



## Derzeitiger Stand der Lokal- und Regionalanästhesie

von K. Bihler

### Einleitung

Durch die stürmische Entwicklung und den Ausbau der Allgemeinanästhesie mit endotrachealer Intubation unter Verwendung von Muskelrelaxantien wurde die Lokalanästhesie, die 1914 noch bei 50 bis 55 % aller Operationen in Deutschland angewandt, und deren Prozentsatz in Freiburg 1934 mit 34 % ermittelt wurde, immer weiter zurückgedrängt. Die Verfahren der Lokalanästhesie wurden vernachlässigt, wenig gelehrt und von vielen vergessen.

Da die anästhesiologische Versorgung aller operativ tätigen Kollegen noch nicht gewährleistet ist, bietet die Lokal- und Regionalanästhesie für den Operateur, dem kein Facharzt für Anästhesie zur Verfügung steht, in vielen Fällen eine Alternative zur Allgemeinnarkose. Zahlreiche Komplikationen der Allgemeinanästhesie, die nur vom Kundigen erkannt und beherrscht werden können, treten bei regionalen Blockaden nicht auf. Damit ist keineswegs gesagt, daß regionale Betäubungsverfahren keine Komplikationsmöglichkeiten bieten. Es sollte daher nur der Anästhesist oder Operateur eine Lokal- oder Regionalanästhesie durchführen, der folgende Fragen mit Ja beantworten kann:

1. Beherrsche ich die Technik für diese Anästhesie und besitze ich das notwendige Instrumentarium?
2. Kenne ich die Dosierung des angewandten Anästhetikums und seine pharmakologische Wirkung?
3. Mit welchen Komplikationen muß gerechnet werden, und bin ich darauf vorbereitet, diese richtig zu behandeln?

### Lokalanästhetika

Lokalanästhetika sind in der Regel Ester oder Amide. Zu den Estern aromatischer Säuren gehört das Novocain (Procain), das in Lösung weniger stabil ist und ein begrenztes Penetrationsvermögen in den Geweben aufweist. Pantocain (Tetracain), das besonders rasch von Schleimhäuten resorbiert wird und wobei dann die Gefahr toxischer Reaktionen groß ist, hat heute noch eine hervorragende Stellung

in der Spinalanästhesie. Durch Zusatz eines Vasokonstriktors gewährleistet Pantocain eine lang andauernde Nervenblockade.

Novocain und Pantocain unterliegen einer relativ raschen hydrolytischen Spaltung im Gewebe. Der Abbau des Gesamtmoleküls geht rasch vonstatten und eine Nachinjektion in entsprechendem Zeitabstand ist grundsätzlich möglich. Das Abbauprodukt Paraaminobenzoensäure gibt gelegentlich Anlaß zur Sensibilisierung mit der Konsequenz allergischer Nebenreaktionen.

Xylocain (Lignocain), Xylonest (Prilocain), Scandicain (Mepivacain) und Carbostesin (Bupivacain) gehören zu den Lokalanästhetika vom Amidtyp und zeichnen sich durch eine gute Stabilität aus. Allergische Reaktionen sind selten und die Entgiftung und der Abbau erfolgen in der Leber, wobei primäre Schädigungen der Leber die Toxizität erhöhen können.

Xylocain (Lignocain) zeichnet sich durch ein besonders gutes Penetrationsvermögen aus und ist in weiten Teilen der Welt das gebräuchlichste Lokalanästhetikum geworden. Die Resorption von Xylonest (Prilocain) erfolgt langsamer als die von Xylocain und ist daher weniger vom Vasokonstriktorzusatz abhängig. Xylonest (Prilocain) wird von den Amidasen, hauptsächlich in der Leber, wesentlich schneller abgebaut als Xylocain (Lignocain) und Scandicain (Mepivacain). Toxische Symptome, die bei Überdosierung von Xylonest (Prilocain) auftreten, sind daher nur von kurzer Dauer. Als Nebenwirkung tritt bei höherer Dosierung allerdings eine Erhöhung des physiologischen Methämoglobinwertes von 1 auf 4 bis 5 % auf. Klinisch ist dies meist bedeutungslos und durch die intravenöse Methylenblauinjektion kann dieser Vorgang innerhalb von 15 Minuten rückgängig gemacht werden. Scandicain (Mepivacain) weist am isolierten Nerven eine schwächere Wirkung auf als Xylocain (Lignocain), kompensiert diesen Nachteil jedoch durch langsamere Resorption. Scandicain (Mepivacain) wird langsamer als Xylonest (Prilocain) abgebaut und



toxische Symptome sind daher von längerer Dauer. Für die Auswahl des Lokalanästhetikums sind die Toxizität und das Geeignetsein für bestimmte Anästhesietechniken von Bedeutung. Die Frage der Toxizität hat bei den beschriebenen modernen Lokalanästhetika keine überragende Bedeutung, da diese trotz gewisser pharmakologischer Unterschiede nahezu als gleichwertig angesehen werden können. Besondere Aufmerksamkeit verdient Xylonest (Prilocain), da es auf Novocain (Procain) bezogen, den günstigsten therapeutischen Index aufweist, sowie Carbostesin wegen seiner langen Wirkungszeit.

Die Konzentrationen für die Anästhesielösungen liegen für die Infiltrationsanästhesie bei 0,25 bis 0,5% und für die Periduralanästhesie bei 1,5 bis 2%. Die Verwendung einer höheren als 2%igen Lösung ist in der Regel abzulehnen.

### Vasokonstriktoren

Vasokonstriktoren wie Adrenalin, Noradrenalin und Vasopressin (POR 8) werden aus folgenden Gründen den Lokalanästhetika zugesetzt: Es resultiert ein längerer Kontakt mit dem Nervengewebe und somit eine längere Wirkungsdauer. Der Abtransport aus den Geweben erfolgt langsamer und vermindert somit die Toxizität. Gleichzeitig gelangen nur geringe Mengen des Lokalanästhetikums in die Zirkulation und vermindern somit die Nebenwirkungen auf Myokard- und Zentralnervensystem. Eine wesentliche Bereicherung im Spektrum der vasokonstriktorisches Adjuvantien stellt das zyklische Polypeptid Ornithin 8-Vasopressin dar, welches in einer Dosierung von 0,05 I.E. pro ml denselben hämostyptischen Effekt wie Adrenalin aufweist, gut mit Halothan verträglich ist und seinem Wirkungsmechanismus entsprechend zu keiner nachfolgenden Gewebsazidose führt.

### Komplikationen

Die Komplikationen bei der Lokalanästhesie werden in zwei Gruppen, nämlich lokale und allgemeine toxische Reaktionen eingeteilt:

Örtliche Reaktionen treten an der Injektionsstelle in Form von Ödemen, Infiltraten, Abszessen, Nekrosen und Gangrän auf. Bei Leitungsanästhesien in Gebleten, die durch Endarterien (Finger, Penis) versorgt werden, konnten nach Verwendung adrenalinhaltiger Lösungen Gangränfälle beobachtet werden.

Allgemeine Reaktionen werden überwiegend durch eine absolute Überdosierung des verwendeten Lokalanästhetikums ausgelöst und können durch die Beachtung der zulässigen Grenzdosis und Vermeidung intravasaler Injektion nahezu ausgeschlossen werden. Bei der relativen Überdosierung wird die zulässige Grenzdosis nicht überschritten und führt trotzdem – allerdings nur bei einem geringen Bruchteil von Patienten – zu exzessiven Reaktionen.

Der Typ der Nebenreaktionen wird in der Regel nach den klinischen Symptomen in kardiovaskuläre und neurologische Reaktionen unterteilt. Man spricht auch von Sofort- und Spätreaktionen. Bei den Sofortreaktionen, die plötzlich und ohne Vorwarnung auftreten, stehen die Wirkungen auf den Kreislauf mit Blutdruckabfall und direkter Myokardwirkung, die das Kontraktionsvermögen und die Reizleitung des Herzens betreffen, im Vordergrund.

Spätreaktionen sind im wesentlichen durch das Auftreten von tonisch-klonischen Krämpfen als Folge der Reizung von Hirnrinde und höheren Zentren, einer Atemdepression durch Beeinflussung von Medulla und Ponsgebiet gekennzeichnet. Erste klinische Zeichen sind Bewußtseinstrübung, Sehstörungen und Benommenheit. Die ersten Konvulsionen treten meist vor vollständigem Bewußtseinsverlust und immer vor dem Atem- und Kreislaufstillstand auf.

Häufigste Ursache toxischer Reaktionen sind Überdosierung, versehentliche intravasale Injektion oder die Applikation einer Normdosis bei einem überempfindlichen Patienten. Zur Verhütung dieser Komplikationen soll nur die geringste Menge und die geringste Konzentration des Lokalanästhetikums verwendet werden, mit welchem man die gewünschte Wirkung erzielen kann.

Die Behandlung toxischer Lokalanästhesiereaktionen umfaßt folgende Maßnahmen: Bei Störungen der Atmung Sauerstoffzufuhr und gegebenenfalls künstliche Beatmung über eine Maske oder über einen endotracheal gelegten Tubus. Sind entsprechende Vorrichtungen nicht vorhanden, so können die einfachen Verfahren der Atemspende angewandt werden. Beim Kreislaufversagen ebenfalls Sauerstoffzufuhr und künstliche Beatmung, Kopftief-lagerung, Autotransfusion, volumenaktive Infusionslösungen, intravenöse Verabreichung von Kreislaufanaleptika und bei Kreislaufstillstand extrathorakale Herzmassage. Treten Krämpfe auf, erfolgt ebenfalls Sauerstoffzufuhr, gegebenenfalls künstliche Beatmung und intravenöse Verabreichung kleiner Dosen (50 bis 150 mg) kurzwirkender Barbiturate (Pentothal). Lassen sich die Krämpfe mit der Barbituratverabreichung nicht durchbrechen, so kann dies durch die Gabe von Muskelrelaxantien bei gleichzeitiger künstlicher Beatmung erfolgen.

### Indikationen und Kontraindikationen

Als Indikationen zur Lokalanästhesie werden im allgemeinen angesehen:

1. Akute Chirurgie an nicht nüchternen Patienten.
2. Kardio-respiratorische Risikofälle in der Geriatrie.
3. Schwere Begleiterkrankungen von Leber, Niere und Stoffwechsel.
4. Sectio caesarea (Spinalanästhesie: Geringste Auswirkung auf fötale Risikofälle).
5. Fehlender Anästhesist als Notlösung.



Als Kontraindikationen zur Lokalanästhesie werden genannt:

1. Allergien gegen Lokalanästhetika.
2. Patienten unter Antikoagulantienbehandlung oder mit ausgeprägten Gerinnungsstörungen.
3. Lokale Infektionen im Bereich der Injektionsstelle.
4. Ausgeprägte Schockzustände.
5. Manifeste Erkrankungen des Zentralnervensystems.

### Verschiedene Techniken der Lokal- und Regionalanästhesie

Entsprechend der angewandten Technik lassen sich fünf verschiedene Hauptgruppen der Lokal- und Regionalanästhesie unterscheiden, von denen jeweils ein oder mehrere Beispiele beschrieben werden:

#### 1.

Die Infiltrationsanästhesie schaltet sensible Nervenendigungen oder terminale Leitungsbahnen meist im Unterhautzellgewebe aus. Ein großer Teil von Eingriffen der kleinen Chirurgie, wie Wundversorgungen und Exstirpationen kleiner Tumoren, lassen sich in Infiltrationsanästhesie ausführen. Zur Verwendung gelangen hier Anästhesielösungen mit Vasokonstriktorzusatz in einer Konzentration von 0,25 bis 0,5%. Da Wundrandnekrosen nach Injektion großer Volumina mit Adrenalin beobachtet wurden, darf der Adrenalinegehalt von 1:200 000 nicht überschritten werden. Besondere Kontraindikationen gegen die Infiltrationsanästhesie gibt es nicht.

In Gebieten allerdings, die durch Endarterien versorgt werden (Finger, Zehen, Penis), darf dem Lokalanästhetikum kein Vasokonstriktor zugesetzt werden.

#### 2.

Unter Leitungsanästhesie versteht man die perineurale Applikation des Lokalanästhetikums mit dem Ziel der Unterbrechung der sensiblen Leitungsfähigkeit für ein neuro-anatomisch abgegrenztes Nervenversorgungsgebiet. Für diese Anästhesieform gibt es zahlreiche Möglichkeiten. Bei der Finger- und Zehenbasisanästhesie nach OBERST handelt es sich um eine Anästhesie am peripheren Nerven, also um eine Leitungsanästhesie im engeren Sinn. Diese wird durch Injektion von 0,5 bis 1 ml des Lokalanästhetikums in das Verlaufsgebiet des Nerven an seiner Basis erzielt. Damit das Gewebe nicht unter Druck gesetzt wird und so die Blutversorgung gefährdet, sollen größere Volumina der Anästhesielösung nicht injiziert werden. Außerdem ist der Zusatz eines Vasokonstriktors in Endstromgebieten kontraindiziert.

In die Gruppe der Leitungsanästhesien gehören auch die Blockaden des Plexus brachialis, wobei die supra-klavikuläre Methode nach KULENKAMPFF und die axilläre Blockade nach HIRSCHL zur Anwendung gelangen können.

Die supra-klavikuläre Plexusanästhesie erfolgt dort, wo der Plexus, der eine Verflechtung der zentralen Äste von C<sub>5</sub>, C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub>, C<sub>8</sub> und Th<sub>1</sub> darstellt, an dem auch kleinere Teile von C<sub>4</sub> und Th<sub>2</sub> beteiligt sind, über die erste Rippe zieht. Die Einstichstelle liegt 1 cm oberhalb und dicht lateral der Mitte der Klavikula. Eine feine, ca. 5 cm lange Injektionskanüle wird in einem Winkel von ca. 80° durch die Haut eingestochen und vorsichtig in etwas kaudaler Richtung vorgeschoben, bis Kontakt zu den Plexusfaszikeln hergestellt ist. Dies läßt sich durch Parästhesien, die der Patient am Arm verspürt, feststellen. Es empfiehlt sich, alle drei Hauptäste aufzusuchen, was sich durch Parästhesien am Oberarm, Unterarm und auf beiden Handseiten nachweisen läßt, um an jedem Stamm das Lokalanästhetikum zu injizieren. Die Hauptkomplikationsgefahr dieser Methode liegt in der versehentlichen Pleurapunktion mit der Ausbildung eines Pneumothorax, weshalb sie für eine doppelseitige Anwendung ungeeignet ist.

Das Anlegen einer axillären Plexusanästhesie wird dadurch ermöglicht, daß alle langen Stämme des Armgeflechts im Bereich der Achselhöhle und des proximalen Oberarmteiles gemeinsam in einer relativ engen Faszien-scheide liegen. Bei abduziertem Arm führt man eine 4 bis 5 cm lange Kanüle in einem Winkel von 90° etwas oberhalb der palpierbaren Arteria axillaris ein. Der Plexus liegt oberflächlich und die meisten Versager beruhen auf einer zu tiefen Injektion. Wenn die Kanüle pulssynchron sehr kräftige Ausschläge zeigt, so liegt sie in der Nähe der Arterie und richtig in der Fasziennoge. Durch einen Stauschlauch unterhalb der Axilla wird das Abfließen des Lokalanästhetikums in distaler Richtung verhindert.

#### 3.

Die intravenöse Lokalanästhesie, bereits 1908 von BIER beschrieben, gelangt in neuerer Zeit wieder zur Anwendung. Oberhalb des Operationsgebietes werden am Oberarm oder in der Mitte des Oberschenkels nebeneinander zwei Blutdruckmanschetten angelegt und eine Vene mit einer Braunüle punktiert. Wenn chirurgischerseits notwendig, wird die Extremität ausgewickelt, sonst lediglich einige Minuten hochgehalten. Die proximale Manschette wird aufgepumpt und 100 bis 150 mm Hg über den systolischen Blutdruck eingestellt. Durch die bereits gelegte Kanüle wird eine 0,5%ige, vasokonstriktorfrem Anästhesielösung injiziert. Beim Erwachsenen liegt die Dosis für die obere Extremität bei 2 bis 3 mg/kg/KG, was einem Volumen von etwa 40 ml einer 0,5%igen Xylocain-Lösung entspricht, beim Bein liegt die Dosis bei 5 bis 6 mg/kg/KG, das sind 60 bis 80 ml der 0,5%igen Lösung. Ist die Anästhesie am Arm oder am Bein eingetreten, so wird die distale Manschette, die sich nun im anästhesierten Gebiet befindet, 100 bis 150 mm Hg über den systolischen Blutdruck aufgeblasen, die proximale Manschette wird abgelassen. Durch



diese Methode wird vermieden, daß der Patient dem unangenehmen Manschettendruck ausgesetzt ist.

#### 4.

Bei der Oberflächenanästhesie werden die sensiblen Endfasern von Haut und Schleimhaut durch Spray, Pinselung oder lokalanästhesiehaltiges Gel blockiert. Weit verbreitet ist diese Methode bei der Oberflächenanästhesie der Harnröhre zur Zystoskopie, wobei das Lokalanästhetikum in Form von Gel in die Harnröhre instilliert wird. Gel wirkt sowohl als Gleitmittel und hat außerdem den Vorteil, daß es länger am Applikationsort verweilt und daher eine größere Menge des Lokalanästhetikums in die Mukosa diffundieren kann. Wichtig ist, daß die Harnröhrenanästhesie auch den hinteren Teil der Harnröhre, den Musculus sphinkter internus und die Pars prostatica erreicht. Aus einer Spritze oder Tube mit aufgesetztem Konus instilliert man nach sorgfältiger Reinigung der Glans penis langsam und mit leichtem Druck 10 bis 12 ml des Lokalanästhetikums in die Harnröhre. Anschließend wird die Glans penis mit einer weichen Klemme verschlossen. Nach ca. 5 bis 10 min ist die Schleimhautanästhesie eingetreten.

#### 5.

Eine wesentliche Bedeutung in der Regionalanästhesie kommt den rückenmarksnahen Betäubungsverfahren der Spinal- und Periduralanästhesie zu.

Bei der Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) wird das Lokalanästhetikum in den Liquorraum gebracht. Die Punktion wird zwischen zwei Dornfortsätzen durchgeführt, in der Regel zwischen L<sub>2</sub> und L<sub>3</sub>. Eine Orientierung ist gut möglich, weil die Verbindungslinie zwischen den höchsten Punkten der beiden Cristae iliacae meistens über den Dornfortsatz von L<sub>4</sub> laufen. Da eine enge Beziehung zwischen Kanülen- dicke, Liquorverlust und den nach Spinalanästhesie auftretenden gefürchteten Kopfschmerzen besteht, werden zur Lumbalpunktion möglichst dünne Nadeln verwandt.

Als Anästhetikum hat sich für die Spinalanästhesie Tetracain (Pantocain), dessen Maximaldosis bei 20 mg liegt, sehr bewährt. Durch Auflösung der feinkristallinischen Pantocain-Substanz (pro Amp. 10 mg) mit einer 20%igen Traubenzuckerlösung wird dieses Gemisch schwerer als Liquor, also hyperbar. Bei Bedarf kann der Lösung auch Adrenalin zugesetzt werden. Das Injektionsvolumen liegt bei 1,5 bis 2 ml. Die Anästhesieausbreitung läßt sich durch Dosierung und Konzentration des Lokalanästhetikums, Injektionsstelle sowie die Lage des Patienten während und unmittelbar nach der Injektion steuern.

