1971 in Bad Reichenhall**

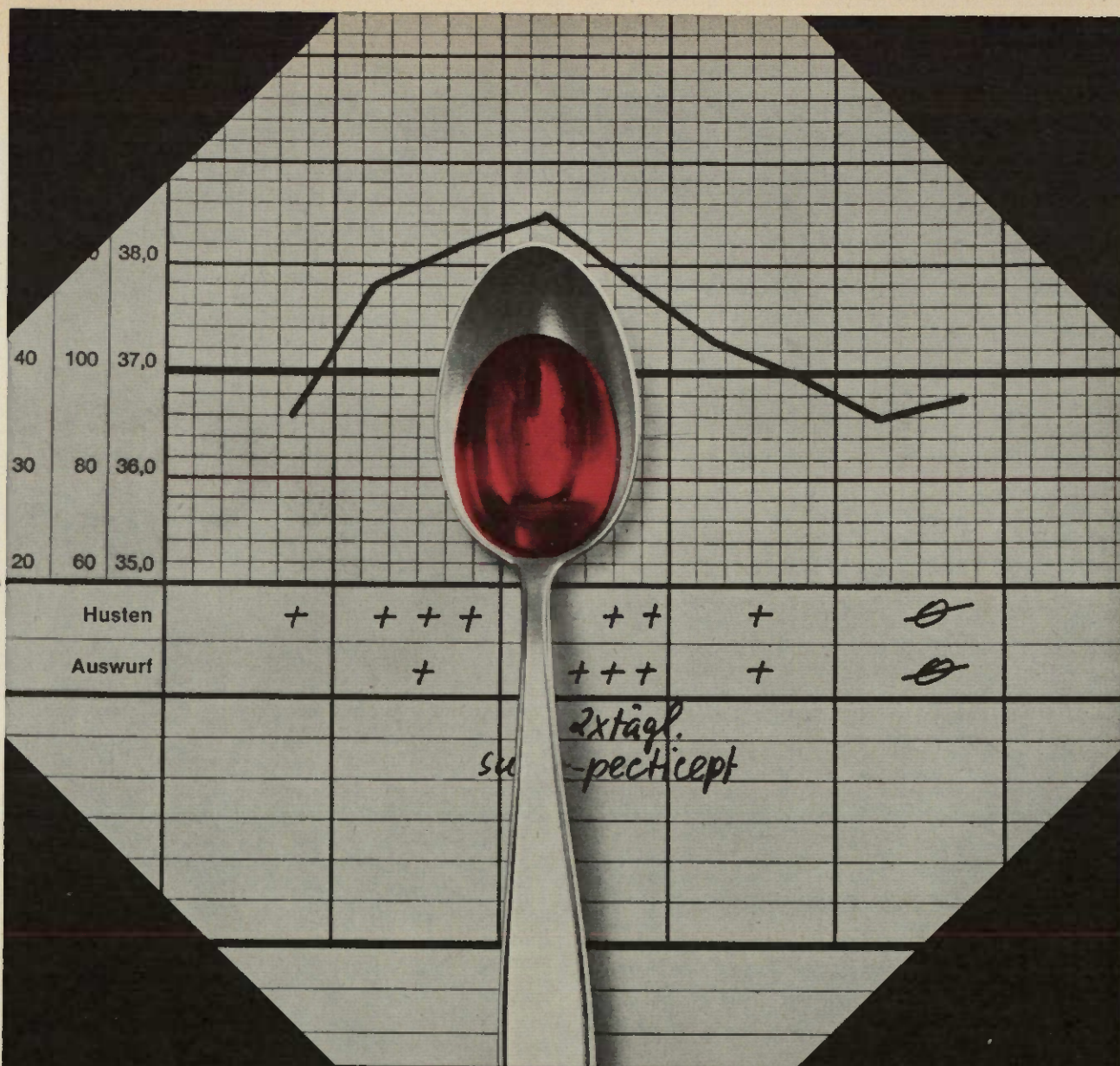
Vom 27. bis 29. Oktober 1971 findet im Klinischen Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern/Oberpfalz ein Kurs über Lungenfunktionsanalytische Methoden für Praxis und Klinik für Ärzte und Arzthelferinnen statt.

Der Kurs soll in die Theorie und Praxis der heute gebräuchlichen Methoden der Lungenfunktionsanalyse einführen.

Die Kursteilnahme ist **gebührenfrei**.

Wegen der Beschränkung der Teilnehmerzahl ist umgehende Anmeldung erforderlich.

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



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

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

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

Handelsformen  
Flasche mit 90 ml  
Packung mit 25 Tabletten



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

## Fortbildungskurs an der Medizinischen Universitätsklinik

am 30. Oktober 1971 in Würzburg

Am 30. Oktober 1971 findet ein Fortbildungskurs an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg statt.

**Themen:** Diagnostik von Leber- und Gallenwegserkrankungen. Was ist gesichert in der Lebertherapie? Nichtinfektiös bedingte Diarrhoea-Diagnostik und Therapie. Indikationen zur Leberblindpunktion, zur Gastroskopie und Laparoskopie. Therapie des Magen- und Duodenalulkus (Konservative Therapie – Operative Therapie)

**Auskunft und Anmeldung:** Privatdozent Dr. med. H. Kasper, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Telefon (09 31) 20 13 95

## 7. Klinisches Wochenende

am 23./24. Oktober 1971 in Weißenhorn

Am 23./24. Oktober 1971 findet in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer unter der Leitung von Dr. med. E. Thäle das 7. Klinische Wochenende in der Aula des Nikolaus-Kopernikus-Gymnasiums, Weißenhorn, statt.