Bei der einseitigen hyperbaren Spinalanästhesie erfolgt die Punktion in Seitenlagerung, und zwar lagert man den Patienten auf die Seite, die operiert werden soll. Bei dieser Anästhesie-

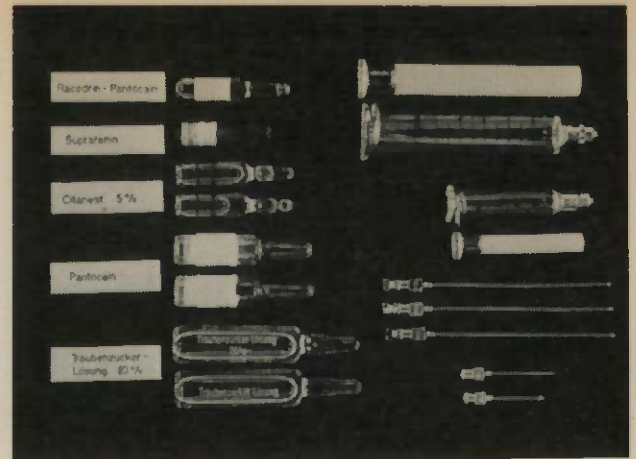


Abbildung 1  
Besteck für die Spinalanästhesie

form erreicht man durch die Schwere der Anästhesielösung und die entsprechende Lagerung, daß die Spinalanästhesie nur halbseitig zur Auswirkung gelangt. Spätestens 15 min nach der Injektion des Lokalanästhetikums ist dieses fixiert und die Anästhesie eingestellt, so daß sie sich nicht mehr durch Lageänderung des Patienten beeinflussen läßt.

Bedeutungsvoll bei der einseitigen Spinalanästhesie ist die geringe Menge des Anästhetikums (4 bis 6 mg Pantocain) und die dadurch bedingte Verminderung der Intoxikationsgefahr. Die Versagerquote ist gering und liegt bei einer Größenordnung von 1,5%.

Die Gefahr der septischen Komplikationen verlangt aseptisches Vorgehen beim Anlegen der Spinalanästhesie und schließt Patienten mit einer Hautinfektion im Einstichbereich absolut aus. Neurologische Komplikationen nach Spinalanästhesie können im Zusammenhang mit dem Eindringen von Desinfektionsmitteln und Alkohol in das Anästhetikum bestehen. Daraus leitet sich die Forderung ab, zur Spinalanästhesie nur Material und Mittel zu verwenden, die im Autoklaven sterilisiert wurden.

Unsere Spinalanästhesiebestecke befinden sich in Metallkästen mit herausnehmbarem Sieb (Abb. 1).

Grundsätzlich wird vor Anlegen der Spinalanästhesie eine Vene mit einer Kunststoffkanüle punktiert und eine Infusionslösung angehängt. Zur Vermeidung oder Behebung von Blutdruckabfällen verabreichen wir das aus zwei Amino-Alkyl-Theophyllinen bestehende Kreislaufanaleptikum Akrinor i. v. in Einzeldosen von 0,3 bis 0,5 ml.

Bei der Periduralanästhesie wird das Lokalanästhetikum in den Periduralraum, der zwischen den beiden Blättern der Dura mater liegt und reichlich Venenplexus, Fett und Bindegewebe enthält, injiziert.

Die zahlreichen Techniken bei dieser Anästhesieform befassen sich im wesentlichen mit dem Problem, den oft nur als kapillären Spalt vorhandenen Periduralraum aufzufinden. Sie bedienen sich dabei entweder



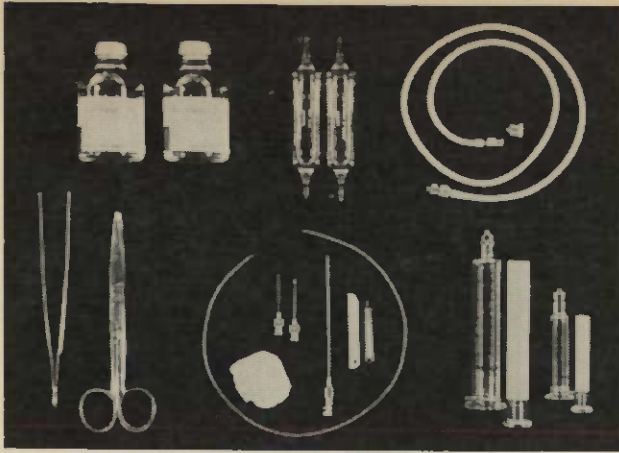


Abbildung 2  
Besteck für die Periduralanästhesie

des im Periduralraum vorhandenen Unterdrucks, der jedoch bei ca. 20% der Patienten nicht vorhanden ist, oder des Widerstandsverlustes nach Durchstechen des Ligamentum flavum.

Die Periduralanästhesie wird als einzeitige oder kontinuierliche Methode angewandt. Bei der einzeitigen Form wird eine einmalige Injektion in den Periduralraum verabreicht, bei der kontinuierlichen Methode können über einen Katheter, der in den Periduralraum eingeführt wurde, protrahierte Injektionen des Lokalanästhetikums erfolgen.

Das Instrumentarium für die Periduralanästhesie wird, wie das Spinalanästhesiebesteck, in Metallkästen mit herausnehmbarem Sieb aufbewahrt (Abb. 2).

Bei der von uns verwendeten Periduralkanüle handelt es sich um eine TUOHY-Flowers-Kanüle mit gebogener und ziemlich plumper Spitze zur Vermeidung der Gefahr einer Duraperforation. Zur Kanüle gehört ein scharf angeschliffener Mandrin, der die Kanüle überragt und damit leichter durch die Haut und die tieferen Gewebsschichten passiert. Das Aufsuchen des Periduralraumes kann im Sitzen oder im Liegen vorgenommen werden. Zur Punktion des Periduralraumes benutzen wir das Stempeldruckverfahren nach DOGLIOTTI. Nach Prämedikation des Patienten mit Atropin und Thalamonal — wobei wir Alter und Allgemeinzustand des Kranken mehr als das Gewicht zugrunde legen — sichern wir uns einen venösen Zugang. Sollte der Blutdruck unter dem „normalen Wert“ liegen, geben wir zur Prophylaxe eines weiteren Druckabfalles Akrinor in Einzeldosen von 0,3 ml i. v. Im Sitzen punktiert man hauptsächlich für die tieferen Periduralanästhesien. Dazu wird jedoch ein Helfer benötigt, der den nach vorne gebeugten Patienten ruhig hält. Der Patient wird aufgefordert, einen „Katzenbuckel“ zu machen. Technisch etwas schwieriger ist die Punktion in Seitenlage mit angezogenen Beinen des Patienten, für den Patienten jedoch weniger anstrengend. An der gewählten Injektionsstelle wird eine Hautquadel gesetzt, wobei mit dem Zeigefinger und Daumen der linken Hand die entsprechenden

Dornfortsätze getastet werden. Nun wird die TUOHY-Nadel mit nach oben gerichteter Öffnung und mit eingeführtem Mandrin sagittal und leicht kranial vorgeschoben. Ohne Mühe läßt sich die Nadel bis in das Ligamentum flavum, welches als starker Gewebswiderstand verspürt wird, vorschieben. Jetzt setzen wir nach Entfernung des Mandrins eine mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllte leichtgängige 10 ml-Spritze auf und schieben die Nadel unter gleichzeitigem Druck auf den Spritzenstempel kontinuierlich millimeterweise vorwärts. Sobald sich die Spritze plötzlich leerdrücken läßt (Widerstandsverlust), ist der Periduralraum erreicht. Bei der einzeitigen Methode wird nach Vorgabe einer Testdosis das Lokalanästhetikum injiziert und die Nadel entfernt. Bei der kontinuierlichen Form wird jetzt der Kunststoffkatheter durch die Kanülenöffnung eingeführt und dann mit Hilfe einer Pinzette weich vorgeschoben. Die kranial gerichtete Öffnung der TUOHY-Nadel lenkt den Katheter nach oben in den Periduralraum. Wenn der Katheter auf Widerstand stößt, darf er niemals durch die Nadel zurückgezogen werden, sondern muß zusammen mit der Nadel entfernt werden. Er könnte nämlich durch die Kanülenspitze abgeschert werden und im Periduralraum verbleiben. Wenn die richtige Katheterlage erreicht ist, zieht man mit der einen Hand die Nadel heraus und fixiert den Katheter mit der anderen Hand. Nach Aufsetzen eines Adapters und Anschluß eines Verbindungsstückes zu dem Katheter wird nach vorheriger Aspiration eine Testdosis des Lokalanästhetikums verabreicht. Danach erfolgt die Fixierung des Katheters mit Kompressen und Heftpflaster. Er wird sanft geschwungen am Rücken fixiert und zu einer Achsel heraufgeführt.

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. K. Bihler, Chefarzt der Anästhesieabteilung des Städtischen Krankenhauses, 8070 Ingolstadt

**Band 32** der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung. Dieser Band enthält die Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg)

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie“

„Therapie bei Bluterkrankungen“

„Psychopharmaka“

„Gesundheitsschäden durch Überlastung“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Beifügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.



## Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger in Bayern

von Erich Schuster

Die rituelle und therapeutische Verwendung von Rauschmitteln ist seit Jahrtausenden bekannt. Eine süchtige Verhaltensweise ist in der menschlichen Psyche verankert. Beim Zusammentreffen individueller psychopathologischer Faktoren mit negativen Einflüssen aus dem Sozialfeld kommt es bei entsprechendem Stoffangebot (Drogen, Rauschmittel, Alkohol) zur psychischen und/oder physischen Abhängigkeit, die in einer fixierten Sucht mit Verlust der Kontrolle über die Eigenpersönlichkeit endet.

Im Jahr 1970 waren von den in Bayern bekanntgewordenen Drogenkonsumenten 75 % noch nicht 21 Jahre alt. Ihr Anteil stieg 1971 sogar auf 80 %, ging aber im Laufe des vergangenen Jahres auf durchschnittlich 78 % zurück. Während 1969 erst 313 Patienten beiderlei Geschlechts in 20 öffentlichen und privaten Psychiatrischen Kliniken Bayerns stationär behandelt bzw. entgiftet werden mußten, kletterte diese Zahl über 536 im Jahr 1970, 722 im Jahr 1971, auf 1122 im vergangenen Jahr, d. h. in einem Zeitraum von vier Jahren auf das 3<sup>1/2</sup>fache. Im gleichen Verhältnis nahm die Zahl der Polytoxikomanen, das sind

diejenigen, die nicht nur ein, sondern mehrere Rauschmittel neben- oder nacheinander konsumieren, von 140 im Jahr 1969 auf 491 im Jahr 1972 zu (Abb. 1). Bei der Aufgliederung nach Stoffgruppen ist besonders bedenklich, daß 1972 erstmals 16 Personen wegen Heroin-Mißbrauchs stationär behandelt werden mußten (Abb. 2). Alle diese Patienten gehörten zu den Altersgruppen unter 25 Jahren.

Dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung obliegt die Sorge für die Familie und die gefährdete Jugend und im Rahmen des Gesundheitswesens die Sorge für die Behandlung und die Rehabilitation der Drogenkranken. Es sieht deshalb den Schwerpunkt seiner Bemühungen darin,

- die Bevölkerung über die Ursachen und Beweggründe des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs vorbeugend aufzuklären,
- die drogengefährdete Jugend zu beraten,
- die Drogenabhängigen zu behandeln, sie in Schule und Beruf zurückzuführen und ihnen zu helfen, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.

Die stärkste Bastion, die Gefahren des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs abzuwehren, bildet die gesunde Familie. Nur in einer vertrauensvollen, abgeschlossenen Atmosphäre können sich die Kinder zu Persönlichkeiten entfalten und so festigen, daß sie im Griff zur Droge nicht das Mittel zur Lösung von Konflikten sehen, die sich im Alltag einfach nicht vermeiden lassen, deren Bewältigung aus eigener Kraft aber erlernt werden muß. Den Eltern ist die Aufgabe gestellt, das Familienleben sinnvoll und kooperativ zu gestalten und die Freizeit durch gemeinsame Aktivitäten auszufüllen und nicht die Kommunikation der Familie auf das abendliche Fernsehen zu beschränken. Kinder und Jugendliche müssen die Familie als Mittelpunkt ihrer Lebenswelt ansehen und nicht nur als Stätte der Befriedigung ihrer alltäglichen Bedürfnisse. Die tatsächlich, nicht die nur scheinbar intakte Familie ist somit nicht nur die beste, sondern zugleich die rationellste Drogenberatungs Einrichtung. Der Stärkung der Funktion der Familie sollen u. a. die Vermehrung der Kindergärten, die vorschulische Erziehung, die Aktion „Grün für unsere Kinder“, das Angebot von Familienferien, von Jugendfreizeitheimen, der Ausbau der Familien- und Eheberatung und schließlich die Erziehungsberatungsstellen dienen. Aus diesem Grund sind auch die Erziehungsberatungsstellen seit 1972 aus Haushaltsmitteln verstärkt gefördert worden. Ihnen kommt im Vorfeld der Drogenberatung eine wichtige Auffangfunktion zu. 30 bis 40 % der in den letzten Jahren ratsuchenden Eltern oder Jugend-

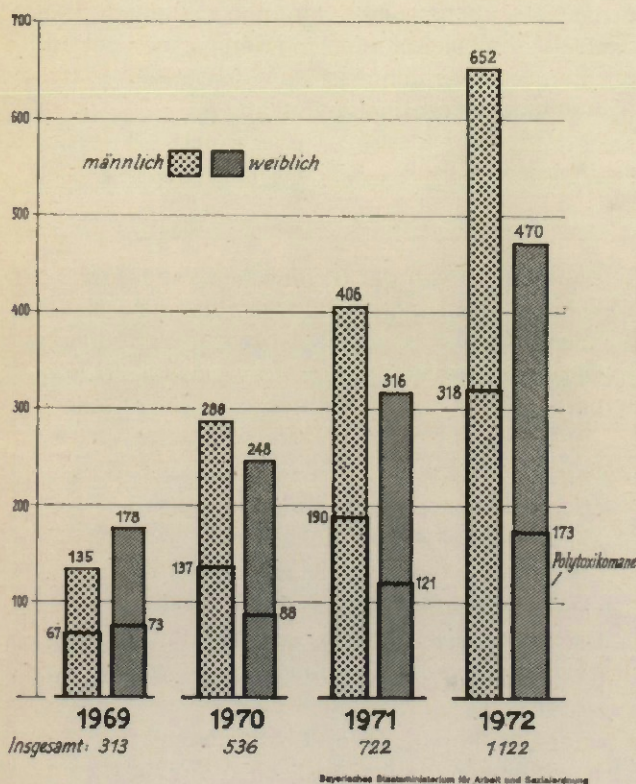
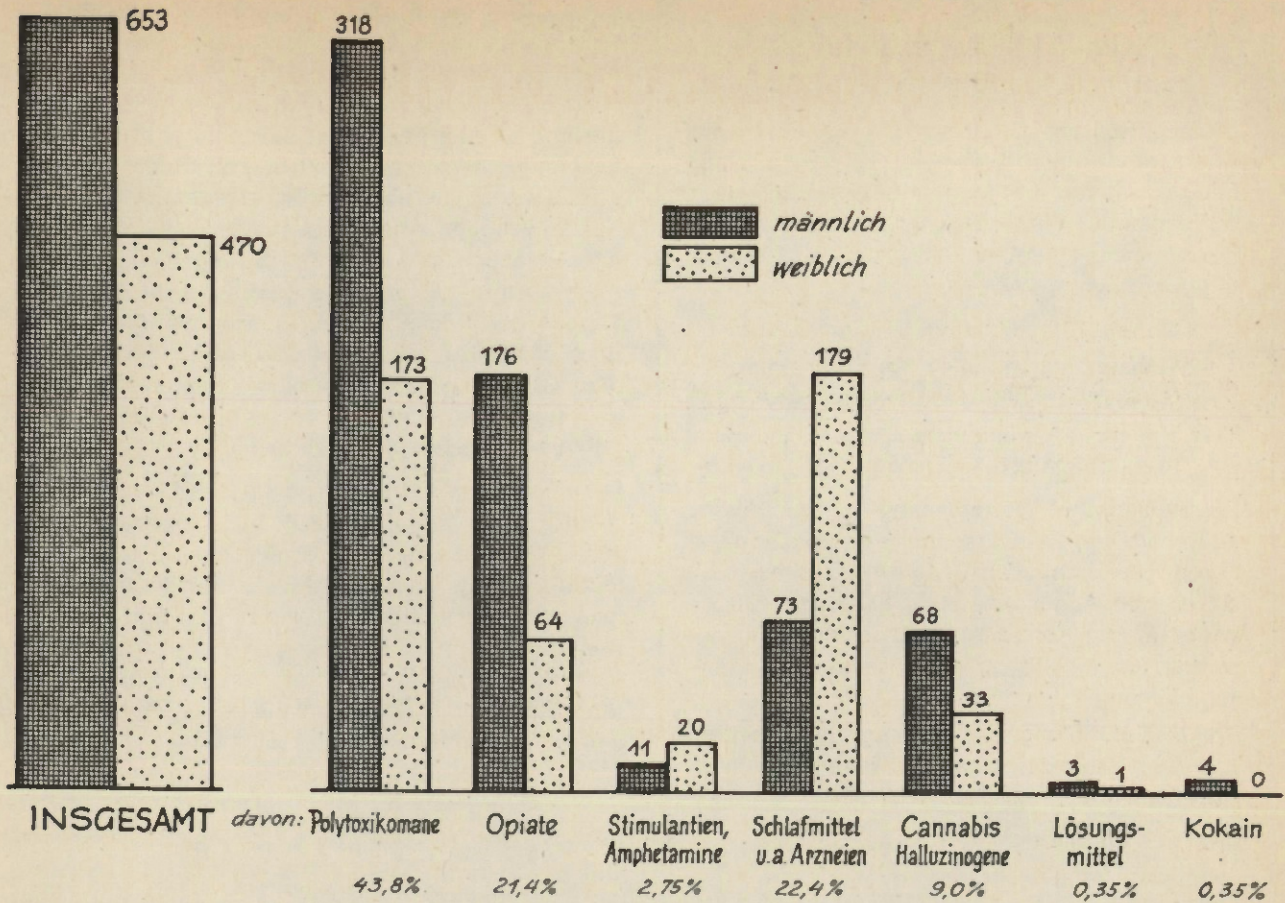


Abbildung 1

Stationär behandelte bzw. entgiftete Suchtkranke in Bayern nach Meldung von 20 öffentlichen und privaten Psychiatrischen Kliniken





Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung

Abbildung 2

Im Jahr 1972 in Bayern stationär behandelte bzw. entgiftete Suchtkranke nach Stoffgruppen

lichen sind im Zusammenhang mit Rauschmittelfragen zu den Erziehungsberatungsstellen gekommen, die damit einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der eigentlichen Drogenberatungsstellen leisten.

Diese familienpolitischen Maßnahmen werden durch problemspezifische Einrichtungen ergänzt, die in einem sich über das ganze Land erstreckenden regional und funktional gegliederten Beratungs- und Behandlungsnetz bestehen. Darin nehmen die Gesundheitsämter und Jugendämter die Funktion von Leitstellen ein, in denen ratsuchende Eltern, drogengefährdete Jugendliche und Heranwachsende sachlich informiert und gegebenenfalls an besondere Beratungs- und Behandlungsstellen weitervermittelt werden können. In der Broschüre „Drogenberatung, Wo?“, die den Gesundheitsämtern, Jugendämtern, Wohlfahrtsverbänden und freien Initiativen zugewandt ist, sind diese Stellen im einzelnen aufgeführt. Allein in Bayern befassten sich 57 Institutionen an 29 Orten speziell mit der Beratung von Drogengefährdeten bzw. Abhängigen und deren Eltern. Weitere spezialisierte Einrichtungen sind im Entstehen begriffen. Bereits 1971 wurden die meist von Wohlfahrtsverbänden oder den Kommunen getragenen Einrichtungen in Augsburg, Bamberg, München, Nürnberg, Regensburg und Wei-

den gefördert. Mit den seit 1972 wesentlich erhöhten Haushaltsmitteln konnten bestehende und zusätzlich geplante Beratungsstellen unterstützt werden, eine Maßnahme, die auch in diesem Jahre unvermindert fortgesetzt wird.

Wie eingangs erwähnt, ist die Sucht das Endprodukt eines multifaktoriellen Vorgangs; die zugrunde liegende süchtige Verhaltensweise kann mit den herkömmlichen Mitteln ärztlicher Kunst, ob ambulant oder stationär, nicht behoben werden. Die Erfahrungen, die bei der Behandlung der sogenannten klassischen Betäubungsmittelsucht im In- und Ausland gesammelt wurden, blieben enttäuschend; sie lassen sich auf den völlig anders geschichteten Kreis der Fixer und Polytoxikomanen nur zu einem geringen Teil übertragen. Unzweifelhaft steht jedoch fest, daß drogen- und rauschmittelabhängig gewordene Jugendliche oder Heranwachsende ebenso als Kranke angesehen und behandelt werden müssen wie seelisch Behinderte, die der Hilfe, Betreuung, Behandlung und Rehabilitation durch die Allgemeinheit bedürfen. In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, ob die Behandlung auf freiwilliger Basis überhaupt in größerem Rahmen Aussicht auf Erfolg verspricht und ob, wie in den USA, in keinem Fall auf äußeren Druck – d. h.



## Klinische Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Die neue Weiterbildungsordnung schreibt für die Anerkennung als Allgemeinarzt neben einer Mindestzeit von drei Monaten als Assistenzarzt bei einem zur Weiterbildung ermächtigten niedergelassenen Allgemeinarzt (zur Zeit 220 Kollegen in Bayern) vor:

- 18 Monate Tätigkeit in der Inneren Medizin
- 12 Monate Tätigkeit in der Chirurgie und/oder Gynäkologie und Geburtshilfe sowie
- 15 Monate in Allgemeinmedizin oder in einem Fachgebiet nach freier Wahl.

Diese klinische Weiterbildung ist in Bayern außerhalb von Ballungsgebieten an vielen kleineren Krankenhäusern möglich, an denen der angehende Allgemeinarzt in geradezu idealer Weise all die Kenntnisse und Erfahrungen erwerben kann, die er später zu seiner Niederlassung benötigt.

Bei der Vermittlung solcher Weiterbildungsmöglichkeiten ist die Bayerische Landesärztekammer gerne behilflich.

Bitte wenden Sie sich an:

Bayerische Landesärztekammer  
8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon  
(089) 47 60 87, Frau V ä t h

Gesetz und Strafandrohung – verzichtet werden kann. Unbestritten muß davon ausgegangen werden, daß nur die Therapie Erfolgchancen besitzt, die den Entstehungsursachen der Sucht Rechnung trägt und die Motivation des einzelnen Drogenabhängigen zum Ausgangspunkt aller Bemühungen nimmt. Dementsprechend sollte die Behandlung nach den heutigen Vorstellungen mindestens drei Phasen durchlaufen:

Die **Phase 1 des körperlichen Entzugs** oder der Detoxikation beansprucht oft nur wenige Tage, im Durchschnitt nicht mehr als vier Wochen. Ihre Durchführung ist in Bayern sowohl in offenen wie in geschlossenen Abteilungen der Psychiatrischen Universitätskliniken und der elf Bezirkskrankenhäuser sichergestellt. Sofern die Entgiftung einen apparativen Aufwand benötigt, wird sie auch in Toxikologischen Abteilungen – wie München und Nürnberg – und in Intensivpflegeeinheiten von Schwerpunktkrankenhäusern durchgeführt. Die Planung von Krankenhausneu- und -erweiterungsbauten wird der Schaffung und Vermehrung von Intensivpflegeeinheiten Rechnung tragen.

Die **Phase 2 der psychischen Entwöhnung** findet ihren Ansatz in der für einen freiwilligen Entzug ausschlaggebenden Motivation, d. h., sie soll schon während

der körperlichen Entgiftung geweckt und in der zweiten Phase mit Möglichkeit zu stationärer Langzeitbehandlung (bis sechs Monate) ausgebaut werden. Falls die nur stationär durchführbare Detoxikation nicht fließend in eine Phase der psychischen Entwöhnung einmündet, bleibt sie als isolierter Behandlungsabschnitt wegen der enormen Rückfallgefahr fragwürdig. Zur Abwendung eines lebensbedrohlichen Zustandes ist sie jedoch in jedem Fall zwangsläufig geboten. Auch wenn die eigentliche Entgiftung oft in wenigen Tagen oder Wochen abgeschlossen werden kann, ist doch in einer solch kurzen Zeitspanne eine vollständige Genesung bzw. Ausheilung der nach jahrelangem Rauschmittelmißbrauch fast durchwegs eingetretenen körperlichen Schäden kaum erreichbar.

Leberschäden, die infektiöse Hepatitis, die nach Untersuchungen von EISENBURG in München in 8 bis 10 % ihrer Gesamtzahl ursächlich auf die intravenöse, fast durchwegs unsterile, allen medizinischen Kautelen hohnsprechende Injektion von Drogen- und Rauschmitteln zurückzuführen ist, hartnäckige Thrombophlebitiden, Endokarditiden, Herz-Kreislaufschäden, Nierenaffektionen, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane, Hautleiden, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten sind als Begleitkrankheiten vielfach nachgewiesen worden. Letztere sind der erheblich verminderten Abwehrlage bei langjährigen Fixern anzulasten. Alle diese Leiden bedürfen in vielen Fällen einer stationären Behandlung, die unter Umständen die zeitweise Verlegung in eine Fachklinik oder eine Infektionsabteilung erfordert. Trotzdem sollte die Behandlung somatischer Krankheiten einschließlich physikalischer und heilgymnastischer Therapie Hand in Hand mit psychosozialen Bemühungen im Sinne einer Ganzheitstherapie praktiziert und auf die psychische Entwöhnung ausgerichtet sein.

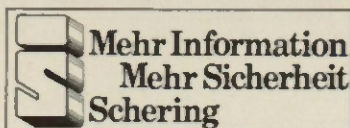
Die Phase der psychischen Entwöhnung hat zum Inhalt, die Beweggründe zum Drogenkonsum freizulegen und dem Patienten beim Aufbau einer Gegenmotivation zu helfen. In ihrem Verlauf soll er wieder zu seiner Individualität zurückfinden und sich innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft verselbständigen lernen. Dementsprechend stehen psychosoziale Hilfen, die vom Einzelgespräch, individueller und Psychotherapie in Gruppen, autogenem Training bis zur Beschäftigungstherapie mit Weckung kreativer Fähigkeiten reichen, im Vordergrund. Die für diese Phase notwendigen speziellen Institutionen werden zur Zeit vorbereitet. Voraussichtlich kann Anfang 1974 das erste der in Bayern geplanten Behandlungszentren in Hochstadt, Lkr. Lichtenfels, seinen Betrieb als offene Heilstätte aufnehmen. Da eine zur Zeit noch nicht exakt abgrenzbare Zahl von Drogenabhängigen für die weiterführende Behandlung nicht oder nicht ausreichend motiviert werden kann, besteht die Notwendigkeit, die Phase der psychischen Entwöhnung auch in mehr oder weniger geschlossenen Einrichtungen zu vollziehen. Dieser Vollzug wird





# Auch am Arznei- mittel hängt ein Stück Ihres Erfolges.

Was man mit einem Medikament ausrichten – oder anrichten kann, ist oft nur eine Frage der Information. Grund genug für Schering, über jedes einzelne Präparat so umfassend zu informieren, daß keine Frage offen bleibt und der Arzt den Erfolg der Arznei-Therapie nicht dem Zufall zu überlassen braucht.



Schering AG Berlin/Bergkamen



nach §§ 7 und 93 a des geänderten Jugendgerichtsgesetzes in einer Einrichtung verlangt, „in der die für die Behandlung suchtkrankender Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen. Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, kann der Vollzug aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden“. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat nach Anhörung von Ärzten und Psychologen, die über Erfahrungen mit geschlossenen Einrichtungen verfügen, eine Konzeption entwickelt, die das Hauptgewicht auf eine psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung legt. Derzeit existiert nämlich weder im Bundesgebiet noch im europäischen Ausland eine vergleichbare Einrichtung. Zu ihrer Realisierung wurden mehrere Alternativvorschläge ausgearbeitet und den bayerischen Bezirken zugeleitet, die sich dankenswerterweise bereit erklärt haben, die Trägerschaft von offenen Einrichtungen und auch eines geschlossenen Behandlungszentrums für Drogenkranke zu übernehmen.

Der Übergang von der Phase der psychischen Entwöhnung zur **Phase 3 der Rehabilitation und Resozialisierung** ist ebenfalls fließend, d. h., der Patient soll entsprechend dem fortschreitenden Entwöhnungsprozeß bei gleichzeitig gebesserter körperlicher und seelischer Zustand in Familie, Schule und Beruf zu-

rückgeführt werden. Wo die Voraussetzungen für eine Eingliederung oder – besser gesagt – Anpassung nicht gegeben sind, müssen Hilfen in offenen oder halboffenen Einrichtungen wie therapeutischen Wohngemeinschaften, Landhausprojekten, Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangwohnheimen angeboten werden. Mit dem Rückhalt in einer Gemeinschaft ist die schulische oder berufliche Ausbildung, gegebenenfalls die Umschulung, vor allem bei den Exadicts, zu versuchen, die vor Einstieg in den Mißbrauch keinen Abschluß erreicht hatten oder die aus individuellen Gründen nicht in die frühere Umgebung zurückkehren können. Im Falle einer mehrjährigen Drogenkarriere mit Polytoxikomanie als Junkie oder Fixer – unter Umständen verlängert durch Haft und Existenzverlust – kann allein schon diese Phase ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen. Diese lange Unterbrechung der Ausbildungszeit demonstriert überdeutlich die wirtschaftlichen Nachteile, die sowohl dem Betroffenen selbst, seiner Familie und nicht zuletzt für die Allgemeinheit entstehen. Wohlfahrtsverbände und freie Institutionen haben anerkennenswerterweise bereits mehrere solcher Einrichtungen geschaffen, die zum Teil bereits 1972 aus Haushaltsmitteln des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung gefördert worden sind. Diese Förderung wird in erweitertem Umfang auch 1973 fortgesetzt.

Vorfeld:  
Aufklärung und  
Beratung

Phase I:  
Körperliche  
Entgiftung  
= Detoxikation

Phase II:  
Psychische  
Entwöhnung

Phase III:  
Rehabilitation  
und  
Resozialisierung

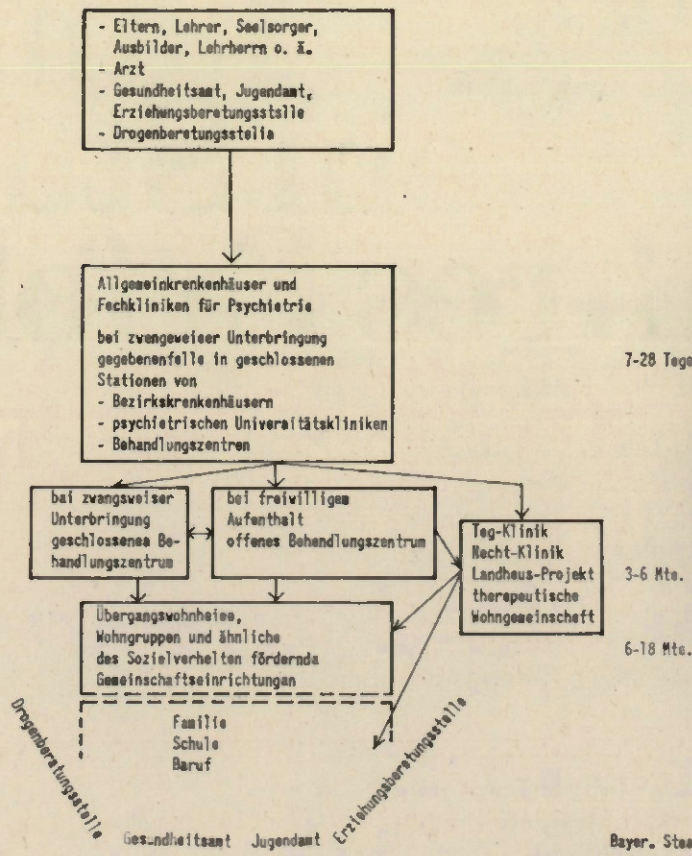


Abbildung 3  
Dreiphasige Behandlungskette für Drogenabhängige

Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung



Das dreiphasige Behandlungsmodell setzt somit eine Kette von speziellen Einrichtungen voraus, die regional und funktional aufeinander abgestimmt sein müssen (Abb. 3). In einem Flächenstaat wie Bayern läßt sich eine mehrstufige Behandlung konzentriert auf eine Institution kaum verwirklichen, wenn die Gefahr des seelischen Hospitalismus, wenn Frustrationen und Entgleisungen und die Zusammenballung einer größeren Zahl verschiedenartig motivierter Süchtiger vermieden werden sollen. Zudem muß jeder Patient selbst seine Fortschritte, seinen körperlichen und seelischen Genesungsprozeß, auch an Äußerlichkeiten, wie Orts- und Milieuwechsel, wahrnehmen können.

Beim gegenwärtigen Stand der Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wäre es voreilig, eine perfekte gesellschaftspolitische Lösung des Rauschmittelpblems insgesamt oder auch nur ein Standardbehandlungsmodell für Drogen- und Rauschmittelabhängige anpreisen zu wollen. Wir alle werden weiterhin eigene Erfahrungen sammeln und Lehrgeld zahlen müssen. Unter diesen Aspekten sind auch die vorläufigen Grundsätze zu würdigen, die das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung für die Arbeit in den Einrichtungen zur Beratung und Betreuung von Drogengefährdeten und -abhängigen entwickelt und im August 1972 allen Jugendämtern, Verbänden und Institutionen zugeleitet hat. Sie sind deswegen ausdrücklich als vorläufig bezeichnet, damit eigene Erfahrungen, die alle Beteiligten laufend sammeln, eingebracht und künftig berücksichtigt werden können. Der Erfahrungszeitraum von zwölf Monaten seit ihrer Veröffentlichung dürfte für eine endgültige Fassung noch nicht ausreichen. Eine starre Fixierung würde von den Trägern und Mitarbeitern der Einrichtungen als Gängelung und Einengung ihrer therapeutischen und sozialpädagogischen Bemühungen empfunden.

Unumstritten ist jedoch, daß drei Kriterien in sämtlichen Einrichtungen allgemeine Beachtung finden müssen:

1. Die Drogen- und Rauschmittelabstinenz innerhalb der Beratungs- und Behandlungskette. Dazu gehören nicht sogenannte Kontaktzentren, die zwar im Vorfeld der Beratung nützlich sind, sich aber in Diskotheken, Beatschuppen und dgl. von selbst angesiedelt haben. Ein Kontakt-Center innerhalb einer Drogenberatungsstelle hat sich bisher ebenso wenig bewährt, wie die Einräumung von Übernachtungsmöglichkeiten im gleichen Gebäude.
2. Der engagierte Einsatz fachlich geschulter und möglichst erfahrener Berater und Therapeuten. Darunter ist die Hinwendung zu dem Rat und Hilfe suchenden Drogenabhängigen zu verstehen, aber keine Identifikation in dem Sinne, daß der „Joint“ in der zu therapierenden Gruppe kreist oder gemeinsam ein „trip“ eingeworfen wird. Der Drogenabhängige, der „addict“, braucht ein Leit-

bild, eine Persönlichkeit, an die er sich in seiner Rat- und Hilflosigkeit anklammern kann.

3. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, d.h. die Anpassung der ehemaligen Drogenabhängigen an die rauhe Wirklichkeit des Alltags, ist ein weiteres Prinzip. Unsere Maßnahmen zielen darauf ab, den „Exuser“, den „Exadict“, vom Zwang der Unfreiheit loszulösen und ihn wieder innerhalb der Gemeinschaft zu verselbständigen. Die Forderung nach einem illusionären Leben mit Drogen, die Schaffung psychedelischer Ghettos unter dem Deckmantel stützender Wohngemeinschaften, die ausgefippten Fixern die Sorge um den Lebensunterhalt abnehmen und sie womöglich berenten sollen, halten wir für absurd. Sie muß aber erwähnt werden, weil Versuche, therapeutische Wohngemeinschaften in Unterstützungsver-eine mit ökonomischem Drogenkonsum umzufunktionieren, bereits praktiziert worden sind.

Ebenso wie die suchtauslösenden Faktoren sich in drei Kreisen überschneiden, müssen unsere Anstrengungen in Beratung, Behandlung und Rehabilitation fugenlos ineinander greifen. Alle unsere Gegenmaßnahmen, die therapeutischen und psychosozialen Hilfen müssen der Komplexität des Rauschmittelmissbrauchs entsprechend ebenso multilateral ausgebaut werden, um eine weitere epidemische Ausbreitung zu verhindern und die Zahl der Drogenabhängigen und Alkoholiker auf ein Ausmaß zu reduzieren, das etwa dem Umfang anderer psychischer Störungen gleichkommt. Aber auch wir selbst, die wir in diesem schwierigen Bereich arbeiten, müssen unsere Absichten und Bemühungen harmonisch abstimmen, wenn wir nicht bei der Jugend einen Verlust an Glaubwürdigkeit und einen Vertrauensschwund in Kauf nehmen wollen.

Anlässlich eines Erfahrungsaustausches mit führenden Wissenschaftlern und Sachverständigen in den USA hat uns ein Repräsentant des BNDD (Bureau of narcotics and dangerous drugs) ans Herz gelegt: „Durchgreifende Bekämpfungsmaßnahmen sind notwendig! Begeht nicht unseren Fehler, zu spät zu handeln! Erstickt das Problem im Keim!“

#### Literaturverzeichnis

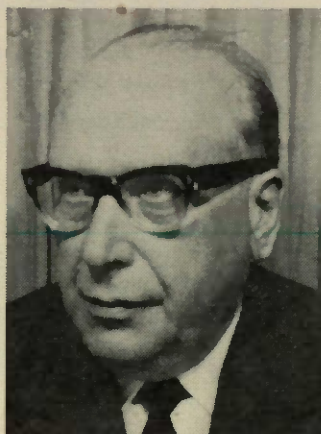
- |  |  |
|--|--|
| EISENBURG J. und CHRISTOFORIS A.:              | Untersuchungen zum Krankheitsverlauf der akuten Virushepatitis. Fortschr. Med. 89. Jg. (1971), Nr. 8, S. 317-327.  |
| ELLGRING J. H.:                                | Sozialpsychologische Aspekte des Orogenkonsums. Beyer. Ärzteblatt, 26. Jg. (1971), S. 646-652.                     |
| FEUERLEIN W.:                                  | Psychiatrische Aspekte des Rauschmittelmissbrauchs. Beyer. Ärzteblatt, 26. Jg. (1971), S. 573-585.                 |
| Beyer. Lendeejugendamt:                        | Mitteilungsblatt Nr. 2/72.   |
| SCHMITT L., STOCKEL F. und KAISER L.:          | Drogengebrauch unter Jugendlichen in Baden-Württemberg. Deutsche Ärzteblatt, 69. Jg. (1972), Nr. 7, S. 354-358.    |
| SCHUSTER E.:                                   | Zur derzeitigen Situation des Orogenmissbrauches. Beyer. Ärzteblatt, 26. Jg. (1971), S. 444-456 und 916-920.       |
| WALOMANN H., SCHONHOFER P. S. und HASSE H. E.: | Vier Stadien in der Entwicklung der Orogenabhängigkeit bei Jugendlichen. Otsch. med. Wschr. 98 (1973), S. 327-331. |

Ansch. d. Verf.: Medizinaldirektor Dr. med. Erich Schuster, 8000 München 40, Winzererstraße 9



### Vier Ernst-von-Bergmann-Plaketten

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat Dr. med., Dr. med. dent. Hans Erich SCHULZ, Günzburg, und Dr. med. Eberhard THÄLE, Weissenhorn, in Würdigung ihrer Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette verliehen, die ihnen der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Mittelschwaben, Dr. Rudolf SANN, Neu-Ulm, übergab.