**Auskunft:** Dr. med. E. Thäle, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses, 7912 Weißenhorn, Telefon (0 73 09) 578 – 579

## Klinische Fortbildung der I. und II. Universitäts-Frauenklinik In Verbindung mit der Bayerischen Landesärztekammer und dem Berufsverband der Frauenärzte Bayerns

vom 8. bis 12. November 1971 in München

Vom 8. bis 12. November 1971 findet eine klinische Fortbildungsveranstaltung in der I. und II. Universitäts-Frauenklinik in Verbindung mit der Bayerischen Landesärztekammer und dem Berufsverband der Frauenärzte Bayerns unter der Leitung von Professor Dr. Zander statt.

**Thema:** Probleme der Sterilität in Praxis und Klinik (Faktoren von seiten des Eileiters und des Utero-, Vaginaltraktes, Faktoren von seiten des Mannes, hormonale Faktoren).

**Auskunft und Anmeldung:** I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, 8000 München 15, Maistraße 11, Telefon (08 11) 5 39 71

## Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozial- medizin e. V. gemeinsam mit der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

am 11./12. Oktober 1971 in München

Am 11./12. Oktober 1971 findet in München die Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V. gemeinsam mit der Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin statt.

**Thema:** Gesundheitspolitik und sozialmedizinische Forschung

Programme werden auf Wunsch zugesandt.

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

## 4. Diagnostik-Woche

vom 22. bis 26. März 1972 in Düsseldorf

### Vorankündigung

Die 4. Diagnostik-Woche ist mit einer großen internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung, „Medizin und Technik – Diagnostica – Therapeutica“, verbunden.

**Veranstalter und Auskunft:**

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2, Telefon (07 11) 76 14 54

in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen/Lippe

**Leitung:** Professor Dr. med. E. Fromm, Hamburg  
Neben den Vorträgen werden zahlreiche Kurse und Seminare sowie Firmendemonstrationen durchgeführt.

Folgende Schwerpunktthemen werden behandelt:

Diagnostische Probleme fieberhafter Erkrankungen  
Indikation und Kontraindikation in der Psychopharmako-Therapie

Klinisch-chemische Untersuchungen im Rahmen der Präventivmedizin

Diagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen

Viruserkrankungen in der Schwangerschaft

Diagnose und Differentialdiagnose der Erkrankungen des Enddarms

Diagnostik der Narkose- und Operationsfähigkeit

Frühdagnostik in der Geriatrie

Industrie und Medizin (Industrie berichtet aus ihrem Forschungsbereich)

(Röntgen-Halbtage)

**Sinupret®**

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

# Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 7. bis 10. Oktober 1971 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer die  
47. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte in Regensburg

**Donnerstag, 7. Oktober 1971**

20.00 Uhr:

**Festvortrag:**

Professor Dr. R. Lüst, Direktor des Instituts für extraterrestrische Physik des Max-Planck-Instituts für Physik und Astrophysik, Garching, Vorsitzender des Deutschen Wissenschaftsrates

**Weltraumforschung und Astronomie**

Vortragssaal: Reichssaal des Alten Rathauses

**Freitag, 8. Oktober 1971**

**1. Hauptthema:**

**Moderne antibakterielle Therapie**

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. J. Dengler, Gießen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00–9.30 Uhr:

**Begrüßung und Eröffnung der Ausstellung**

9.30–9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Dengler, Direktor an den Medizinischen Universitätskliniken Gießen

**Einleitung: Zur Problematik in der antibiotischen Therapie**

9.45–10.15 Uhr:

Prof. Dr. Th. Dimmling, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg

**Neue Gesichtspunkte zur Resistenzsituation bei klinisch wichtigen Keimen**

10.15–10.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Wirth, Medizinische Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen

**Erregerspektren wichtiger Infekte und ihre therapeutischen Konsequenzen**

11.15–11.55 Uhr:

Doz. Dr. G. Hitzemberger, I. Medizinische Universitätsklinik Wien

**Neuere Entwicklungen auf dem Gebiet der Antibiotika und ihre Bedeutung für die Praxis**

11.55–12.25 Uhr:

Prof. Dr. C. Simon, Kinderklinik der Universität Kiel  
**Aktuelle Gesichtspunkte der Antibiotika-Therapie im Kindesalter**

14.30–15.00 Uhr:

**Wissenschaftlicher Film**

(Farbtonfilm – Boehringer Mannheim GmbH)

**Herzinsuffizienz**

**Laborseminar**

Ort: Theologische Fakultät der Universität Regensburg, Am Ölberg 6/1

**Fortschritte der Laboratoriumsdiagnostik in Klinik und Praxis**

(Ausführliches Programm bitte anfordern. Platzkarten erforderlich)

Veranstaltet von der Firma Boehringer Mannheim GmbH

15.00–15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. E. Jung, Universitäts-Hautklinik Heidelberg

**Antibiotika in der Dermatologie**

15.30–16.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Eggers, Direktor des Instituts für Virologie der Universität Gießen

**Möglichkeiten der Chemotherapie von Virusinfekten**

16.00–16.20 Uhr:

Prof. Dr. L. Koslowski, Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Tübingen

**Antibakterielle Therapie bei schweren Verbrennungen**

16.50–18.30 Uhr:

**Rundtischgespräch**

Kombinationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen in der antibiotischen Therapie

Fragen aus der Praxis

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. J. Dengler unter Mitwirkung der Referenten des Tages

**Samstag, 9. Oktober 1971**

**2. Hauptthema:**

**Fortschritte in der Notfalldiagnostik und -therapie der Praxis**

Tagesvorsitz: Prof. Dr. Dr. h. c. H. E. Bock, Tübingen  
Vortragssaal: Stadttheater



**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

9.00–9.15 Uhr:

Prof. Dr. Dr. h. c. H. E. B o c k , Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen  
**Einleitung: Zur Situation in der Praxis**

9.15–9.45 Uhr:

Prof. Dr. A. W i n d o r f e r , Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Pädiatrie**

9.45–10.15 Uhr:

Prof. Dr. P. S c h ö l m e r i c h , Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Mainz  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Kardiologie, Angiologie, Pulmonologie**

10.15–10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. D. W a l l e r , Medizinische Universitätsklinik Tübingen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Hämatologie und Toxikologie**

11.15–11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. D ü r r , Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Landshut  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Nephrologie**

11.45–12.15 Uhr:

Prof. Dr. W. K a u f m a n n , Medizinische Universitätsklinik Tübingen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Endokrinologie**

12.15–12.45 Uhr:

Prof. Dr. R. K e p p , Direktor der Universitäts-Frauenklinik Gießen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Frauenheilkunde**

14.30–15.00 Uhr:

**Wissenschaftlicher Film**  
(Farbtonfilm – Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen)  
**Herzstillstand – Reanimation**

15.00–18.00 Uhr:

**Seminargespräch**

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8/l (Auditorium)

**Aktuelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Praxis**

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. H a r b a u e r , Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frankfurt

Teilnehmer: Prof. Dr. B a c h , Mainz; Prof. Dr. L e m p p , Tübingen; Prof. Dr. N i e s s e n , Berlin; Prof. Dr. R e m s c h m i d , Marburg.

**Laborseminar**

siehe Freitag, 8. Oktober 1971

15.00–15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. N e u b a u e r , Direktor der Universitäts-Augenklinik Köln-Lindenthal  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Ophthalmologie**

15.30–16.00 Uhr:

Prof. Dr. P i e s t e r , Direktor der HNO-Universitätsklinik Tübingen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

16.00–16.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. K. M a y e r , Neurologische Universitätsklinik Tübingen  
**Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Neurologie**

17.00–18.00 Uhr:

**Rundtischgespräch**

Fragen aus der Praxis

Gesprächsleitung: Prof. Dr. Dr. h. c. H. E. B o c k unter Mitwirkung der Referenten des Tages

**Sonntag, 10. Oktober 1971**

**3. Hauptthema:**

**Für die Praxis wichtige Fortschritte**

Tagesvorsitz: Prof. Dr. W. G e r o k , Freiburg

Vortragssaal: Stadttheater

9.00–9.15 Uhr:

Prof. Dr. W. G e r o k , Direktor an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg/Br.  
**Einleitung und Überblick**

9.15–9.45 Uhr:

Prof. Dr. W. K ü n z e r , Direktor der Universitäts-Kinderklinik Freiburg/Br.  
**Fortschritte auf dem Gebiet der Pädiatrie**

9.45–10.15 Uhr:

Prof. Dr. G. M a c k e n s e n , Direktor der Universitäts-Augenklinik Freiburg/Br.  
**Fortschritte auf dem Gebiet der Ophthalmologie**

10.15–10.45 Uhr:

Prof. Dr. G. K o r t i n g , Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik Mainz  
**Fortschritte auf dem Gebiet der Dermatologie**

11.15–11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. B ü n t e , Chirurgische Universitätsklinik Erlangen  
**Fortschritte auf dem Gebiet der Gastrointestinal-Chirurgie**

11.45–12.15 Uhr:

Prof. Dr. L. K o s l o w s k i , Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Tübingen  
**Fortschritte auf dem Gebiet der Knochenbruchbehandlung**

12.50–14.00 Uhr:

**Rundtischgespräch**

Fragen aus der Praxis

Gesprächsleitung: Prof. Dr. W. G e r o k unter Mitwirkung der Referenten des Tages

10.00–12.00 Uhr:

**Laborseminar**

siehe Freitag, 8. Oktober 1971

**Die Einrichtung eines Praxislabors aus der Sicht der klinischen Chemie**  
(Diskussion und Beratung über labortechnische Fragen)

Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, Telefon (09 41) 5 07 21 83 / 21 82

(Fortsetzung Seite 880)

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

Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung hat sich im Juli kaum verändert, sie ist bereits seit Mai auf etwa gleichem Stand. Scharlachfälle wurden im Juli seltener als im Juni berichtet, die Erkrankungsziffer sank von 40 auf 33 Fälle je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr).