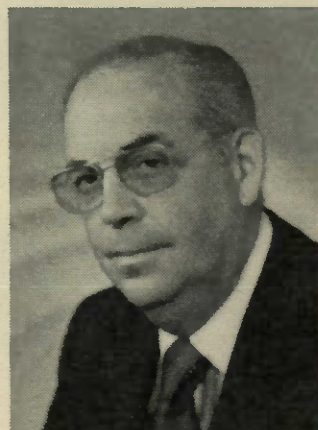
Kollege Dr. Dr. SCHULZ, Leitender Direktor des Nervenkrankenhauses Günzburg, erhielt die Ernst-von-Bergmann-Plakette anlässlich der Günzburger Fortbildungsveranstaltung am 24. Oktober 1973.

Dr. Sann führte in seiner Laudatio aus:

„Kollege Schulz hat zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht, vor allem auf den Gebieten Schockbehandlung, Irrenrecht und psychiatrische Fürsorge. Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender des Vereins bayerischer Anstaltspsychiater, ist Dr. Schulz auch Initiator und Mitglied des Ausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke. Seine Bemühungen um Verbindung mit der neugegründeten Universität Ulm haben zum Bau und zur Angliederung einer Neurologischen und Neurochirurgischen Abteilung am Nervenkrankenhaus Günzburg geführt. Seine rastlose Arbeit für die Patienten wäre ihm unvollkommen erschienen, wenn er nicht auch seine Erfahrungen, verbunden mit den neuesten Erkenntnissen in Forschung und Lehre, an die Ärzte seiner näheren und weiteren Umgebung hätte weitergeben können. Diese Tätigkeit in der Fortbildung begann schon 1950 am Nervenkrankenhaus Kaufbeuren. Von 1958 bis 1967 veranstaltete er beim Ärztlichen Kreisverband Gmünden in Lohr Fortbildungsabende in größerem Rahmen. Seit 1967 führt er nun diese Arbeit hier in Günzburg weiter. Er hat dies vor-

bildlich und mit wachsendem Erfolg getan in dem Bewußtsein, daß die ständige Weiterbildung der Ärzte die beste und modernste Versorgung des kranken Menschen gewährleistet. So hat er sich um die Patienten und die Kollegenschaft verdient gemacht.“

Dr. Schulz, geboren am 11. September 1909 in Sigmaringen, wandte sich nach dem Doppelstudium der Zahn- und Humanmedizin der Psychiatrie zu. Als Anstaltspsychiater und Fürsorgearzt zunächst in Kaufbeuren – sechs Jahre durch Kriegsdienst unterbrochen – tätig, Facharzt seit 1950, wurde er im Jahr 1957 zum Direktor des Nervenkrankenhauses Lohr am Main ernannt und übernahm 1966 die Leitung des Nervenkrankenhauses Günzburg.



Kollege Dr. THÄLE, niedergelassener Internist in Weissenhorn, erhielt die Ernst-von-Bergmann-Plakette anlässlich des 9. Klinischen Wochenendes, gleichzeitig 96. Fortbildungsveranstaltung der Weissenhorner Fortbildungsveranstaltungen, am 27. Oktober 1973.

Dr. Sann sagte bei der Überreichung:

„Kollege Thäle wurde durch eine Reihe wissenschaftlicher Veröffentlichungen bekannt. Als Bezirksvorsitzender des Hartmannbundes in Schwaben, sowie Mitglied des Vorstandes des Ärztlichen Kreisverbandes Mittelschwaben, ist er auch berufspolitisch tätig. Vor elf Jahren begann er, aus kleinen Anfängen heraus mit Diskussionsabenden und Referaten eine immer größere Anzahl von Kollegen aus der näheren und auch der weiteren Umgebung Weissenhorns zu Fortbildungsveranstaltungen zu versammeln. Seit neun Jahren veranstaltet er zusätzlich jährlich einmal ein Klinisches Wochenende. Im Rahmen seiner Bemühungen um die ärztliche Fortbildung schuf Kollege Thäle insofern einen eigenen Typus, als bei diesen Veran-



# Hals Teufel haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

**Wenn's  
um den Hals  
geht frubienzylm<sup>®</sup>**



Das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain lösen Schleim, Eiter und Beläge auf. Dadurch gelangen die Wirkstoffe an die Krankheitsherde; die gereinigte Schleimhaut bietet den Keimen keinen Nährboden zur Infektion.

Frubienzylm<sup>®</sup> wirkt nicht nur gegen Bakterien, sondern

auch gegen Viren — die Infektionen im Hals sind meist virusbedingt<sup>1)</sup>.

Außerdem ist Frubienzylm<sup>®</sup> entzündungshemmend<sup>2)</sup>: Halsschmerzen, Rötung und Schwellung gehen zurück.

Dabei ist Frubienzylm<sup>®</sup> gut verträglich; Nebenwirkungen und Resistenz sind kaum zu befürchten<sup>1)</sup>.

#### Zusammensetzung:

Lysozym	5 mg
Papain	2 mg
Bacitracin	200 I.E.

#### Anwendung/Dosierung:

Täglich 2 — 8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Mund zergehen lassen; nicht schlucken, nicht lutschen, nicht kauen.

#### Indikationen:

Alle infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Ein-

#### Nebenwirkungen:

traten bisher weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf.

#### Packungsgrößen/Preise:

OP zu 24 Tabletten = DM 4,80  
AP zu 240 Tabletten = DM 32,85

#### Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH





Professor Sewering überreicht (links) Dr. Schindlbeck und (rechts) Dr. Meyer-Uhl die Bergmann-Plakette

staltungen neben dem Hauptreferat aus den eigenen Reihen Referenten und Korreferenten benannt werden, die ihre Erfahrungen als niedergelassene Ärzte aus der Allgemein- oder Fachpraxis formulierten und vortrugen. So entstand eine neue Art der ärztlichen Begegnung, bei der die Ärzte nicht nur in der Diskussion, sondern auch als Vortragende mitwirkten, was voraussetzte, daß sie sich mit den einzelnen Themen sehr viel gründlicher befassen konnten und mußten, als dies sonst möglich ist. Dr. Thäle hat sich um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht."

Dr. Thäle, geboren am 30. April 1920 in Munster, Studium und Promotion in Göttingen, Internist seit 1954, zunächst Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses Weissenhorn, zuletzt dort seit 1964 in der Stellung des ärztlichen Direktors, wechselte dann 1970 seine Tätigkeit und ging in die freie Praxis.

Anlässlich der Eröffnung der 13. Bayerischen Internistentagung am 17. November 1973 überreichte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. H. J. SEWERING, die Ernst-von-Bergmann-Plakette dem 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Dr. Robert SCHINDLBECK, und dem Leiter des wissenschaftlichen Bayer Pharma-Büros München, Dr. Gerhard MEYER-UHL.

Professor Dr. H. J. Sewering würdigte bei der Überreichung in seiner Laudatio die Verdienste von Dr. Schindlbeck. Seit 17 Jahren hat sich Robert SCHINDLBECK in vorbildlicher Weise um die ärztliche Fortbil-

dung verdient gemacht. Er stellt sich laufend selbst als Referent bei Veranstaltungen der Ärztlichen Kreisverbände zur Verfügung, führt an seiner Klinik in Herrsching Klinische Fortbildung mit Demonstrationen für die Kollegenschaft der näheren und weiteren Umgebung durch. Als Begründer, Organisator und Leiter der alljährlichen Bayerischen Internistenkongresse seit 13 Jahren hat er diese Veranstaltung zu einem fachlich hochstehenden Kongreß gemacht, der bei den Kollegen in hohem Ansehen steht, was sich in einer außerordentlich großen Beteiligung zeigt. Neben dieser persönlichen Aktivität in der ärztlichen Fortbildung veröffentlicht Dr. Schindlbeck zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Beiträge in den verschiedensten Zeitschriften. In seiner Eigenschaft als Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Internist“ trägt er wesentlich zur Fortbildung der Ärzte bei.

Dr. Robert Schindlbeck wurde am 2. März 1911 in München geboren, wo er 1935 das Staatsexamen ablegte und 1937 promovierte. Er ist seit 1946 Inhaber der Medizinischen Privatklinik Herrsching am Ammersee und seit 1959 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., gleichzeitig 2. Vorsitzender und Mitbegründer des Berufsverbandes Deutscher Internisten, sowie Vertreter der Deutschen Internisten bei der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (VEUS).

In seiner Laudatio bei der Überreichung der Ernst-von-Bergmann-Plakette an Dr. MEYER-UHL führte Professor Dr. H. J. Sewering aus, er freue sich ganz besonders, diese hohe Auszeichnung an Dr. MEYER-



## RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Adonithherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe  
Hochdruckherz, Gastrokard-Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,8 g, Alkohol-Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,  
Visc. alb. 58,87 g, Apium grav. Aunoul. 5,73 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 4,56

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



UHL übergeben zu können, zugleich als Würdigung der Bemühungen der angesehenen Häuser der pharmazeutischen Industrie, die gemeinsam mit der ärztlichen Berufsvertretung die Fortbildung der Kollegen in breitem Maße unterstützen. Die enge wissenschaftliche Zusammenarbeit der Pharmaindustrie mit den Kollegen an Kliniken und Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten stellt in hohem Maße eine der wesentlichen Voraussetzungen dar, um auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet Fortschritte zu erzielen und um letztlich diese Fortschritte dem Patienten in kürzester Zeit zugute kommen zu lassen. Dr. Meyer-Uhl hat sich mit seinem großen Fachwissen, mit Rat und Tat und stets in vorbildlicher

Objektivität um die ärztliche Fortbildung in Bayern verdient gemacht.

Dr. Gerhard Meyer-Uhl, am 19. März 1914 in Breslau geboren, legte dort 1940 das pharmazeutische und 1941 das nahrungsmittelchemische Staatsexamen ab und promovierte 1942 zum Dr. rer. nat. Unmittelbar nach Kriegsende führte Dr. Meyer-Uhl zehn Jahre lang die Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung der Firma Boehringer-Mannheim. Dann wechselte er zu Bayer-Leverkusen über, leitete zunächst einige Jahre das Pharma-Büro in München, übernahm von 1958 bis 1964 die wissenschaftliche Deutschlandabteilung von Bayer und ist seit 1964 Leiter des Pharma-Büros München.

## Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

50. Fortbildungstagung vom 31. Mai bis 3. Juni 1973

(Fortsetzung)

### 3. Hauptthema: „Blutungen – Fortschritte in Diagnostik und Therapie“

Professor Dr. R. GROSS, Köln:

#### „Neueres zur allgemeinen Diagnostik und Behandlung von Blutungen“

Die vier wichtigsten inneren Organblutungen stellen jene aus dem Magen-Darmkanal, aus den tieferen Luftwegen, dem weiblichen sowie dem männlichen Urogenitaltrakt dar. Hierbei handelt es sich durchweg um Blutungen in Hohlräume mit Abfluß nach außen. Dieser Typ von Blutungen wird daher in der Regel rasch bemerkt. Der Blutverlust ist häufig schwer, unter Umständen sogar akut bedrohlich. Die Notfalltherapie beschränkt sich demzufolge auf eine rasche, möglichst konservative Blutstillung und auf eine Bekämpfung bzw. Vorbeugung des Schocks.

Bei Blutungen in innere Hohlräume ohne Abfluß treten im Gegensatz zu den eben beschriebenen häufig Kompressions- oder Verdrängungserscheinungen, Reizerscheinungen und Funktionsstörungen mit ihrer oft schwierigen Differentialdiagnose in den Vordergrund (z. B. bei Blutungen in den Schädelinnenraum, den Herzbeutel, die Bauchhöhle und Gelenke). Bei Blutungen in das Interstitium (z. B. in Muskel- und Bindegewebe) beherrschen schmerzhafte Funktionsstörungen, häufig verbunden mit einer Verfärbung der Haut das Bild. Am einfachsten übersehbar und zu behandeln sind die äußeren Blutungen, nicht zuletzt wegen der leichteren Blutstillung durch Kompression.

Für das Ausmaß des bestehenden Blutverlustes oder die Fortdauer einer Blutung ist während der ersten Stunden und Tage die Bestimmung des Hämoglobins, der Erythrozyten, aber auch des Hämatokrits unzuverlässig. Da wir hierbei lediglich die Konzentration,

nicht aber die absoluten Mengen im Körper bestimmen, kann es theoretisch passieren, daß ein Patient innerhalb weniger Minuten verblutet, während die Hämoglobinkonzentration noch bei 16 g% liegt. Andererseits kann der Hämoglobinwert ein bis zwei Tage nach einer Magenblutung noch absinken, obwohl die Blutung längst steht. Die intravasalen Blutwasserbestandteile werden unterschiedlich schnell resorbiert: Flüssigkeiten und Elektrolyte innerhalb von Stunden, Eiweißkörper binnen weniger Tage und die Erythrozyten binnen Wochen. Von aufwendigen Untersuchungsmethoden abgesehen, hilft in unklaren Fällen lediglich die ständige Beobachtung des Kranken, einschließlich seiner Kreislaufverhältnisse und – wenn möglich – die Untersuchung der Blutungsquelle durch Endoskopie bzw. Arteriographie.

Als Zusatzursache einer Blutung kommen in 5 bis 10 % der Fälle Hämostasedefekte in Betracht. Zu diesen gehören die Verringerung der Gerinnungsfaktoren bei Ösophagus- oder Magenblutungen im Rahmen einer Leberzirrhose; Magenblutungen bei erosiver Gastritis im Rahmen einer Urämie; Blutungen unter Antikoagulantienbehandlung oder Gabe von Aggregationshemmern der Thrombozytopoese wie Acetylsalicylsäure und schließlich Blutungen durch intravasalen Verbrauch von Blutplättchen und Gerinnungsproteinen im Schock und schweren septischen Krankheitsbildern. Die quantitative Beurteilung eines solchen Defekts erfordert spezielle Kenntnisse und ein entsprechendes Gerinnungslabor. Die Bestimmung der Blutungszeit, der Thromboplastinzeit nach QUICK, der partiellen Thromboplastinzeit (ppt), der Gerinnungszeit und Kapillarresistenz sowie die Zählung der Blutplättchen ermöglicht in den meisten Fällen eine Klärung der Hämostasedefekte. Muß sich draußen in der Praxis die Untersuchung auf Anamnese und klinischen Befund beschränken, so sind besonders gründlich hereditäre hämorrhagische Diathesen



auszuschließen. Der Blutungstyp gestattet häufig eine grobe Zuordnung zu drei Grundformen hämorrhagischer Diathesen: Plasmadefekte führen immer zu einer Störung der Verfestigung des hämostatischen Pfropfens, also vorzugsweise zu Nachblutungen oder Sickerblutungen. Gefäßerkrankungen zeigen meist Petechien. Störungen der Thrombozyten (häufigste Ursache der Hämostasedefekte) können verschiedenartige Bilder erzeugen, da die Blutplättchen sowohl für die primäre Blutstillung als auch für die Blutgerinnung mit sekundärer Verfestigung des Gerinnsels benötigt werden. Liegt ein Hämostasedefekt vor, so ist die blutungsferne Applikation sogenannter Hämostyptika meist nutzlos. Ist die Blutgerinnung andererseits normal und damit optimal wirksam, so kann diese auch durch zusätzliche intravenöse Gabe von Medikamenten nicht weiter gesteigert werden!

Bei der lokalen Anwendung von Hämostyptika ist das aktive Endprodukt der Gerinnungssequenz, das proteolytische Enzym Thrombin, allen anderen Präparaten vorzuziehen. Sehr vorteilhaft ist seine Anwendung in Verbindung mit Kompression und Fibrinschaum. Man sollte aber Fibrin wegen seiner fibrinolytischen Wirkung nicht in zu großen Mengen geben und beachten, daß Thrombin in saurem Milieu sofort inaktiviert wird.

Die Substitution von Gerinnungsfaktoren ist nur theoretisch durch Vollblutkonserven möglich, da die Konzentration der am häufigsten erniedrigten Faktoren wie Blutplättchen, Fibrinogen und antihämophiles Globulin, in ein oder zwei Blutkonserven meist nicht ausreichend enthalten sind. Zur Durchführung entsprechender spezieller Maßnahmen sollte der Patient möglichst rasch in ein Krankenhaus mit entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten überführt werden. Zwischenzeitlich kann man sich bei entsprechend unsicherer Diagnose auf die Substitution mit COHNs Fraktion I und auf Prednisolongaben beschränken.

Professor Dr. R. PHLIPPEN, Köln:

#### „Magen-Darm-Blutungen in internistischer Sicht“

Die bekannten Primärsymptome, das Bluterbrechen und der Blutstuhl, geben bereits einen groben Hinweis auf den Ort der Blutungsquelle. Je nach dem, ob das Blut vor oder nach der Umwandlung in salzsaures Hämatin erbrochen wird, erscheint es frisch rot oder kaffeesatzartig. Das Aussehen des Bluts sagt somit nichts über den eigentlichen Blutungsort (Ösophagus, Magen oder Duodenum) aus. Teerstühle stammen immer aus dem oberen Gastrointestinaltrakt, selten unter Einschluß des Ileums. Die Schwarzfärbung einer Blutung aus dem Dünndarm resultiert von Sulfiden, die durch bakterielle und fermentative Umwandlung des Bluts während der Darmpassage entstehen. 80 bis 100 ml Blut genügen, um bei einer gemischten Kost einen Teerstuhl hervorzurufen. Die Blutungsquelle ist in der Mehrzahl der Fälle demgegenüber bei einem hellroten Blutstuhl in dem unteren Anteil

des Intestinaltrakts zu suchen. Nach einer frischen Blutung ist bei Stuhluntersuchungen noch 7 bis 21 Tage später Blut nachzuweisen. Die dritte Form der gastrointestinalen Blutung entzieht sich als okkulte Blutung dem makroskopischen Nachweis und kann auch aus der Mundhöhle stammen.

Von der Hämatemesis und Melaena abgesehen, ruft eine starke gastrointestinale Blutung gravierende Sekundärsymptome hervor: plötzlich einsetzende Müdigkeit und Schwäche wird häufig durch Gähnen und Durstgefühl ergänzt. Bei größeren Blutverlusten treten Kollapserscheinungen mit Blutdruckabfall, Anstieg der Pulsfrequenz und vasokonstriktorischer Blässe hinzu. Das tatsächliche Ausmaß der Blutung ist jedoch in der Praxis kaum zu beurteilen. Bei einem Anstieg der Pulsfrequenz über 100 pro Minute und einem Abfall des systolischen Blutdrucks unter 100 mm Hg ist bereits ein ausgedehnter hämorrhagischer Schock anzunehmen. Das Symptom der Anämie läßt sich erst 12 bis 24 Stunden nach Einsetzen der Blutung bewerten, da erst zu diesem Zeitpunkt Erythrozyten, Hb und Hämatokritwerte die realistischen Verhältnisse widerspiegeln. Demgegenüber kann bei chronischen Sickerblutungen die Anämie das erste faßbare Symptom sein. So ist bei einer Eisenmangelanämie im Alter immer nach einer Blutungsquelle im Gastrointestinaltrakt zu suchen.

Die einzelnen Blutungsursachen und deren Häufigkeit werden im folgenden Referat von Dr. HEYMANN beschrieben (Veröffentlichung in Heft 2/1974).