Nur wenige Fälle von Typhus, Paratyphus und Ruhr wurden im Juli bekannt. Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) trat in ähnlicher Anzahl wie im Juni und auch im Mai auf, nämlich 22 Fälle je 100 000 Einwohner. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) stieg geringfügig von 23 auf 24 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Juli 1971 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11				
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Obertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis Infectiosa						
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										Übrige Formen						
							Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen										E		ST		E		ST
E) ST)		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	125	-	-	-	6	-	23	1	2	-	4	-	-	-	1	-	73	1	-	-			
Niederbayern	-	-	11	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	4	-	19	-	5	-			
Oberpfalz	-	-	30	-	-	-	11	-	6	-	-	-	-	-	-	-	2	-	17	-	-	-			
Oberfranken	-	-	44	-	-	-	-	-	19	2	1	1	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-			
Mittelfranken	-	-	73	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	37	-	3	-			
Unterfranken	1	-	16	-	-	-	2	-	10	-	-	-	-	-	4	-	-	-	56	-	-	-			
Schwaben	1	-	36	-	-	-	6	2	11	1	-	-	-	-	-	-	1	-	12	-	2	-			
B a y e r n	2	-	335	-	-	-	26	2	75	4	3	1	4	-	6	-	8	-	226	1	10	-			
München	-	-	63	-	-	-	-	-	2	-	-	-	4	-	-	-	1	-	38	-	-	-			
Nürnberg	-	-	38	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-			
Augsburg	-	-	1	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Regensburg	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-			

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Bengische Krankheit		Leptospire				Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>2)</sup>		
					Paltekrankheit		Übrige Formen						Welsche Krankheit		Übrige Formen								
					E		ST		E		BT		E		ST		E		ST		E		ST
E BT		E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	89	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2		
Niederbayern	-	-	19	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	-	-		
Oberpfalz	-	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1		
Oberfranken	-	-	21	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	-	1	
Mittelfranken	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	
Unterfranken	-	-	24	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	8	
Schwaben	-	-	40	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	7	
B a y e r n	-	-	244	2	2	-	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-	4	-	7	5	-	21	
München	-	-	38	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	

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

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

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

## Fortbildungstagung der Bayerischen und Österreichischen Röntgengesellschaft

am 16./17. Oktober 1971 in Bozen

Am 16./17. Oktober 1971 findet eine gemeinsame Fortbildungs- und Arbeitstagung der Bayerischen und Österreichischen Röntgengesellschaft in Bozen (Haus der Kultur „Walther von der Vogelweide“) statt.

Themen:

1. Der Unfall in radiologischer Sicht und seine diagnostischen Probleme
2. Die Kollagenosen im Röntgenbild

Auskunft: ORMR Dr. W. Ralsch, 8580 Bayreuth, Rosestraße 13, Telefon (09 21) 38 26

## Unfallmedizinische Tagung

am 16./17. Oktober 1971 in Passau

Am 16./17. Oktober 1971 findet eine Unfallmedizinische Tagung unter der Leitung von Professor Dr. med. L o b b und Chefarzt Dr. med. P r o b s t in Passau, Nibelungenhalle, statt.

Auskunft und Anmeldung: Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8000 München 60, Am Knie 6, Telefon (08 11) 8 89 71

## Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 25. bis 28. Oktober 1971 in Erlangen

Der 7. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie findet am 25. bis 28. Oktober 1971 unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. M. C l a s s e n an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Wegen der beschränkten Teilnehmerzahl ist baldige Anmeldung erwünscht.

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (091 31) 85 33 74

## Kurs für praktische Gastroenterologie

am 29./30. Oktober 1971 in Erlangen

Am 29./30. Oktober 1971 findet an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. med. L. D e m l i n g der 6. Kurs für praktische Gastroenterologie statt.

Auskunft: Privatdozent Dr. med. M. C l a s s e n, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

### Buchbesprechungen

Achim Anderer: „Studentenkompanie – Stationen. Die bittere Arznei der Zeit.“ Zweiter Teil, 225 S., Paperback 1970. DM 12,-. Verlag Karl Knödler, Reutlingen.

In Fortsetzung des ersten Bandes „... ohne Rücksicht auf Verluste“ (Bayerisches Ärzteblatt 10/1970, S. 966) verfolgen wir in diesem Bande das Leben und das Studium des stud. med. Steinkamp bis zum Physikum in der Münchener Studentenkompanie. Wir besuchen mit ihm die Vorlesungen, die in den Hörsälen mit zertrümmerten Fensterscheiben stattfinden und lesen die lebensnahen Schilderungen der Professoren wie auch des in München seit Jahrzehnten berühmten Paukers in Anatomie und Physiologie. Gedanken um eine Reform des Medizinstudiums, die

auch heute noch Aktualität besitzen, sind die Gesprächsthemen einer studentischen Jugend, die in den Trümmern der Hauptstadt der Bewegung ohne Hoffnung studiert. Die Liebe zu einem Mädchen ist der verzweifelte Versuch, in dieser Welt des Wahnsinns einen inneren Halt zu finden, der sich aber letzten Endes als fragwürdig erweist, nachdem der ehemalige Klassenkamerad Silberstein als CIC-Captain in Erscheinung getreten ist. Auch die Freundschaft zu einem Kameraden, dessen Homosexualität zu tolerieren versucht wird, endet mit einer Enttäuschung. Die Zwiespältigkeit und trostlose Zerrissenheit dieser kranken Menschen wird erschütternd geschildert. Nach bestandenen Physikum wird Steinkamp als Feldunterarzt an die Italienfront abgestellt und hier einem Kriegslazarett zugeteilt, dessen Leben und Treiben naturgetreu ohne Illusion geschildert wird. Köstlich der

sächselsende Chefarzt, der kollegiale Chirurg, der gefährliche als NS-Führungsoffizier fungierende Stebsarzt, die tüchtige Schwester Annemarie, alles Typen, wie sie solche wohl in allen Lazaretten gegeben hat. Es wird aber auch die seelische Not lebensnah geschildert, wie sie mit dem Näherrücken der Kriegsergebnisse sich lähmend auf das Denken der Soldaten auswirkte. Gefangenschaft, Entlassung und Heimkehr ins zerstörte Elternhaus sind die traurigen Endstationen des „Reichsunterarztes“ Steinkamp, der ohne Hoffnung heimkehrte und doch wieder den Weg suchte, sein Studium zu vollenden. Achim Anderer hat uns hier das Schicksal eines werdenden Arztes im Kriege erzählt, manches davon haben viele von uns in ähnlicher Weise erlebt. Auch der zweite Teil der bitteren Arznei der Zeit ist realistisch und ohne Beschönigung geschrieben, der Autor will nur aufzeigen, wie es wirk-



**MINI-Fernseh-Kamera**  
mit Wiedergabe-Monitor

DM 1880,- Einmalige Bildschärfe  
Bedienung u. Aufbau kinderleicht  
Ideal f. Überwachung, Werbung u.  
Kontrolle. Bildprospekt gratis!

ELEKTRO-KG Abt.: FS 200  
6 Ffm.-50 · Am E. Schlag 22



### Privatnervenklinik Gauting

Vorortsnähe München, in landschaftlich schöner Lage  
Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung  
Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt  
Hellschlaf, Psychotherapie, Bäder, Röntgen usw.  
8305 Gauting, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

### „Stetophon“

**ELEKTRO-STETHOSKOP**  
Bequeme, zuverlässige und  
lautstarke Auskultation.  
Herz, Kreislauf, Atmung usw.  
im Hörer oder Lautsprecher.  
Prospekt: SANITEST  
6 Frankfurt/M.-Eckenheim 358