#### Kliniken zur internen Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken nach Operation und/oder Bestrahlung

#### In 8203 Oberaudorf/Bad Trißl und 8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten

In der Klinik Bad Trißl werden nur Frauen mit Mamma- und Genitalkarzinomen aufgenommen, in der Schloßbergklinik Männer und Frauen mit allen Formen solider Tumoren und Leukämien. Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung gewähren zu den stationären Kosten Zuschüsse.

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Tel. (0 89) 47 60 87.

Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. angefordert werden.



gelassen und ruhig am Tag

# ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer  
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

**Zusammensetzung:** 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on

**Indikationen:** im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlafrhythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastro-intestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Denitlionsbeschwerden bei Kleinkindern; Im affektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahn-

ärztlichen und ärztlichen Eingriffen; Erwartungsangst vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.

**Kontraindikation:** Myasthenia gravis  
**Dosierung:** In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Morgens 1 Tabl., mittags 1 Tabl., abends 2 Tabl.  
Suppositorien für Erwachsene: Morgens 1 Supp., ebends 1 Supp.  
Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg

(1/2 Doppelkonus), 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren 1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).

**Zur Beachtung:** Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbran die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.

**Handelsformen:** Tabletten zu 10 mg  
OP mit 25 Tabletten DM 6,50  
OP mit 75 Tabletten DM 17,75  
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg  
OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg  
OP mit 5 Suppositorien DM 4,45  
OP mit 10 Suppositorien DM 8,20  
Klinikpackungen  
zu allen Darreichungsformen  
Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae



Bei der Abklärung zahlreicher Blutungsquellen kommt der Notfallendoskopie eine zunehmende Bedeutung zu. Hierzu gehören blutende Ulzera, Karzinome, Polypen und Schleimhauterosionen des Magens. Letztere sind röntgenologisch praktisch nicht zu erfassen und werden erst seit Einsatz der endoskopischen Diagnostik häufiger gefunden. Sie stellen bei Obduktionen die häufigste intestinale Blutungsursache überhaupt dar.

An diagnostischen Maßnahmen steht neben der Notfallendoskopie die Röntgenuntersuchung des Magen-Darmtrakts, sowie die Angiographie zur Verfügung. Letztere kommt besonders zur Abklärung von möglichen Blutungsquellen im Bereich des Dünndarms zum Einsatz. Bei Blutungen von mehr als 1 ml pro Minute läßt sich angiographisch in diesem Bereich der Kontrastmittelaustritt in das Darmlumen oder die freie Bauchhöhle nachweisen und die Läsion lokalisieren.

Bei Verdacht auf eine Ösophagusvarizenblutung im Rahmen einer Leberzirrhose sind an Laborbefunden die Transaminasen, der Bromthaleintest und der Ammoniakspiegel von Interesse. Darüber hinaus kommt zum Ausschluß hämorrhagischer Diathesen einem Blutgerinnungsstatus große Bedeutung zu (s. Referat von Professor Dr. GROSS). Bei der Suche nach einer okkulten Blutung geben die Stuhluntersuchungen auf Blut mit Benzidin oder ähnliches erste Hinweise. Im Zweifelsfall kann die moderne nuklearmedizinische Methode mit radioaktivem Nachweis von chrommarkierten Erythrozyten im Stuhl zur Ergänzung mit herangezogen werden. Ferner kann eine Blutungsquelle im oberen Verdauungstrakt einschließlich des Jejunums mit Hilfe einer Fadensonde nachgewiesen werden. Diese Methode wurde in letzter Zeit durch intravenöse Injektion von Fluoreszein und späterem Nachweis desselben am Faden in UV-Licht modifiziert. Der Nachweis von Blut im Stuhl muß unbedingt weitere diagnostische Maßnahmen zur Abklärung der Blutungsquelle nach sich ziehen, und an erster Stelle ist hier die rektale, digitale Untersuchung zu nennen, mit der etwa 75 % aller Rektumkarzinome bereits erkennbar werden. (Schluß folgt)

## Personalia

### Neuwahl des Präsidenten der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie

Zum neuen Präsidenten der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde Professor Dr. med. Günther STARK, Vorstand der Städtischen Frauenklinik Nürnberg, gewählt.

Anschrift der Gesellschaft: 8500 Nürnberg, Städtische Frauenklinik, Flurstraße 7, Telefon (091 31) 298 22 22



### Auszeichnung für Dr. Hönig

Im Rahmen der Feierstunde anlässlich des 50jährigen Bestehens der Bayerischen Ärzteversorgung am 9. Oktober 1973 im Ärztehaus Bayern erhielt Abteilungsdirektor Dr. Wolfgang HÖNIG das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft aus der Hand des amtierenden Präsidenten der Bundesärztekammer und Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. SEWERING.

Mit dieser höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft wurden die hervorragenden Verdienste gewürdigt, die sich Dr. Hönig seit 1961 als Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung um den Ausbau dieses Versorgungswerkes erworben hat. In bewährter vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung der Anstalt und der ärztlichen Berufsvertretung konnten eine entscheidende Verbesserung der Versorgungsleistungen erreicht, die Maßnahmen zum Schutze der Frühberufsunfähigkeit ausgebaut und die Renten dynamisiert werden.

## Fakultät

### München

#### Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Heinrich DREXEL, Wissenschaftlicher Rat am Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie, wurde zum „ordentlichen Professor für Physikalische Medizin“ ernannt.

Professor Dr. med. Lorenz BRUNNER, bisher apl. Professor an der Universität Göttingen, wurde durch Umhabilitation die Lehrbefugnis für Thorax- und Herz-Gefäßchirurgie erteilt. Ferner wurde er zum „Oberarzt“ an der Abteilung für Herzchirurgie der Chirurgischen Klinik ernannt.

apl. Professor Dr. med. Konrad BÖHLMAYER, Abteilungsvorsteher an der Kinderklinik, wurde bis zur Dauer von zwei Jahren für eine Tätigkeit als Chef-



arzt der Abteilung für Kinderkardiologie am Deutschen Herzzentrum München beurlaubt.

apl. Professor Dr. med. Josef EISENBURG, Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Friedrich SEBENING, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde für eine Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie im Staatlichen Krankenhaus an der Lazarettstraße – Herzzentrum im Aufbau – beurlaubt.

apl. Professor Dr. med. Helmut SCHIEVELBEIN, Abteilungsvorsteher am Institut für Klinische Chemie und Klinische Biochemie, wurde an das Deutsche Herzzentrum München versetzt.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Werner LANG, Oberassistent am Institut für Infektions- und Tropenmedizin;

Privatdozent Dr. phil. Helmuth HUBER, Oberassistent an der Nervenambulanz.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Helmut LYDTIN (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Roland SCHOLZ (Physiologische Chemie).

Privatdozent Dr. phil. Achim KRÖGER, Akademischer Rat am Institut für Physiologische Chemie und Physiologische Biochemie, wurde zum „Akademischen Oberarzt“ ernannt.

Dr. med. Volker JAHNKE wurde durch Umhabilitation zum „Privatdozent für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“ und zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Ferdinand EISENBERGER für „Urologie“;

Dr. med. Matthias H. HACKENBROCH für „Orthopädie“;

Dr. med. Michael HORSTER für „Physiologie“;

Dr. med. Frieder LAHODA für „Klinische Neurologie“;

Dr. med. Hens-Jürgen REFIOR für „Orthopädie“;

Dr. med. Eberhard STRUCK für „Chirurgie“ (durch Umhabilitation).

o. Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum Ehrenmitglied der – Sociedad Hondureña de Dermatología – Hondurenische Dermatologische Gesellschaft ernannt.

o. Professor Dr. med. Waldemar Chr. HECKER, Direktor der Kinderchirurgischen Klinik, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

o. Professor Dr. med. Fritz HOLLE, Direktor der Chirurgischen Poliklinik, wurde von der Griechischen Gesellschaft für Chirurgie zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

o. Professor Dr. med. Alfred Nikolaus WITT, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, wurde durch die Amerikanische Orthopädische Gesellschaft zum Corresponding Member gewählt. Ferner wurde er zum Ehrenmitglied der American Fracture Association ernannt.

### Technische Universität München

Privatdozent Dr. med. Otfried MESSERSCHMIDT (Strahlenbiologie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. phil. Gerhard PFOHL (Medizingeschichte der Klassischen Welt und Epigraphik) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt; gleichzeitig wurde die Amtsbezeichnung in Abteilungsvorsteher und Professor geändert.

Privatdozent Dr. med. Werner THEISINGER, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Wolfram DELIUS für „Innere Medizin“ (durch Umhabilitation);

Dr. med. Heinz Robert LANGHAMMER für „Nuklearmedizin und Radiotherapie“;

Dr. med. Jörn RICHTER für „Innere Medizin“;

Dr. med. Josef SCHUSTER für „Chirurgie“;

Dr. med. Alex Maximilian KRIESSMANN für „Innere Medizin“;

Dr. med. Hans-Joachim WIENDL für „Chirurgie“.

Dr. med. Hermann J. VOGT, wiss. Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „Akademischen Oberarzt“ ernannt.

### Würzburg

apl. Professor Dr. med. dent. Emil WITT, Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum „ordentlichen Professor für Kieferorthopädie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Universitätsdozent Dr. med. Peter BANNASCH (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie);

Universitätsdozent Dr. med. Oskar KLINGE (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie);

Privatdozent Dr. med. Eva MÖLLER (Haut- und Geschlechtskrankheiten).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Günther CUNITZ für „Anästhesiologie und Wiederbelebung“;

Dr. med. Klaus SANDHAGE für „Kinderheilkunde“.

o. Professor Dr. med. Dr. phil. Gundolf KEIL, Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin, wurde in den Presseausschuß für die Amtszeit Juli 1973 bis August 1974 berufen.



## Krankenversicherung weiter expansiv

Der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Walter ARENDT vorgelegte Sozialbericht 1973 enthält neben statistischen Aussagen zur finanziellen Entwicklung der sozialen Leistungen in den Jahren von 1967 bis 1972 bzw. Voraussagen für den Zeitraum von 1972 bis 1977, die Leistungen zur Gesundheitssicherung eingeschlossen, wichtige Ausführungen zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung.

Diese wird im Sozialbericht 1973 als eine „ständige Aufgabe“ bezeichnet. Konkrete Vorhaben werden zwar nicht angekündigt, es wird jedoch darauf hingewiesen, daß die Bundesregierung sich in diesen Bereichen auf Arbeiten und Empfehlungen der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung stützen wird.

Darüber hinaus werden nach Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung nachstehende Prognosen Grundlage weiterer Diskussionen auf diesem Gebiet sein:

- Der medizinisch-technische Fortschritt wird zu erheblichen Leistungssteigerungen bzw. zur Verteuerung führen, vor allem der Krankenhausleistungen;
- die Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher und Anstaltsleistungen wird aufgrund des ungünstigen Altersaufbaus der Bevölkerung und zunehmendem Gesundheitsbewußtsein, das auch eine stärkere Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zur Folge hat, weiter zunehmen;
- Menge und Qualität der verordneten Hilfsmittel werden im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsleistungen weit über Durchschnitt, die Qualität der Hilfsmittel knapp überdurchschnittlich steigen;
- die Einkommen der im Gesundheitswesen tätigen Personen werden nicht mehr stärker zunehmen als im Schnitt aller Erwerbstätigen.

Als Impulse für die Dynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung werden im Sozialbudget angegeben:

- Demographische Entwicklungen,
- Wandel des Krankheitspanoramas,
- technische Verbesserungen der Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arztpraxen und Krankenhäuser),
- Einkommensentwicklung der im Gesundheitswesen tätigen Personen,
- Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Einrichtungen durch die Versicherten, vor allem der Vorsorgeleistungen,

- Menge und Preis der verordneten Heil- und Hilfsmittel.

Schwerpunkte der gesetzgeberischen Tätigkeit sind nach dem Sozialbericht:

- Erweiterung des versicherten Personenkreises um solche Gruppen, deren Gesundheitsrisiken bisher „gar nicht oder unzulänglich“ abgesichert waren, z. B. vor allem Studierende oder von Geburt an Behinderte. Ein Gesetzentwurf zur Einbeziehung dieser Behinderten in die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich im Gesetzgebungsverfahren. Über die Regelung der Krankenversicherung für alle Studenten wird diskutiert.

- Ausbau der Früherkennung von Krankheiten durch weitere Früherkennungsuntersuchungen und Gesundheitsvorsorge. Zur Zeit ist nicht abzusehen, wann ein entsprechender Gesetzentwurf vorgelegt wird.

- Erweiterung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung um zusätzliche Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (z. B. Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln). Es geht hier insbesondere um mitversicherte Frauen und Kinder, die bisher von diesen Möglichkeiten weitgehend ausgeschlossen sind. Die Einbeziehung dieses Personenkreises in die Rehabilitationsmaßnahmen ist in dem vom Bundesrat im ersten Durchgang bereits beratenen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung und Angleichung der Rehabilitationsleistungen vorgesehen. Sie wird erreicht durch die Einbeziehung der sozialen Krankenkassen in den Kreis der Rehabilitationsträger.

- Sicherstellung der ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und Stadtrandgebieten. Die Sachverständigenkommission hat hierzu Ende 1972 eine Empfehlung verabschiedet. Minister Arendt bezeichnete es in diesem Zusammenhang als wünschenswert, wenn die Selbstverwaltung diese Aufgabe lösen und gesetzliche Vorschriften damit überflüssig würden.

- Anpassung der Leistungen der sozialen Krankenversicherung an gesellschaftliche Veränderungen, wie sie sich insbesondere aus der Erwerbstätigkeit vieler Mütter ergeben. Diese Anpassung soll durch das vom Bundestag und Bundesrat inzwischen verabschiedete Leistungsverbesserungsgesetz erfolgen, das auf eine Initiative der Koalitionsfraktionen zurückgeht.

- Dauerhafte Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzkraft der Solidargemeinschaft. Hierbei dürfte



# Harnsäure



**Der Harnsäure-Hemmer**

**Senkt den Harnsäurespiegel**

**Löst Harnsäuresteine**

**Schutz und Dauerbehandlung**

**Hyperurikämie, Gicht, Harnsäuresteine**

**Allopurinol der Harnsäure-Hemmer**

**Zusammensetzung pro Dragee**

4-Hydroxy-1H-pyrazolo (3, 4-d)-pyrimidin 100 mg

**Indikationen**

Hyperurikämie, Gicht, Arthritis urica, harnsaure Diathese, Harnsäuresteine

**Kontraindikationen**

Schwangerschaft und Stillzeit

**Nebenwirkungen**

Gelegentlich können Juckreiz, Übelkeit, Erbrechen oder Diarrhoe auftreten, die nach vorübergehender Reduzierung der Dosis meist verschwinden. Verstärkte Gelenkschmerzen zu Beginn der Behandlung können durch niedrig dosierte Colchicingaben beherrscht werden.

**Dosierung**

Individuell zwischen 100-800 mg täglich, im allgemeinen 3 x 1 bis 3 x 2 Dragees täglich.

**Handelsformen** Packung zu 50 Dragees DM 32,- Klinikpackung zu 250 Dragees

**EFEKA · FRIEDRICH & KAUFMANN · ARZNEIMITTELFABRIK · HANNOVER**



u. a. eine Neuregelung der Rentner-Krankenversicherung eine Rolle spielen.

Wie erwähnt, wird im Sozialbudget mit starken Zuwachsraten bei den Aufwendungen für die Gesundheit, vor allem bei der sozialen Krankenversicherung, gerechnet. Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung werden für 1972 mit knapp 37 Mrd. DM (16,9 v. H. des Sozialbudgets) angegeben. Schon für 1973 wird mit einer Steigerung der Ausgaben der Krankenversicherung auf rd. 42,8 Mrd. DM = 17,6 v. H. des Sozialbudgets und für 1977 mit 66,9 Mrd. DM = 18,9 v. H. des Sozialbudgets gerechnet.

Die stärksten Steigerungsraten werden bei der Position „Sonstige Heil- und Hilfsmittel“ (19,1 v. H. pro Jahr in der Zeit von 1972 bis 1977) und bei der „Anstaltsbehandlung“ (16,1 v. H. pro Jahr) erwartet. In absoluten Zahlen bedeutet das bei „Sonstigen Heil- und Hilfsmitteln“ eine Ausgabensteigerung von rd. 1,2 Mrd. DM in 1972 auf 2,8 Mrd. DM im Jahre 1977 und bei der „Anstaltsbehandlung“ einen Zuwachs von rd. 9,3 Mrd. DM in 1972 auf 19,7 Mrd. DM in 1977.

Bei der ärztlichen ambulanten Behandlung wird eine Ausgabensteigerung der Krankenversicherung von rd. 7,6 Mrd. DM in 1972 über 8,4 Mrd. DM in 1973 auf 12,2 Mrd. DM im Jahre 1977 errechnet. Das entspricht im Zeitraum von 1972 bis 1977 einer jahresdurchschnittlichen Zuwachsrate von 9,9 v. H. Dies wäre die niedrigste Steigerungsrate bei allen wichtigen Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung. Bei der zahnärztlichen ambulanten Behandlung wird die jährliche Zuwachsrate mit 10,4 v. H., bei Arzneimitteln aus Apotheken mit 13,2 v. H. und beim Zahnersatz mit 11,6 v. H. angegeben.

Die wachsenden Ausgaben der Krankenversicherung sollen durch Beitragserhöhungen gedeckt werden. Für 1973 rechnet das Sozialbudget mit einem mittleren Beitragssatz (durchschnittlicher Beitragssatz für versicherungspflichtige Mitglieder mit Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung) von 9,1 bis 9,2 v. H. gegenüber 8,4 v. H. im Jahre 1972. Bis 1977 wird eine Erhöhung des mittleren Beitragssatzes auf rd. 10,2 v. H. vorausgeschätzt.

Die gesamten Aufwendungen für die Gesundheit betragen 1972 70,6 Mrd. DM. Sie werden für 1977 auf nahezu 122 Mrd. DM geschätzt. Zur „Sozialfunktion“ Gesundheit werden dabei alle Leistungen zur Vorbeugung bei Krankheit, Arbeitsunfall und Invalidität gerechnet. Der Gesamtaufwand für die Gesundheit nach dem Sozialbudget geht daher über die reinen Leistungen der sozialen Krankenversicherung weit hinaus.

Die größten Posten der Sozialleistungen bilden neben den Aufwendungen für die Gesundheit die Ausgaben für die Alterssicherung. Sie betragen insgesamt rd. je ein Drittel des Sozialbudgets oder etwa

9 v. H. des Bruttosozialprodukts. Das Sozialbudget umfaßte 1972 insgesamt 218 Mrd. DM. Bis 1977 wird eine Steigerung auf rd. 354 Mrd. DM errechnet. Im gleichen Zeitraum wird ein Zuwachs des Bruttosozialprodukts von knapp 829 Mrd. DM im Jahre 1972 auf 1,3 Billionen DM im Jahre 1977 erwartet. Die Sozialleistungsquote, der Anteil der Sozialleistungen am Bruttosozialprodukt, beträgt zur Zeit 26,3 v. H. Sie würde damit bis 1977 auf 27,1 v. H. steigen.

Dies sind einige der wichtigsten Daten aus dem von Bundesarbeitsminister Arendt vorgelegten Sozialbericht 1973, der nach Arendt die sozialpolitischen Aussagen der Regierungserklärung vom 18. Januar 1973 konkretisieren und die sozial- und gesellschaftspolitischen Vorhaben in dieser Legislaturperiode verdeutlichen soll.

(aus „Bonner Informationsdienst“ Nr. 22/1973)

## Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

### Verabschiedung durch Bundestag und Bundesrat

Der aus der Mitte des Bundestages eingebrachte Gesetzentwurf ist jetzt auch durch den Bundesrat in der vom Bundestag beschlossenen Fassung gebilligt worden, so daß das Gesetz am 1. Januar 1974 in Kraft tritt. Die wichtigsten Regelungen:

– Unbegrenzte Krankenhauspflege für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend gesetzlich verankertem Rechtsanspruch. Die derzeit geltende Begrenzung auf längstens 78 Wochen wird damit beseitigt.