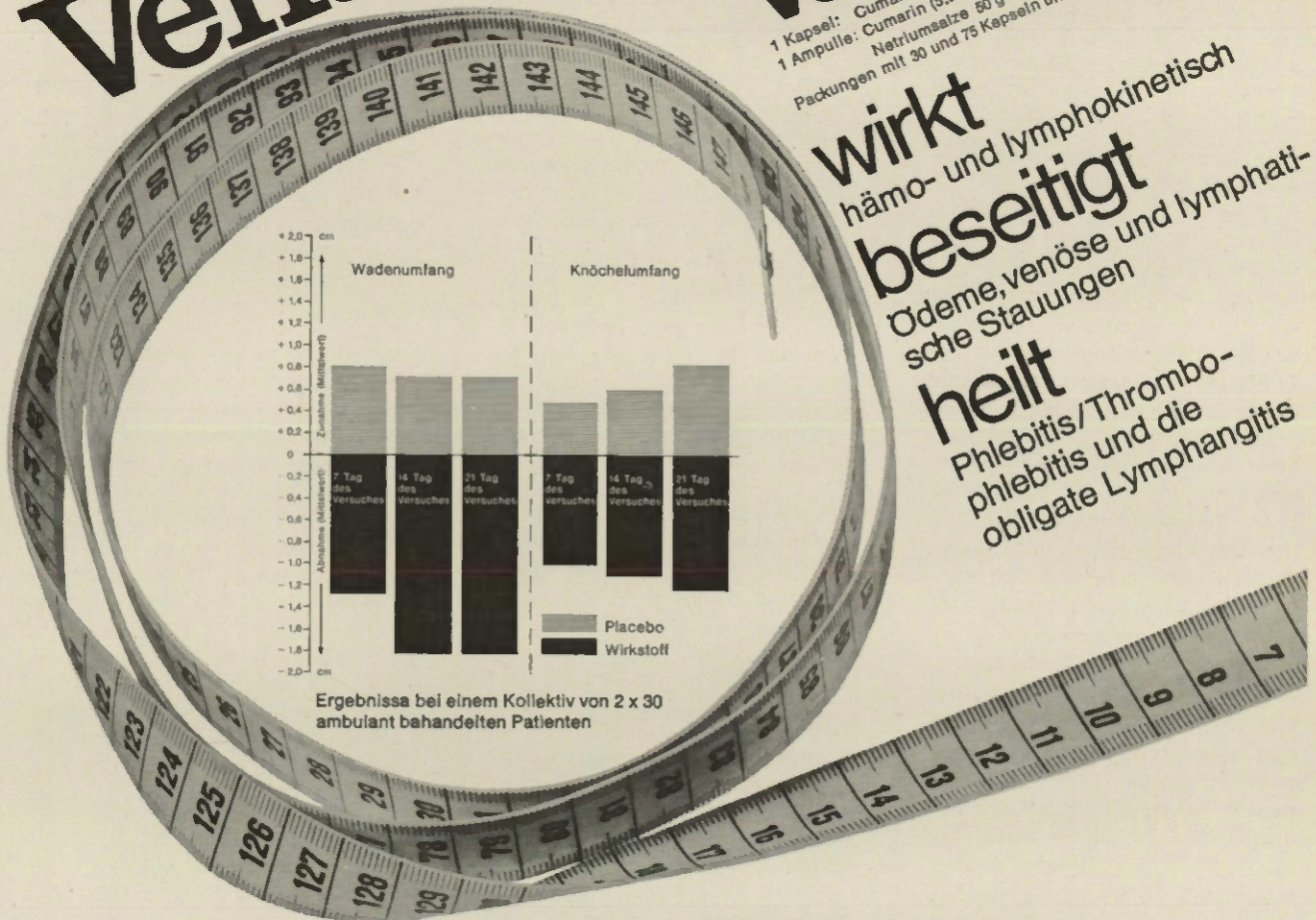


# Der Venalot®-Erfolg ist meßbar

## Venalot®

1 Kapsel: Cumarin (5,6-Benzo- $\alpha$ -pyron) 5 mg, Rutin 25 mg  
 1 Ampulle: Cumarin (5,6-Benzo- $\alpha$ -pyron) 3 mg, Rufinschwefelsäureester-  
 Natriumsalze 50 g  
 Packungen mit 30 und 75 Kapseln und 5 Ampullen, Anstaltspackungen

wirkt hämo- und lymphokinetisch  
 beseitigt Ödeme, venöse und lymphatische Stauungen  
 heilt Phlebitis/Thrombophlebitis und die obligate Lymphangitis



(Klügen, N.: Eine klinische Doppelblindstudie zum Versuch einer Objektivierung der Therapie mit Venopharmaka. Therapiewoche 21, 72 [1971])

Zur Langzeittherapie

## Venalot® Depot

die 1 Dragee pro Tag –  
 die 1 Dragee pro Nacht-Therapie

1 Dragee: Cumarin (5,6-Benzo- $\alpha$ -pyron) 15 mg, Tri-(hydroxyäthyl)-rutin 80 mg  
 Packungen mit 20 Dragees und 50 Dragees, Anstaltspackungen



Schaper & Brümmer  
 Salzgitter-Ringelheim

lich war, ohne die Vergangenheit bewältigen zu wollen in diesem oder jenem Sinne. Freilich stellt er dabei die vielfältigen Probleme jener Zeit in den Raum und fordert damit den aufmerksamen Leser zu einer gewissen Stellungnahme heraus. Trotzdem ist es ein Buch des Verstehens für die vielseitigen Schwächen der Menschen, die hier keine bösertige, sondern eine tolerante Darstellung finden. Die beiden Bücher Achim Anderers sind eine bittere Arznei, aber gerade die bitteren Arzneien sind oft die heilsamsten.

Dr. med. Paschke, Emskirchen

Prof. Dr. A. C. Burton: „**Physiologie und Biophysik des Kreislaufs**“. 299 S., 114 Abb., 17 Tab., DM 54,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Dem Autor dieser Monographie, ein kanadischer Biophysiker, ging es nach seinen eigenen Worten darum, mehr das Grundsätzliche als die einzelnen Fakten darzustellen. Neue Fakten sind zu kurzlebig, darum sollen sie den Zeitschriften überlassen werden. Der Stoff wurde nach den Prinzipien des Kreislaufs geordnet. Die Einführung beginnt mit der Frage: Warum haben wir einen Blutkreislauf? Der Autor schließt mit der Feststellung: „Wir müssen der Himmlischen Kommission für die Konstruktion des Säugetierkreislaufs unsere Glückwünsche sagen und freimütig zugeben, daß wir keine bessere Arbeit hätten leisten können.“ Der Verfasser zeigt noch an vielen anderen Stellen, daß er Sinn für Humor hat und Physiologie Spaß machen kann! In den weiteren Kapiteln befaßt sich der Autor mit dem Blut, der zirkulierenden Flüssigkeit, dem Gefäßbett, dem Herzen und der Herzaktion und der Regulation des Kreislaufs.

Besonders reizvoll ist es, daß der Verfasser die Stellen im Text kenntlich gemacht hat, von denen er annimmt, daß andere Physiologen mit ihm nicht übereinstimmen bzw. über deren Gültigkeit er sich selbst nicht ganz sicher ist.

Dr. K. Pollak, München

## Kongreßkalender

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 Auskunftsetelle in Verbindung zu setzen.

**Oktober 1971**

2. – 3. 10. in Bad Nauheim:

**Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen, verbunden mit einem Laborkurs für ArzthelferInnen.** Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt, Broßstraße 6

2. – 3. 10. in Salzburg:

**Fortbildungstagung der Radiologisch-Technischen Assistentinnen Österreichs und der Röntgenassistentinnen Bayerns in Salzburg.** Auskunft: Frau Ilse Dörner, A-1070 Wien, Keyongasse 21/19.

3. – 7. 10. in Köln:

**50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.** Auskunft: Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Köln, 5000 Köln, Zülpicher Straße 47.