– Gewährung einer Haushaltshilfe, soweit die Weiterführung des Haushalts durch den Versicherten, seinen Ehegatten oder eine andere im Haushalt lebende Person wegen Aufenthalts in einem Krankenhaus, einer Entbindungsanstalt oder wegen eines Kuraufenthalts nicht möglich ist. Als Haushaltshilfe ist die Bestellung einer Ersatzkraft oder aber in begründeten Fällen die Übernahme der Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe vorgesehen.

– Krankengeld bei Verdienstausschlag wegen der Betreuung eines erkrankten Kindes bis zu fünf Arbeitstagen in jedem Kalenderjahr für jedes Kind; entsprechender Anspruch auf Freistellung von der Arbeit.

– Wegfall der ab 1. Januar 1970 neu in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführten „Krankenscheinprämie“ für nicht in Anspruch genommene ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege.

Die den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Krankenversicherung der Landwirte und der knappschaftlichen Krankenversicherung entstehenden Mehrausgaben werden für das Jahr 1974 auf ca. 440 Mio. DM geschätzt. Die Einsparungen durch den Wegfall der Krankenscheinprämie dürften ca. 390 Mio. DM betragen.

(aus „Bonner Informationsdienst“ Nr. 22/1973)



## Geschichte der Medizin

### Die Region Aschaffenburg-Untermain im Spiegel der Geschichte

Medizinhistorische Notizen zum 100jährigen Jubiläum  
des Ärztlichen Kreisverbandes Aschaffenburg

von Professor Dr. F. Schmid, Aschaffenburg

Ein 100jähriges Jubiläum mag ein wenig bedeutender Anlaß zu einer regionalen Betrachtung der Medizingeschichte sein, die 5000 Jahre zurückreicht. Unterzieht man sich der Aufgabe des Studiums erreichbarer Quellen, so ergeben sich aber Aufschlüsse, die über die medizinische Bedeutung hinaus interessante Einblicke in das Leben der Menschen, ihre Sozialstrukturen und Leiden ergeben, und mehr aussagen als die Jahreszahlen von Schlachten, Feldherrn und Fürsten. So gesehen, bitte ich, den historischen Notizen zu folgen:

Nur spärlich sind die historischen Quellen über medizinische und soziologische Entwicklungen im Raume Aschaffenburg, Miltenberg und des Spessartgebietes; zu vereinzelt, um daraus ein lückenloses Bild der Medizingeschichte dieser Region entwerfen zu können. Nur gelegentlich sind in die historischen – vorwiegend machtpolitischen oder klerikalen Abhandlungen – Notizen über Hospitäler, Heime oder Ärzte eingestreut. Allein aber diese „Nebensätze“ der Geschichte zeigen, welche Rolle die Medizin in diesem Raum zeitweise gespielt hat. Aschaffenburg, so oft in seiner Geschichte Mittelpunkt oder gar Brennpunkt historischer Auseinandersetzungen und Machtverschiebungen, scheint auch im medizinisch-soziologischen Bereich Blütezeiten und tiefes Brachliegen in bunter Mischung und starker Kontrastierung durchlebt zu haben.

Sowohl den germanischen Stämmen als auch den römischen Legionen waren die Salzquellen von Bad Orb und Soden bekannt.

Eine erste Blütezeit dürfte die Epoche der fränkischen Könige und sächsischen Kaiser gewesen sein. Das Kloster wurde 721 in ein Stift, 1073 in ein Kollegialstift umgewandelt. Über Jahrhunderte hinweg bleiben Schicksal und Bedeutung der Stadt eng mit der Rolle des Stiftes verwoben.

#### Der historische Rahmen

1280 hatte Aschaffenburg schon ein Hospital mit einer Kapelle.

„Am 12. Februar 1371 starb zu Aschaffenburg Churfürst Gerlach von Nassau. Seinen Tod schrieb man den zu starken, heftigen Wirkungen einer Arznei zu, welche ein französischer Arzt dem Churfürsten verordnet hatte. Die hierüber empörten Bürger stürzten den Arzt in den Main. Am Ende dieses Jahrhun-

# ESDESAN®

cum Nitro

Kardiosedativum

**Bei nervösen Herz- und  
Kreislaufstörungen,  
pectanginösen Beschwerden,  
Angina pectoris  
nervosa, Altersherz.**

Kontraindikationen: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

Hinweis: Esdesan cum Nitro-Dragees beeinträchtigen bei höherer Dosierung und insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol die Fahrtüchtigkeit.

Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Viciae albi 10 mg, Papaverin hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

30 Dragees DM 4,05  
60 Dragees DM 5,55

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Eresmusstr. 20-24  
Schrifttum und Muster von Esdesan cum Nitro erbeten

(bitte persönliche Unterechrift und Stempel)

BayA



AKTIENGESELLSCHAFT  
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE  
1 BERLIN



derts – 1398 – wütete die Pest zu Aschaffenburg; ganze Häuser starben es und dreimal wechselten die Totengräber (Behlen und Merkel).

Diether von Isenburg, an dessen Seite die Stadt im Churstreit mit Adolph von Nassau stand, starb hier am 7. Mai 1482 an den Folgen einer Ruhr.

Im schmalkaldischen Krieg wird Aschaffenburg 1547 und 1552 (zweimal) durch den Grafen von Oldenburg geplündert und teilweise verwüstet. Aus Groll gegen das Stift schließen sich die Bürger den „Insurgenten“ des Bauernaufstandes an, „nicht weil sie vom Geist des Aufruhrs ergriffen waren“, und verloren anschließend durch die neue Verfassung des Churfürsten viele Privilegien.

1607 wird erneut über eine Pestepidemie in Aschaffenburg berichtet. Am 25. November 1631 besetzte Gustav Adolf von Schweden die Stadt, verschonte sie aber, durch das mutige Eingreifen des Kapuzinerpaters Bernhard veranlaßt. Durch die Schlacht bei Nördlingen (1634) fiel Aschaffenburg an die Spanier, 1646 nahmen es die Franzosen, später die Bayern und Österreicher ein. In den Jahren 1647 und 1673 waren die Franzosen erneut Herren über Stadt und Gebiet.

1729 erfolgte von hier aus durch Lothar Franz (Graf von Schönborn) die Stiftung des Rochushospitals zu Mainz (1729). Den vom Glück und des Volkes Gunst verlassenen Reformier Emmerich Joseph, Freiherr von Breidenbach-Bürresheim (gest. 1774), folgte der erfolgreichere Friedrich Carl Joseph, Freiherr von Erthal, auf den erzbischöflichen Stuhl zu Mainz (18. Juli 1774). Öffentliche Verwaltung, Kunst und Bildung wurden neu geregelt, die Aschaffener Lehranstalten genossen sein besonderes Wohlwollen.

Die ersten Kampfhandlungen im Gefolge der französischen Revolution (1792 bis 1796) ereigneten sich verschiedentlich am Untermain, Aschaffenburg fällt wiederholt in die Hand der Franzosen. Inmitten der durch Feldzüge, Generäle und Intrigen geprägten Jahre fällt ein Brief, der einen Hinweis auf die Bedeutung der Medizin im Aschaffener Raum liefert.

Brief Charlotte von Kalb's an Friedrich Schiller 1793

„... Ihr Brief sagt mir leider daß sie noch nicht aufhören zu leiden, – aber dieses mit Ruhe und gleichmuth tragen – und nur dadurch die Kraft erhalten es zu besiegen. – Könnte Ihnen denn nicht gänzlich geholfen werden. Consultieren Sie einen andern Arzt. Marcus in Bamberg, Hofmann in Aschaffenburg! – lassen Sie nichts unversucht was vielleicht helfen könnte u. mögl. zu verschaffen ist. – ich hörte als ich noch in Weimar war, Sie tranken oft starken Theé, tun Sies nicht – ich weis es aus Erfahrung wie schädlich der heufige gebrauch sein kann – ich fühle schleunig den Schmerz den er in Magen verursacht – er erschlafft, und hindert die Verdauung, – u. selbst die Spannung die er den Nerven giebt ist unruhig – nicht heiter und krampfartig.“

Friedrich Schiller litt damals schon an den Folgen einer Tuberkulose, die den Körper dieses genialen und feurigen Geistes förmlich auffreß, wie aus den späteren Obduktionsprotokollen in Jena hervorgeht.

Anfang des 19. Jahrhunderts sind bereits einige Angaben von Interesse, die sich über das Sanitätswesen unter Dalberg finden. 1804 eine Verordnung, um das Los jener zu erleichtern, in deren Familie eine Geisteskrankheit auftrat; Ende 1805 eine Art Apothekenordnung; eine weitere Verordnung im Jahre 1805 nahm die ausgebildeten Tierärzte in Schutz gegen jene, die Tierarzneikunde nur empirisch betrieben; 1806 ein Erlaß, der sich auf die Fürsorge für Blinde und Taubstumme erstreckte. Schon 1804 wurde die Kuhpockenimpfung empfohlen, Amtsphysikus Dr. Reuß und Centchirurg Dr. Hermann nahmen die Impfung vor. 1805 wurde die Impftaxe festgesetzt, die Impfung der Armen geschah auf Kosten der Gemeindekasse. 1811 wurde festgesetzt, wer sich der Impfung unterziehen mußte, z. B. Schüler, Lehrlinge, öffentliche Angestellte und Beamte, alle in Armen- und Waisenhäusern befindliche oder von öffentlichen Mitteln Unterstützte.

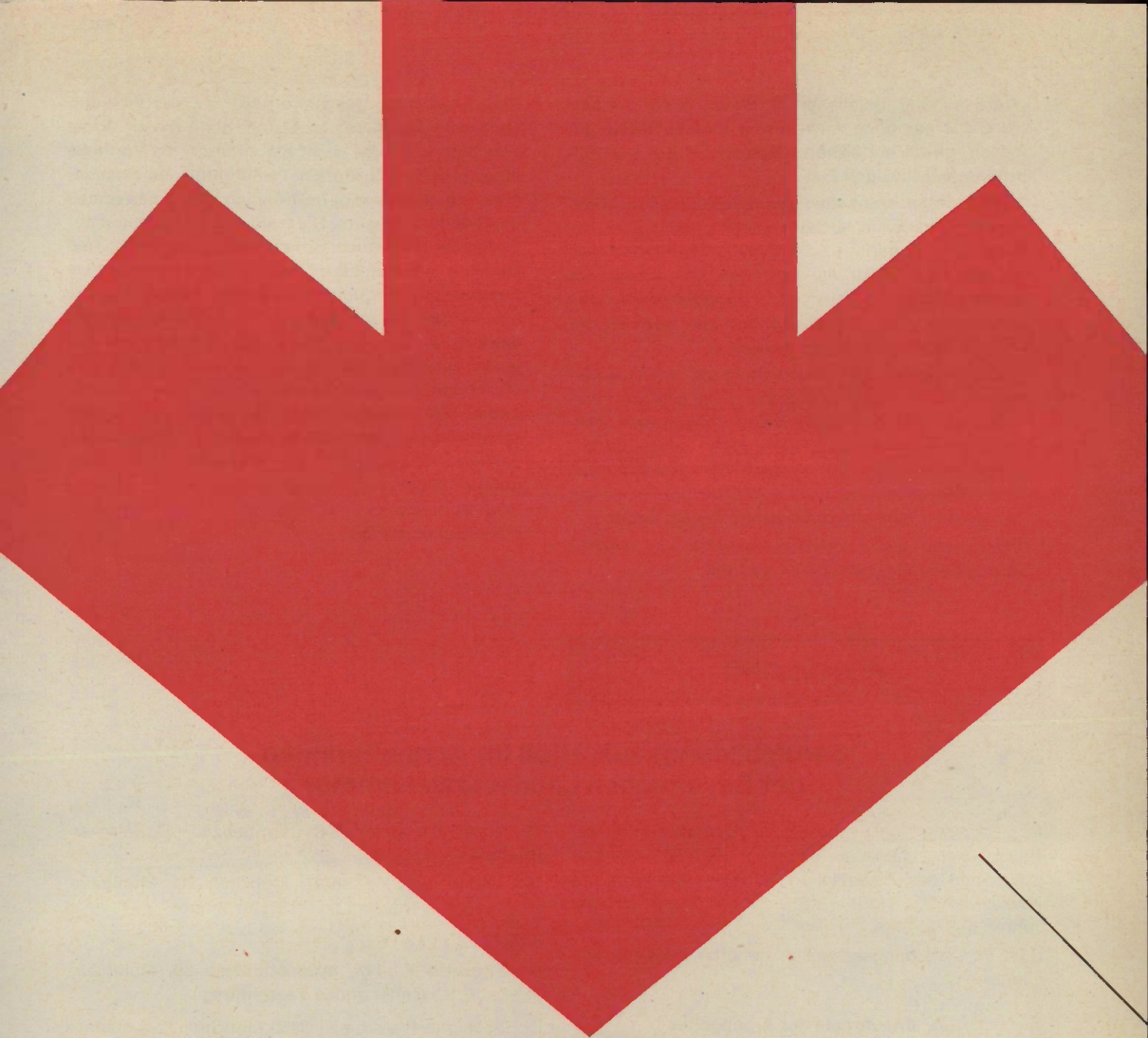
Der eigentliche Impfwang wurde erst 1814 unter bayerischer Herrschaft durch Allerhöchste Entschliebung eingeführt. Zahnärzte gab es damals im ganzen Fürstentum keinen einzigen; ab und zu kamen von euswärts solche hierher, nach ihrer Reklame wahre Tausendkünstler.

Durch Verlegung der Residenz und der Landesstellen von Mainz nach Aschaffenburg, welches bis dahin nur die größte Landstadt des Obererzstiftes war, wurde die Stadt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einer zentralen Bedeutung angehoben, die sich in kulturellen und gesellschaftlichen Beziehungen mannigfaltig auswirkte. Behlen und Merkel, Zeitgenossen dieser Entwicklung, geben in einem Rückblick aus dem Jahre 1843 folgende Einzelheiten an.

Einleitend wird festgestellt, daß das Klima Aschaffenburgs eines der gesundensten in unserem deutschen Vaterlande sei. Durch seine Lage auf einer Anhöhe an dem Ufer des Mains, gegen Westen die weite bewaltete Ebene bis zur Bergstraße, gegen Norden und Osten den schützenden Bergrücken des Spessarts, durch die Beschaffenheit seines Bodens vereinige es die Grundbedingungen eines gesunden Aufenthaltes, nämlich reine Luft, freie, sonnige Lage und vortreffliches reines Wasser. Im einzelnen wird festgehalten:

„Endemische Krankheiten gibt es hier keine. Die verheerenden Nerven- und Schleimfieber, welche in neuerer Zeit oft epidemisch im Rheinthale, im Hessischen, selbst in Frankfurt auftraten, gehören hier zu den größten Seltenheiten. Jene, welche den Keim der Krankheit von Außen her mit sich bringen, genesen hier leicht nach kurzem Kranksein. Eben so wenig sind hier Wechselfieber gekannt; denn zur Miasmenbildung kann es bei den gegebenen Lageverhältnissen nicht kommen. Eine bekannte Tatsache ist, daß die in der bayerischen Pfalz vom





# ® Efanex

senkt zuverlässig den erhöhten Blutdruck;  
es enthält zusätzlich Kalium und eignet sich deshalb besonders  
für den Hypertoniker mit kardialer Symptomatik

#### Zusammensetzung

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydrelazin +  
10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kalium-  
chlorid retard pro Dragée

#### Indikationen

Alle Formen und nahezu alle Stadien der  
primären und sekundären Hypertonie,  
besonders bei digitalisierten Kranken und bei  
den Patienten, bei denen aufgrund von  
Zweiterkrankungen oder Zweitmedikationen  
die Entwicklung einer Hypokaliämie nicht  
euzuschließen ist.

#### Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepa-

ticum, therapieresistente Hypokaliämie,  
Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige  
Koronarsklerose.

#### Dosierung

Durchschnittlich 1–2mal täglich 1 Dragée. Falls  
erforderlich, kann die Dosis vorübergehend  
erhöht werden, bis der Blutdruck auf den  
gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaltungs-  
dosis 1–2 Dragées täglich.

#### Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann,  
besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß,  
das Reaktionsvermögen – z.B. im Straßen-  
verkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem  
Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoff-  
wechsel zu überwachen.  
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel  
überwacht werden, gegebenenfalls ist die  
Gabe von Urikosurika erforderlich.  
Sollten trotz der Behandlung mit ELFANEX  
stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist  
eine zusätzliche medikamentöse Substitutions-  
behandlung mit einem Kaliumpräparat er-  
forderlich.

#### Handelsformen und Preise

20 Dragées	DM 5,15
50 Dragées	DM 11,95
Anstaltspackungen	



Wechselfieber befallenen Soldaten durch Versetzung hlerher ohne Anwendung innerer Mittel genesen, gewiß ein sicherer Beweis für die Vortrefflichkeit der hiesigen Luft.

Kachektische Krankheiten, wie Skropheln, Knochenkrankheiten, Bleichsuchten werden hier selten beobachtet; das geringe Eisenthelle enthaltende Trinkwasser mag hierzu viel beitragen. Der Grund des seltenen Vorkommens von Augenentzündungen suchen wir in der Beschaffenheit des Bodens, der von ätzenden Kalktheilen befreit ist.

Der in neuerer Zeit prädominirende gastrich-neröse Krankheitsgenius wird durch die örtlichen Verhältnisse sehr beschränkt; der rheumatische Krankheits-Charakter wird hier stets vorherrschen, da derselbe in dem regen Luftwechsel, dem besonders im Frühjahr oft empfindlichen plötzlichen Fallen der Temperatur eine nie versiegende Quelle findet.

Phtthisische Leiden kommen hier selten vor, machen aber einen um so rascheren Verlauf.

Eine Erwähnung geschehe noch der hier sich darbietenden Flußbäder im Maine; denn dieser Strom vereinigt, wie nicht leicht ein anderer, die Vortheile einer gleichmäßig hohen Temperatur den Sommer hindurch, einer ruhigen Strömung, und eines reinen belebenden Wassers. Die treffliche Wirksamkeit der Flußbäder wird noch viel zu wenig gewürdigt, und sie würden den besten Ersatz für viele von der Mode begünstigte Heilquellen gewähren. Aus dem Angeführten geht hervor, daß sich das Klima von Aschaffenburg durch seine Salubrität auszeichnet. Für jeden Touristen, der in der Gegend des Rheines und Maines einige Zeit verweilen will, verdient wohl, nebst den freundlichen Umgebungen, dieses als Hauptmotiv für längeren Aufenthalt in dieser Stadt hervorgehoben zu werden. Hier sind viele Bedingungen gegeben, ein gesundes und hohes Alter zu erreichen, und zahlreiche Beispiele sind Belege für diese Behauptung.“

(Fortsetzung folgt)

## Amtliches

### Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer

Der Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer wurde mit EntschlieÙung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 23. Oktober 1973 für die Dauer von vier Jahren neu berufen.

Dem Berufsbildungsausschuß gehören folgende Mitglieder an:

#### A. Beauftragte der Arbeitgeber

Mitglieder:

Dr. Hermann Braun, 8411 Nittendorf, Talstraße 5

Dr. Günter Hoffmann, 8900 Augsburg, Alte Gasse 22

Dr. Eduard Kleeburger, 8000 München 80, Prinzregentenstraße 72

Dr. Sigismund v. Forster, 8909 Krumbach, Ulrichstraße 2 b

Dr. Fritz Seuss, 8031 Gröbenzell, Dr.-Wernerstraße 4

Dr. Lothar Sluka, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Bayerische Landesärztekammer

Stellvertreter:

Dr. Friedrich Kolb, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Kassenärztliche Vereinigung

Dr. Lieselotte Renner, 8000 München 22, Lerchenfeldstraße 4

Dr. Klaus H. Schneider, 8600 Bamberg, Gabelbergerstraße 25

Dr. L. Schwarz, 8750 Aschaffenburg, Ulmenweg 11

Dr. G. Schreyögg, 8070 Ingolstadt, Östliche Ringstraße 15

Dr. Kurt Stordeur, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Bayerische Landesärztekammer

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen  
Lebertechnik, Hämodielyse

Beretung	EEG
Projektierung	Echo-EEG
Finenzierung	EKG
Kundendienst	EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apperate - Arzt- und Krankenhausbedarf

## KURT PFEIFFER

### 85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Merlenstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04



## B. Beauftragte der Arbeitnehmer

### Mitglieder:

Elfriede Boeller, 8980 Oberstdorf, Weststraße 5  
Hildegard Freudenreich, 8000 München 19, Tri-  
vastraße 24

Ingeborg Egger, 8000 München 70, Bad Gasteiner  
Straße 7

Dr. Germanus Lins, 8000 München 71, Graubün-  
dener Straße 91

Dr. Wilhelm Liebknecht, 8901 Stadtbergen, Ro-  
bert-Koch-Straße 4

Renate Müller, 8400 Regensburg, Lessingstraße 19

### Stellvertreter:

Thora Cramer, 8500 Nürnberg, Marienstraße 4

Brigitte Ehrhardt, 8000 München 80, Zornedinger  
Straße 1a

Thea Horn, 8000 München 90, Schloß-Berg-Straße 5

Alfons Riedl, 8000 München 2, Zenettstraße 15

Dr. Klaus Bauder, 8000 München 71, Vinzenz-  
Schöpfer-Straße 25

Renate Schwenkner, 8000 München 80, Plan-  
kensteinstraße 14/III, bei Bauer

## C. Lehrer

### Mitglieder:

Ingeborg Bausenhardt, Studienrätin, Städt. Be-  
rufsschule für Zahntechniker, Arzt-, Zahnarzt- und  
Apothekenhelferinnen, 8000 München 80, Simon-Knoll-  
Platz 3

Wilhelm Wengenroth, Studiendirektor, Städt. Be-  
rufsschule, 8300 Landshut, Luitpoldstraße 26

Waldemar Eckardt, Oberstudienrat, Städt. Berufs-  
schule, 8630 Coburg, Kanalstraße 1

Robert Gebhardt, Studiendirektor, Städt. Berufs-  
schule, 8700 Würzburg, Bibrastraße

Alfred Fichtl, Studiendirektor, Städt. Berufsschule,  
8450 Amberg, Robert-Koch-Straße 13

Irmgard Kugler, Studienrätin, Städt. Berufsschule,  
8960 Kempten, Westendstraße 29

### Stellvertreter:

Brunhilde Steib, Oberstudienrätin, Verbandsberufs-  
schule, 8220 Traunstein, Weckerlestraße 17

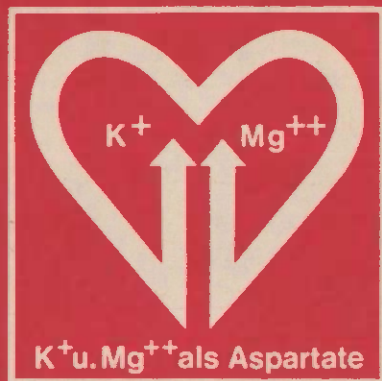
Ingeborg Kaestl, Oberstudienrätin, Städt. Berufs-  
schule 8390 Passau, Spitalhofstraße 37

Ludwig Rauh, Oberstudienrat, Städt. Berufsschule,  
8670 Hof, Pestalozzplatz 1

Gilda von Aalst, Oberstudienrätin, Städt. Berufs-  
schule, 8720 Schweinfurt, Ignaz-Schön-Straße 10

Heinz Dübler, Oberstudienrat, Kaufm. Berufs-  
schule, 8400 Regensburg, Prüfeninger Straße 100

Hans Syttkus, Studiendirektor, Städt. Berufs-  
schule für Zahntechniker, Arzt-, Zahnarzt- und Apothe-  
kenhelferinnen, 8000 München 80, Simon-Knoll-Platz 3



# Tromcardin<sup>®</sup> FORTE

sichert den Ausgleich intra-  
zellulärer Elektrolytverluste,  
wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert  
die Leistung der Myokardzelle,  
macht die Glykosidtherapie  
sicherer und schirmt das Herz  
gegen Streß und kardione-  
krotische Noxen ab.

Der therapeutische Nutzen  
erweist sich eindrucksvoll in  
der Senkung der Nebenwir-  
kungsrate der Glykosidbe-  
handlung von 26,9% auf 5,72%.  
(Tilsner, V.: MMW 112 (1970), 291)

#### Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen,  
Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophy-  
laxe und -Therapie.  
Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz,  
besonders beim Altersherz.  
Kalium-Mangelsyndrom,  
Magnesium-Defizit.

#### Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstö-  
rungen und ev-Block.

#### Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-  
aspartat · ½H<sub>2</sub>O 360,42 mg  
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-  
aspartat · 4H<sub>2</sub>O 360,57 mg

#### Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 × tägl. 2 Tabl.  
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

#### Handelsformen und Preis

Peckung mit 50 Tabletten DM 10,80  
Anstellpackung mit 500 Tabletten.



Trommsdorff

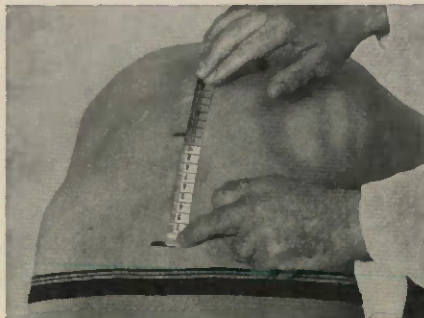
H. Trommsdorff  
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

Weitere Informationen über die ge-  
samte Tromcardin-Gruppe ent-  
nehmen Sie bitte unseren wissen-  
schaftlichen Dokumentationen oder  
fragen Sie unseren Mitarbeiter im  
wissenschaftlichen Außendienst.

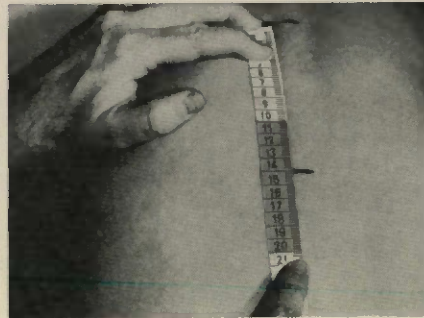


# Akute Lumbago

Selbst bei schweren Lumbagofällen kann nach 1-2 Stunden  
Schmerzabnahme erwartet werden.



Distanz L<sub>1</sub>-L<sub>5</sub> vor der  
Behandlung.  
Der Schoberische Abstand  
nimmt bei maximaler Beu-  
gung nur geringfügig zu.



Distanz nach der Behand-  
lung mit Valium Roche.  
2 Stunden nach der  
i.m.-Injektion, deutlich  
verlängert.

**Valium Roche durchbricht den Circulus vitiosus: «Schmerz – Muskelspannung – lokale Ischämie – psychische Spannung»**

Selbst bei schweren Lumbagofällen gelang es, mit diesem Therapieschema schon innerhalb einer Stunde eine eindrucksvolle Schmerzabnahme und eine Zunahme der lumbalen Beweglichkeit zu erzielen. Diese Beschwerdenbesserung ließ sich mit dem Schober-Maß objektivieren.

## **Valium Roche in der Lumbago-Therapie.**

Um den Initialerfolg bei Lumbago nicht zu gefährden und um den primären Effekt zu konsolidieren, empfiehlt *Moll*, Rheumatologe in Basel, die muskelentspannende Therapie mit Valium Roche noch einige Tage fortzusetzen. Eine gleichzeitig einsetzende, sukzessiv zu steigernde Heilgymnastik, die eine allmähliche Rehabilitation anstrebt, wird durch Valium nachhaltig unterstützt (Vortrag Brighton 1971).



HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7889 GRENZACH



## THERAPIESCHEMA

1. Initial	20 mg		i. m.
2. Danach zusätzlich	20 mg (evtl. auf 2 oder 3 Einzelgaben verteilt)		oral
3. Diese orale Dosis kann in schweren Fällen auf 30–40 mg, maximal auf 50 mg gesteigert werden.			
Falls die Beschwerden am 2. Tag wieder auftreten, ist Weiterbehandlung mit entsprechenden oralen Dosen von Valium Roche angezeigt. Der Abbau der Dosis richtet sich nach Maßgabe der Beschwerden und des Zustands des Patienten. Während der Behandlung kann das Reaktionsvermögen des Patienten beeinträchtigt sein (s. unter Hinweise).			

Bei kritischer Prüfung notwendiger Wirkstoffergänzung für die Rheumatherapie kann das Ergebnis lauten

# Valium<sup>®</sup> Roche



Partner in der Rheumatherapie  
Partner zu Antirheumatika

**Ihrer Aufmerksamkeit empfohlen:**

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Vallum Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszusehen ist. Wie alle Arzneimittel vom gleichen Wirkungstyp kann auch Vallum Roche, je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflussen. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Vallum Roche – besonders bei parenteraler Applikation – den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen: z. B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg, Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen von Vallum Roche genügt in den meisten Fällen die i. m.-Applikation. Sollte sich die i. v.-Dauerwirkung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Vallum Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Vallum Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden. Bei Kreislaufabfällen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Vallum Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Vallum Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und / oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verchiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten soll auf die parenterale Applikation in der Regel verzichtet werden. Während der Frühchwangerschaft sollte Vallum Roche – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Vallum Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

20 Tabl. Vallum 5 Roche DM 5,50 m. U. St. · 20 Tabl. Vallum 10 Roche DM 8,85 m. U. St. · 5 Ampullen Vallum 10 Roche DM 8,60 m. U. St.



## Eintragung von Ärzten in Sonderverzeichnisse

Unter Hinweis auf die laufenden Mitteilungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ macht die Bayerische Landesärztekammer erneut darauf aufmerksam, daß es den Ärzten nach der geltenden Berufsordnung nicht gestattet ist, sich in private Sonderverzeichnisse, Adreßbücher oder Anschriftenvermerke aufnehmen zu lassen.

Die Bestimmung des § 23, Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 lautet:

„Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen.“

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. November 1973 – Nr. I E 2 – 5004/20 – 34/73 –

## Gegenstandskatalog für die Fächer der Ärztlichen Vorprüfung

Vollzug der Approbationsordnung für Ärzte (ÄappO)  
vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I. S. 1458)

Der vom Institut für Medizinische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog für die Fächer der Ärztlichen Vorprüfung“ ist beim Verlag „Druckhaus Schmidt & Bödige“, 6500 Mainz, Rheinhalle 191, erschienen. Er kann im Buchhandel zum Preis von ca. DM 9,50 bezogen werden.

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 6. November 1973 – Nr. I E 5480/4 – 263 –

## Anwendung von Methadon und anderen morphinähnlich wirkenden Stoffen bei Drogenabhängigen

Die Beraterkommission des Bundesgesundheitsamtes in Angelegenheiten des Verkehrs mit Suchtstoffen einschließlich der psychotropen Stoffe äußerte sich in der 3. Sitzung am 17. Mai 1973 zur Frage der ärztlichen Begründetheit der Anwendung von Methadon, Morphin und anderer morphinähnlich wirkender Stoffe wie folgt:

Die Anwendung von Methadon, Levomethadon, Morphin und anderer morphinähnlich wirkender Stoffe beeinflusst das Suchtverhalten nicht. Deswegen ist deren Anwendung zur Behandlung der Drogenabhängigkeit (Morphintyp) ärztlich nicht begründet.

Das therapeutische Ziel der Behandlung eines Drogenabhängigen liegt unverändert in der Überwindung der Drogenbindung. Dieses Ziel läßt sich nur in geeigneten Einrichtungen erreichen. Derartige therapeutische Einrichtungen und ausreichende Möglichkeiten zur stationären Entgiftung müssen so schnell wie möglich geschaffen werden.

## Sogenannte alkoholfreie Biere

Wiederholte Anfragen von Ärzten im Zusammenhang mit der Unterrichtung des Patienten über die Auswirkungen von Medikamenten auf die Fahrtüchtigkeit, insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol, gaben dem Bayerischen Brauerbund e. V. Veranlassung zu folgendem Hinweis in bezug auf die Bezeichnung „alkoholfreie Biere“:

Auf dem deutschen Biermarkt werden Biere angeboten, die als „alkoholfrei“ deklariert sind. Diese Deklaration stellt eine Irreführung der Verbraucher dar, da es sich bei diesen Bieren nicht um alkoholfreie Biere, sondern um alkoholarme oder alkoholschwache Biere handelt, deren Alkoholgehalt sich in einem Rahmen von knapp unter 0,5 % bis knapp unter 1,5 % bewegt. Bier ist ein durch Gärung entstandenes Getränk, das immer Alkohol enthält.

## Feuilleton

### Die Pythia im eigenen Leib des Tibeter-Lama\*.

von Annemarie und Werner Leibbrand

In dem Wort „Oraculum“ ist das Verbum „oro“ enthalten, und dies bedeutet nicht nur beten, sondern zunächst „sich durch den Mund vernehmen lassen (os, also Stamm Or . . .)“. Diese Kundgabe wurde zu einer Institution etwas im bekannten Delphischen Orakel der Pythia, die auf dem Dreifuß sitzend, Dämpfe zur Anregung ihrer Prophezeiung in verschlüsselter Form benutzt. Orakel ist also stets ein mittelbares Übertragungswerk, es bedarf entweder einer prophezelenden dazu imstande befindlichen Person, oder aber man drückt damit aus, daß der Mund als mindestes Medium dazu benutzt wird; so hat Cicero metaphorisch vom eigenen Mund gesprochen.

Es ist kennzeichnend für die Tibetpriester, daß sie eindeutig den halb geöffneten Mund zeigen, nie den geschlossenen, denn zugleich geht der Weg nicht nur beim Orakel durch den Mund heraus, sondern / auch / die Weltseele dringt in ihn ein.

Diese kurze aber eindeutige Feststellung führt zunächst einmal zur ethnologischen Frage. Kann die Prägung eines wie auch gearteten Volkes interpretativ überhaupt ohne ethnologische Kenntnisse auskommen? Hierzu ist folgendes an Fakten mitzuteilen.

Kein Zweifel besteht, daß zu Zeiten S. Freuds die Ethnologie in den Kinderschuhen steckte, ebenso aber auch kein Zweifel, daß der Mythos malträtiert wurde, daß man daran ging, sich insoweit an ihm zu ver-

\* Bemerkungen zu einem Buch von Günter SCHOTTLER (1971).



gehen, daß man irgendein Steinchen – sagen wir beispielhaft die Ödipussage – aus dem Göttergeschehen herausnahm, um daraus eine moderne Theorie zu bauen, die dogmatisiert wurde bis auf den heutigen Tag.

Man kann sich auch an Vater Chronos bei Hedio erinnern, der dann das Leitbild zum Kastrationskomplex abgeben konnte. Auch diese Erzählung wurde theoretisch dogmatisiert. Freud konnte sich nur auf Frazer als Ethnologe beziehen. Adolf Bastian, ärztlichen Berufs, wurde nach Willy Hellpachs eigenen Worten „ein Bahnbrecher der Völkerkunde“, er schuf den heuristischen Begriff der „Elementargedanken“, ein Begriff, der natürlich ebenfalls dem Entwicklungsgedanken seiner Zeit entsprach. Dieser zwar verlassene Standpunkt des Entwicklungsdenkens, von der Phänomenologie unterlaufen, in der psychiatrischen „Daseinsanalyse“ L. Binswangers aufgrund des Existenzialismus zur Methode der Psychiatrie erhoben, war immerhin der Sprung nach vorn in Form des Anspruchs einer Ethnomedizin. Sie ist heute erweitert. Ihre Hamburger Arbeitsgemeinschaft gibt eine eigene Zeitschrift heraus, deren Autoren international zusammenarbeiten. Die Geschichte der Medizin ist von den beiden Verfassern dieser Zeilen, ebenso von Schade-waldt, Düsseldorf, vertreten und bildet zusammen mit Völkerkundlern wie Lommel, Zerries unter Überdachung des Herausgebers Sterly eine Gemeinschaft. Mit diesem Gemeinschaftsgedanken ist die Skepsis verbunden, daß die Psychopathologie, ja, die Schulmedizin allein nicht mehr ausreichend sind zur Beschreibung von Vorgängen anderer Völker, zu deren Kenntnis vor allem eine weit gespannte Sprachkenntnis gehört. Gelegentlich können archäologische Funde, wie etwa bei den Etruskern, deren Sprache wir nicht kennen, vorsichtig benutzt werden, sofern das Beschreibende als Kandare dient.

Die Sprache, Gestik und Physiognomik sind die eigentlich enthüllende Weise, in der man sich der Pythia orakuloser Vorgänge nähert.

In jedem Fall geschieht die Mittelbarkeit eines Mediums entweder durch eine Pythia oder durch einen in den Körper eingeschlichenen Dämon, der leiblos gedacht wird und durch die Person dessen, in dem er Wohnung nimmt, gestisch und physiognomonisch verändert, so daß eine weitere sachverständige Person das Verhalten interpretiert.

Alle diese Bedingungen erfordern akusales Denken, Fühlen, Absage an mechanistische Vorstellungen, Verneinung von Vergleichen mit eigenen Prägungen.

Einfach gesagt etwa: man geht im Orient in ein Bazar und verlangt eine Ware. Der Bazarinhaber verschwindet, kommt zurück, wirft den Kopf nach hinten, verdreht die Augen und wiegt sich lächelnd mit dem Oberkörper. Der Europäer meint, er biete ihm ein besonders schönes Exemplar an, worüber der Verkäufer sich freue. In Wirklichkeit bedeutet das ganze: Ich



# Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

**Basistherapeutikum** bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarrhen.

**Leitsymptom:** Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

**Zusammensetzung:** Mac. ex: Rad. Althea. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Ouarc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g.

1 Dreege enthält: Rad. Althea. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Ouarc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g.

**Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie, Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Einschränkung der Chemotherapie.

**Kontraindikationen, Nebenwirkungen:** keine.

**Dosierung:** Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5–6mal täglich.

**Handelsformen:**

Tonsilgon O.P. zu 30 ml	DM 5,25	O.P. zu 100 ml	DM 9,15
O.P. zu 50 ml	DM 6,95	O.P. zu 60 Drag.	DM 6,95



**BIONORICA KG · NÜRNBERG**



habe die Ware nicht. Man begreift rasch, wie sehr man mit falschen Identifikationen hereinfallen kann.

Was hier kurz angedeutet wurde, behagt dem Mediziner einer Weit physikalisch-technischer oder chemischer Analyse nicht. Ethnologie ist aber ohne solche Grundgedanken kaum in der Medizin zu benutzen. Hört also ein Tibeter einem Redenden mit geöffnetem Mund zu, so ist das kein Zeichen für Stumpfsinn, sondern er glaubt, etwas von der „Weltseele“ zu inhalieren. Diese wenigen Beispiele mögen genügen, die Skepsis zu erweitern, die allein die Schrenke für falsche Identifikationen ist. Es bleibt zunächst nur die Beschreibung. Sie ist Bestandteil der Ethnomedizin: bis sie dann gelegentlich zu Vergleichen gelangt, ist Glück oder Zufall. Dilettantisch ist es jedenfalls, mit gängigen ins Laienpublikum eingesickerten festen Symbolen psychologischer Art zu arbeiten und durch Vorsetzung des Epitheton „Tiefen“-Psychologie ein unangreifbares Charisma zu stiften. Freud, Jung („Tibetisches Totenbuch“), Adler sind bedeutende Männer gewesen, hier aber versagt das von ihnen geschaffene Charisma. Dies muß in einer Ära ausgesprochen werden, die eine mutierte Psychoanalyse seit W. Reich offeriert, mit der ethnomedizinisch nichts aussagbar ist. Havelock-Ellis zeigte schon eine bessere Vorleistung.