4. – 6. 10. in Berlin:

**Internationaler Kongreß für Detoxifizierung in der Medizin, 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik.** Auskunft: Geschäftsstelle der GMDS, 6900 Heidelberg, Berliner Straße 27.

7. – 9. 10. in Davos:

**4. Internationales Symposium des Ärztevereins Devos.** Auskunft: Sekretariat der Thurg.-Scheffh. Heilstätte, CH-7270 Davos-Platz.

7. – 9. 10. in Stuttgart:

**Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsellkrankheiten gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gastro-Enterologie.** Auskunft: Prof. Dr. K. Heinkel, Krankenhaus Stuttgart-Bez. Cannstett, Medizinische Klinik.

7. – 10. 10. in Regensburg:

**47. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung.** Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

8. – 9. 10. in Frankfurt:

**2. Jahrestagung und zugleich ordentliche Mitgliederversammlung der Peul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. W.-H. Wegner, Farbwerke Hoechst AG, 6000 Frankfurt/Main 80.

8. – 9. 10. in München:

**12. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. O. Messerschmidt, 7800 Freiburg, Albertstraße 23.

8. – 13. 10. in Mexico:

**V. internationaler Kongreß für Nephrologie.** Auskunft: Instituto Nacional de Cardiología Ave. Cuauhtemoc 300 Mexico 7, D. F., Mexico.

9. – 10. 10. in Marburg:

**3. Kongreß für gastroenterologische Endoskopie.** Auskunft: Sekretariat Dr. med. H. Lindner, Medizinische Abteilung des DRK-Krankenhauses, 2000 Hamburg 13, Beim Schlump 84.

9. – 10. 10. in Bad Wiessee:

**19. Fortbildungskurs in praktischer Medizin.** Auskunft: Dr. K. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 4.

10. – 11. 10. in Salzburg:

**2. Österreichische Internistentagung.** Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

11. – 16. 10. in Innsbruck:

**17. Praktischer EKG-Kurs.** Auskunft: Frau M. Bolda, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

11. – 29. 10. in Berlin:

**Strahlenschutzkurs für Ärzte.** Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

**RECORSAN® - HERZSALBE**

Die älteste Herzsalbe,  
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

13. – 16. 10. in Essen:

**Deutsch-Italienischer Angiologen-Kongreß in Zusammenarbeit mit der Italienischen Gesellschaft für Angiologia.** Auskunft: Prof. Dr. med. N. Klüßner, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.

15. – 16. 10. in Salzburg:

**4. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.** Auskunft: Dr. K. Pranner, i. Chirurgische Abteilung, A-5020 Salzburg, Landeskrankenanstalten.

15. – 17. 10. in Bad Nauheim:

**10. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen.** Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt 90, Broßstraße 6.

16. – 17. 10. in Innsbruck:

**Klinisches Wochenende.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

16. – 17. 10. in Passau:

**Unfallmedizinische Tagung.** Auskunft: Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8000 München 60, Am Knie 6.

16. – 17. 10. in Bad Reichenhaller:

**Klinisches Wochenende.** Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien, Knaippkurhotel Kronprinz.

18. – 19. 10. in Innsbruck:

**Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

18. – 21. 10. in Marseille:

**8. Europäischer Kongreß der Allergologie.** Auskunft: Prof. J. Charpin, Hospital Sainte-Marguerite, F-13 Marseille 9<sup>e</sup>.

18. – 22. in Madrid:

**6. Internationaler Kongreß für Hygiene, Präventiv- und Sozialmedizin.** Auskunft: Prof. G. A. Canaperia, 37, Via Filippo Civinini, J-00197 Roma.

18. – 22. 10. in Nuhrberg:

**Röntgen-Strahlenschutzkurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Nuhrberg, Ingolstädter Landstraße 1.

18. – 23. 10. in Innsbruck:

**Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

21. – 23. 10. in Baden-Baden:

**15. Baden-Badener Herbsttagung für Balneologie und physikalische Therapie.** Auskunft: Bäder- und Kurverwaltung, 7570 Baden-Baden.

23. – 24. 10. in Weihenhorn:

**7. Klinisches Wochenende.** Auskunft: Dr. med. E. Thälä, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses, 7912 Weihenhorn.

24. – 30. 10. in Baden-Baden:

**Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund.** Auskunft: Sekretariat, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 40.

25. – 29. 10. in Nuhrberg:

**Einführungskurs in den Strahlenschutz.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Nuhrberg, Ingolstädter Landstraße 1.

25. – 30. 10. in Wien:

**25. Österreichischer Ärztekongreß – Van-Swieten-Tagung.** Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für

ärztliche Fortbildung, A-1011 Wien, Weihburggasse 10 – 12.

25. 10. – 12. 11. in Nuhrberg:

**Strahlenschutzkurs, Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Nuhrberg, Ingolstädter Landstraße 1.

28. – 31. 10. in Stuttgart:

**8. Stuttgarter Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg mit Hellmittelausstellung.** Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.

29. – 31. 10. in Köln:

**8. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie.** Auskunft: Dr. K.-D. Ebel, Röntgenabteilung des Kinderkrankenhauses der Stadt Köln, 5000 Köln, Amsterdamer Straße 59.

29. – 31. 10. in Bad Nauheim:

**EKG-Fortbildungskurs der Landesärztekammer Hessen – Grundlagen der Technik und der vektoriellem Deutung des EKG nach Frank.** Auskunft: Obermedizinischer Direktor Dr. A. H. Lemmarz, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.

30. – 31. 10. in München:

**Moderne Diagnostik der Leberkrankheiten – Laborkurs für Photometrie – Gerinnungsüberwachungs-Methoden.**

Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns, 8000 München 83, Hamannstraße 8.

November 1971

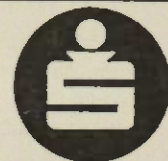
1. – 4. 11. in Baden-Baden:

**Internationaler Akupunkturkongreß.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Akupunktur, 7000 Stuttgart 1, Neckarstraße 48 B.



## Die Reichen von morgen sparen bei uns.

Weil Vermögen nicht vom Himmel fällt,  
sparen sie bei uns. Nach einem maßge-  
schneiderten Programm.  
Das können Sie auch.



wenn's um  
Geld geht-  
SPARKASSE

1. – 4. 11. In Bonn-Bad Godesberg:  
**10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Lutt- und Raumfahrtmedizin.** Auskunft: Dr. med. H. A. Gerlach, 8080 Fürstenfeldbruck, Kögelstraße 2.

1. – 7. 11. In Baden-Baden:  
**40. Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erforschungshelkunde.** Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungshelkunde, 6900 Heidelberg 1, Blumenthalstraße 38.

2. – 5. 11. In Neuherberg:  
**Strehlschutzkurs / 1. Fortbildungskurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. – 6. 11. In Berlin:  
**4. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. E. Salling, 1000 Berlin 44, Mariendorfer Weg 28-38.

5. – 7. 11. In Kassel:  
**EKG-Fortbildungs- und Übungskurs.** Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Heinecker, Stadtkrankenhaus, 3500 Kassel, Mönchbergstraße.

6. – 7. 11. In Dortmund:  
**Tagung der Rheinisch-Westfälischen Augenärzte.** Auskunft: Dr. med. Berneeud-Kötzt, 5600 Wuppertal-Eilberfeld, Kirchstraße 3.

6. – 7. 11. In Kiel:  
**12. Wissenschaftliche Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankheiten.** Auskunft: Dr. med. K. v. Windheim, 2070 Großhansdorf, Wöhrendamm 80.

8. 11. – 3. 12. In München:  
**III. Sozialmedizinischer Kurs.** Auskunft: Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

8. – 12. 11. In Neuherberg:  
**Strehlschutzkurs / 2. Fortbildungskurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

10. – 11. 11. In Stuttgart:  
**Wissenschaftlich-Praktische Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.** Auskunft: Sekretariat, 4700 Hamm, Bahnhofstraße 2.

10. – 13. 11. In Düsseldorf:  
**Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz, 6000 Frankfurt 90, Hamburger Allee 26.

12. – 14. 11. In Erlangen:  
**Seminar über Internistische Sportmedizin des Deutschen Sportärztebundes.** Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen/Nürnberg, Sportmedizinische Abteilung, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

12. – 14. 11. In Fulda:  
**6. Tagung Heelscher Internisten.** Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten, Landesgruppe Hessen, 6200 Wiesbaden, Bleichstraße 43.

13. 11. In Wiesbaden:  
**Europäische Symposion „Hiatahernie, Sphinkterinsuffizienz und Refluxösophagitis.“** Auskunft: Deutsche Klinik für Diagnostik AG, Frau Certes, 6200 Wiesbaden, Aukammallee 33.

14. – 15. 11. In Bochum:  
**Fortbildungsveranstaltung: Treumetologie.** Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6.

15. – 18. 11. In Buenos Aires:  
**XXXVI. Internationaler Homöopathischer Kongreß der Liga Medicorum Homeopathica Internationalis.** Auskunft: Dr. med. K.-H. Illing, 3500 Kassel, Elsässer Straße 18.

17. – 21. 11. In Wiesbaden:  
**Wiesbedener Tagung der Arbeitskreise für Augenärzte.** Auskunft: Be-

rufsverband der Augenärzte Deutschlands, 4000 Düsseldorf-Oberkassel, Wildenbruchstraße 21.

20. 11. In Innsbruck:  
**Symposion: Psychomotorische Faktoren der sportlichen Leistung.** Auskunft: Bayerischer Sportärzteverband, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.

22. 11. – 17. 12. In Berlin:  
**Arbeitsmedizinischer Grundlehrgang, Stoffplan II.** Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

28. 11. – 4. 12. In Mexico:  
**5. Weltkongreß für Psychiatrie.** Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH – Kongreßabteilung, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25/27.

29. 11. – 4. 12. In Wiesbaden:  
**Gynäkologisches und Geburtshilfliches Symposion am Krankenbett.** Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.

29. 11. – 16. 12. In Berlin:  
**4. Klinische Fortbildung.** Auskunft: Frau I. Feje (Sekretariat Prof. Dr. W. Helm), 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1.

#### Beilagenhinweise:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Swiss-Pharma GmbH, Lörach  
UCB Chemie GmbH, Sindorf b. Köln  
Chemische Fabrik Tempelhof, Berlin  
Ärzte Treuhend GmbH, Stuttgart

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 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. 62 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23 66 2, Telegrammadresse: atlas-prees. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München

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

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

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