Schon die beiden Thurnwalds schlugen einen neuen Weg der Beschreibung ein. Der Ethnomediziner kommt also mit schulmedizinischen Praktiken gar nicht „zu den Sachen“ selbst. Er muß beschreibender Phänomenologe sein und immer wieder alles in Frage stellen. Voraussetzung aber ist die Sprachkenntnis. Sie ist bei Erforschung tibetischer Verhaltensweisen besonders schwierig, weil die isoliert existierenden Dialekte sehr verschieden sind, so daß Täuschungen durch Dolmetscher in Asien vielfältiger Art sind, und weil die Kulturgeschichten und Berührungspunkte prägende Veränderungen hinterlassen haben, so etwa durch Indien und China.

Besser steht es mit dem Nutzen historischen Wissens. Wenn Ilza Veith (Chicago) farbige Bilderrollen be-

schreibt, so liegt etwas Konkretes vor; dennoch haben Laufer, Korvon-Krasinski und Burang, wie sie selbst anmerkt, Betrachtungsweisen und Verfahren benutzt, die dem asiatischen Geschehen so fern sind, daß sich sogleich die Skepsis anmelden muß.

Der Tibetologe Ferdinand Lessing fand die genannten Bildrollen 1947 in Peking und diese stützen sich – so Veith – unmittelbar auf die berühmten „Vier Wurzeln“, ein Buch, das das wichtigste tibetische Medizinbuch ist und etwa im 8. Jahrhundert aus unbekanntem Sanskritquellen ins Tibetische übersetzt und adaptiert worden ist. Die neue Schwierigkeit taucht auf, daß dieser Text von Indien nach Tibet gelangt ist. Und der Text wurde dann wieder chinesisch adaptiert.

Es ist kein Zweifel, daß beide medizinischen Systeme in dem tibetischen Text nachweisbar sind.

Eine neue Komplikation bedeutet der theokratische Gehalt der tibetischen Medizin. Veith hat daher schon vorgeschlagen, man solle überhaupt nicht von tibetischer Medizin reden, sondern nur von lamaischer Priestermedizin. Der Lamaismus hielt sich bei den Mongolenstämmen (bis Ostsibirien und Himalaya).

Wer nun das neue Buch von Schüttler (1971) liest, wird mit dem bisher hier Geschilderten kaum konfrontiert, er erfährt kaum etwas von der spezifischen lamalstischen Medizin. Schüttlers durchaus interessantes Buch liest sich eher wie der Reisebericht eines ethnologisch nicht geschulten Enthusiasten, der mit einem nicht unbeachtlichen Apparat eine Expedition zu den Lamapriestern gemacht hat und vom inzwischen längst aus Lhasa vertriebenen Dalai-Lama empfangen worden ist. Die Einschränkung lautet „Psychiatrisch-Neurologische Aspekte“. Der Buchtitel lautet: „Die letzten tibetischen Orakelpriester“.

Man fragt zunächst, wieso die „letzten“; ein Historiker kann nicht prophezeien; der Untertitel zeigt die Methodik an: sie führt genau in jene Abgründe des vergangenen Jahrhunderts, das stolz auf seine pragmatischen Kenntnisse mit deren technischen Mitteln an die Arbeit geht: es wird also bei ekstatischen Zustän-

## ferro - B<sub>12</sub> - EHRL



### Zusammensetzung:

1 Dreege enthält:  
150 mg  
Ferro-glukonat  
15γ Vitamin B<sup>12</sup>  
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees  
DM 3,90  
O.P. zu 50 Dragees  
DM 6,40

**Zur hochwirksamen  
preisgünstigen oralen  
Anämie-Therapie mit  
dem gut verträglichen  
und schnell resorbierbaren  
Fe<sup>++</sup>-glukonat**

**EHRL & CO., Arzneimittel KG,  
8 München 66**



# Jetzt:

## Ärzte- Gruppenversicherung noch vorteilhafter für Sie

- Bis zu 500,— DM Krankentagegeld als Einkommenssicherung (ohne zeitliche Begrenzung).
- Bis zu 200,— DM Krankenhaustagegeld.
- Krankheitskosten-Versicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Variationen ermöglichen eine individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes (auch für Familienangehörige).

**Vereinigte**  
Krankenversicherung AG  
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG  
Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes empfehlen wir Ihnen: Vergleichen Sie genau — bevor Sie sich für eine Versicherung entscheiden.

Falls Sie hierzu unverbindliche Informationen über Leistungen, Beiträge und all die Vorteile des Gruppenvertrages wünschen: Bitte bedienen Sie sich des Coupons.

**Coupon**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Ich bin versichert bei:  
Vereinigte  Salus  anderweitig   
Vereinigte Krankenversicherung AG  
Generaldirektion  
8 München 40  
Leopoldstraße 24



den, deren Kundgaben man nur mittelbar kennt und kaum erfährt, Blutdruck gemessen, auskultiert, abgetastet, gelegentlich eine Diagnose unserer Sicht eingefügt, aber schon beim Krankheitsbegriff selbst beginnt die Schwierigkeit. Was nennt der Lama „Krankheit“; es wird ein tibetisches Wort genannt, aber es dient zu keiner Erhellung, denn alle für das Amt des „Staatsorakels“ geeigneten Anamnesen reden von frühzeitiger Unruhe, Kopfschmerz, Verrücktheit! Was ist diese Verrücktheit? Einmal wird der Versuch gemacht, eine Schizophrenie zu diagnostizieren. Das erinnert stark an Lombroso, der alle bedeutenden Menschen zu Epileptikern machte. Hätte der Verfasser das Wort des Paracelsus genannt: Alles Lebendige ist paroxysmal, so wäre damit viel mehr gesagt. Das Paroxysmale wäre dann im Sinn von Bastian ein phänomenologischer „Elementargedanke“.

Die religionsgeschichtliche Vorbemerkung nennt vor dem Synkretismus mit Indien und China die „Bon“-Religion. Man muß sich aber damit begnügen, zu hören, es handle sich um eine animistische-schamanistische Religion. Das ist wenig und der Begriff des Animismus ist gegenwärtig seit Lévy-Brühl aufgegeben.

Gewiß gibt es für den dortigen Mediziner keine Leichenanatomie, manche Lehrer reteten, zu einem Leichenzerschneider zu gehen, der die Leichen in kleine freßbare Stücke für die Geier herrichtet. Aber dem Kenner der von I. Veith reproduzierten anatomischen Bildrollen enthüllt sich eine in unserem Mittelalter benutzte Symbol-Anatomie, die den Menschen in den Gesamtkosmos stellt; seine Verbindungsmedien sind durch Räder angedeutet, die vom und zum Körper ins All greifen können.

Die tibetische Physiologie ist, wie in Indien, humoral (Grundelemente sind Schleim, Galle, Wind). Es gibt weitverzweigte Gefäße, feinverzweigte Nerven, die sich nicht bestimmen lassen, die jedoch spezifische Funktionen theoretisch gedacht ausüben. Hauptgefäße werden 24 angenommen, aber die Gesamtgruppierung hat die Zahl 396; auch von diesen gibt es Nebenzweige. Der Grundstrang von oben nach unten ist der „Strang der Hoffnung“; die Pulsarten sind wie bei Galen und den Chinesen sehr reichlich fühlbar, und in der Bauchhöhle brennt ein Feuer. Die Wirbelsäule nennt man „Brahmas Pforte“, im Schädel endend. Das „Rad des Herzens“ in der Brustmitte ist Sitz des Gedächtnisses, des Eigenbewußtseins und seelischen Empfindens als Ausgangspunkt der fünf Hauptgefäße.

Diese allgemeine Anatomie und Physiologie hätte dem Buch vorausgehen müssen. Ebenso wichtig ist die Notiz der Vererbung der tibetischen Heilkunst auf die Generationen der Nachfolger. Bei Annahme einer pneumatischen Weltseele ist nicht verwunderlich, daß der Atem eine große Rolle spielt bis in Yogi-Übungen hinein.

Schüttler berichtet auch nichts von den auf den Bildrollen dargestellten Instrumenten, so etwa Katheter zum Ablassen von Flüssigkeiten, eigentümliche Zangen, die unserem Geißfuß in der Zahnheilkunde ähneln; die Stilistik der Herstellung deutet auf arabische Vorbilder. Die von der Lady Montague (Brief aus Adrionopel 1717) beschriebene Impfung gegen Pocken ist in Gebrauch, und zwar zunächst lange Zeit von Mensch zu Mensch. Sie kam wohl aus China. Eine Menge von Salzen und Pflanzen als Pharmaka sind bekannt und abgebildet, von denen einige diätetisch, andere als Spezifika wirken sollen. Die Tibeter sind größtenteils Vegetarier (indischer Einfluß), Milchproduzenten und -verbraucher in jeder Form, Benutzung von Buttermilch. Wir sind der Meinung, solche medizinischen Prolegomena seien unausweichlich, wenn man über ein vom Aspekt der Psychopathologie her gesehenes Gebiet wie das der Orakelpriester in Angriff nimmt. Hier ist eine deutliche Lektüre.

Geographisch versteht man unter Tibet die territoriale Begrenzung im Norden durch die Kunlun-Berge und Arka Tagh, im Süden durch den Himalaya. Einst gab es keine Diaspora emigrierter Gruppen von Stämmen, sondern Sron-brsan-sgam-po vereinigte unter seinem Szepter alle Tribus. Er trieb im Nordosten Expansionspolitik, ebenso im Südwesten. Er errichtete militärische Stützpunkte und verbesserte die Stellung zu China im 7. Jahrhundert durch Heirat einer chinesischen Prinzessin. Er eroberte Sinkiang (Sowjetgebiet heute) und Nord-Afghanistan. Das 8. Jahrhundert war eine kriegerisch-expansive Zeit. Zugleich aber schuf er Verbindungen zu buddhistischen Lehrstätten (Bengalen, Gopala und Dharmapala). Ab 794 folgten Niederlagen bis zum Frieden von 821. Das Bedürfnis der Kenntnis der buddhistischen Lehre förderte das Studium des Sanskrit. Eine Ära der Übersetzungen vom Sanskrit ins Tibetische folgte. Die buddhistische Praxis wurde durch Prinzessinnen im tibetischen Königshaus ausgeübt. Dieser Ausschnitt der Geschichte soll die indisch-chinesische Verbindung andeuten. Die mittelalterliche Zeit um 1000 ließ Sekten entstehen einschließlich monastischer Einrichtungen. Einzelne Sekten wurden durch Kaiserliche Polizei gestützt. Zur Zeit der chinesischen Ming-Dynastie (1368 bis 1644) entstand eine Menge klösterlicher, aber auch weltlicher Fürstentümer mit hohen Titulaturen und Klerikern, die aber außerhalb des Gebietes exklusiv blieb. So entstand die Dynastie der Dalai-Lama.

Auch diese kurze Rückblendung in die Geschichte, die erst das eigentliche Verständnis für die Hierarchie der Lamapriester verständlich macht, fehlt in Schüttlers Buch und bringt so ein etwas ungeordnetes Mosaik hervor, das Reiseerlebnisse, westliche Untersuchungsstrategeme usw. durcheinanderwirbelt. Damit soll nicht gesagt werden, daß die Lektüre nicht spannend wäre. Der Form fehlt aber der notwendige akademische Stil als Leitfaden.



Rechnet man die mangelnde Sprachkenntnis in ihrer Abhängigkeit von Dolmetschern hinzu, so wird begreiflich, daß Fehlerquellen die Sicht der Phänomene verstellen müssen.

Der beschränkte Raum muß von uns respektiert werden, so daß wir nur historische Ausschnitte pragmatischer Art pars pro toto hier behandeln können. Die Jahrhunderte tibetischer Historie sind blutgetränkt. 1639 etwa wurde die alte „Bon“-Religion abgeschafft. Auch dieser Vorgang kostete Blut. 1645 errichtete der 5. Dalai-Lama das Gebäude von Potala zu Lhasa. Der Zweifel an der Echtheit des 6. Dalai-Lama (1683 und später) ermunterte die benachbarten Chinesen zum Angriff. Als die Chinesen mit den Mongolen einen 25jährigen Dalai-Lama inthronisieren wollten, wurde dessen echte Inkarnation abgelehnt (1706). Bald erfolgte unter viel Listen die chinesische Besetzung. Der gegenseitige Kampf ging weiter, der „Panchen Lama“ als Vermittler starb an Pocken und vermochte die Autonomie nicht zu stärken.

Eine Invasion der Gurkhas (einst einem Königshaus aus Nepal entstammend, dem indo-arischen Sprachkreis angehörig) 1791 brachte China wieder auf Tibets Seite mit einer Niederlage der Gurkhas. 1855 versuchten die Gurkhas aufs Neue eine Invasion. Der 13. Dalai-Lama aus armem Haus wurde 1876 geboren, regierte bis 1893 und starb 1933. Tschiang-Kai-shek versuchte 1941 wieder eine machtpolitische Stellung zu erreichen, blieb aber erfolglos. 1950 Innerhalb der begonnenen chinesischen Revolution versuchte Tibet in China nochmals die eigene Macht zu halten, aber die Chinesen eroberten das Land. Eine neue Rebellion Tibets gegen China in Lhasa versuchte die eigene Macht wiederherzustellen; das Abenteuer mißlang und der Dalai-Lama entkam am 31. März 1959 nach Indien. Diese komprimierte Übersicht des Geschehens entspricht einer Spezialliteratur seit ca. 1891 bis zur Gegenwart; sie erscheint auch nicht teilweise in Schüttlers Darstellung der Literatur. Wir erfahren daher auch von der ethnomedizinischen Sicht her zu wenig; sie bleibt eigentlich unbenutzt und wird ersetzt durch westliche Vorstellungen und Denkschemen, die wenig

hergeben. Therapeutisch versucht sich der Verfasser in eigener Therapie, er verteilt „Multibionta“, wird auch angegangen von Lamas um ärztliche Hilfe; aber dies alles fördert kein Verständnis der Sache selbst. Diese Einschränkung wäre von heuristischem Wert, da die indisch-chinesisch-arabische Beimischung wegfiel. Ein Abt litt an Keratokonjunktivitis und erhält „Aristamid“-Tropfen, allergische Dermatosen werden in einem verarmten Gebiet mit „Ultracursalbe“, gelegentlich mit „Hostacyclin“ behandelt.

Immerhin erfährt man jetzt durch diesen Abt von der Präsenz mehrerer Orakelpriester selbst aus undefinierbaren Volksgruppen in den Tälern der Emigration. Und hier beginnt nun die Schilderung jener Geisterlehre, die irgend einen Körper als Yülla besetzt; es sind Schutzgeister, die im Medium ihrer in Besitz genommenen Priesterleiber auch Strittigkeiten unter Gemeinden schlichten. Diese Priester heißen Kurten, aus deren Mund die Gottheit spricht. Dies geschieht in einem ekstatischen Zustand, der mannigfacher Art ist. Handelt es sich um einen bösen Geist, so wird im Krankheitsfall die Medizin sofort abgesetzt. Der Kurte kennt die Richtung, aus der der Geist in ihn eingedrungen ist, er weiß die vorgeschriebenen Gebete und die Opfer (Trankopfer), die er selbst zu sich nimmt. Oftmals versucht er, einen Zeremonienschleier an dem erkrankten Organ zu befestigen und saugt am Ende des Schleiers die Krankheit heraus. Gelegentlich zeigt er einen schwarzen Fisch oder Frosch, der herausgekommen ist. Dieser Vorgang ist aber nur vom Abt referiert, nicht selbst gesehen. Der Kurte ist für alles zuständig: Eheschwierigkeiten, augurale Prophezeiungen von Reisedaten und Fragen der Ortsgerichtsbarkeit. Es gebe laut Mitteilung des Abtes auch falsche Prophezeiungen, für die nur der verlogene Geist verantwortlich sei, nicht der Kurte. Der Abt selbst ist Buddhist und verhält sich den Kurten gegenüber nur tolerant. Die Kurten trinken reichlich Alkohol außer vor dem Orakel, das sie geben. In diesem Augenblick müssen Frauen entfernt werden; das betrifft auch die Ehefrau des Kurten. Der Kurte bemerkt das Eindringen des Yülla in ihn am Zittern,

# Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. Irem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 5,80; 120 Tabl. DM 9,90; 360 Tabl. DM 25,85

Dr. Gustav Klein Arznelpflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald





Augenverdrehen und der Gesichtsrötung. Häufig ist der Geist eilig und geht rasch wieder aus dem Körper. Manche Dämonen tanzen und wollen Trinkopfer. Angeblich ist der Yülfa imstande, den Kurten anästhetisch zu machen. Bei der Zeremonie wird viel Weihrauch benutzt. Der Kurte ist danach amnestisch und fühlt sich mit dem Geist identisch. Der Kurte ist kein Heiliger, wird geachtet, er zeigt keine besondere Weisheit oder Intelligenz und ist berufstätig. Der Verfasser schreibt hinter jeden praktizierten Vorgang einen kritischen Bericht. Er kommt aber über einen Vergleich mit unserer Narkoanalyse (Horsley) nicht weiter. So sehr der Verfasser solche Vergleiche bevorzugt, wehrt er sich gegen seine eigene Meinung. Sei es eine Folge der initialen Weihrauchsinalation oder nicht. Er weiß keine Antwort. Viele Momente seien wohl geeignet, den Ausnahmezustand herbeizuführen. Bei den großen Orakelpriestern drückt der unter dem Kinn zusammengezurrite sehr schwere Helm stark auf das Haupt. Was nutzt eine solche Erklärung? Nichts. Ebenso gut könnte man die Große Therese von Avila in dieser Art untersuchen. Und so ist eigentlich die Selbstanalyse des Verfassers am interessantesten, da sie zu Selbstvorwürfen seines Handelns führt (p. 14). Der Grad der Bewußtseinsveränderung ist ebenso schwierig feststellbar, denn der Orakelpriester schließt wohl die Augen, gibt aber auf Fragen Antwort, er vermag zu schlucken beim Trankopfer, und seine Tanzbewegungen sind „geordnet“. Der Verfasser schildert Gestik und Physiognomik: sie bietet demjenigen kaum Neues, der den Orient kennt und sich auf die Verschiedenheiten der Verhaltensweisen versteht. In solcher Methode werden eine Reihe Orakelpriester beschrieben, eigentlich oftmals nur referiert in den Dolmetscheraussagen. Es gibt auch Nonnen in den Klöstern, denen das Eindringen eines Geistes widerfährt. Der Verfasser fahndet nach epileptiformen Erscheinungen wie Zungenbiß oder Inkontinenz des Darmes vergeblich. Berichte von etwa 65jährigen Nonnen mit Anamnese sind interessant.

Hohe Vertreter der Orakelkunst heißen „Staatsorakel“; Meditationsübungen sind angegeben. Die Designierten erkennt man an einer exzessiven Haltung in der relativ spät auftretenden Pubertät. Der Vergleich mit zentralasiatischen Schamanen wird angezogen („Schamanenkrankheit“). Die Nomenklatur bei diesen Beschreibungen erscheint obsolet und unzutreffend. Es müßte erst einmal geklärt werden, was hier Krankheit sein soll. Die Audienz beim Dalai-Lama spiegelt dessen Wünsche nach einer „Una Sancta“ aller Religionen wider. Der meditative Stufenweg ist buddhistischen Ursprungs. „Seine Heiligkeit“ hält die Orakel für zweitrangig, da nur zweitrangige Baumgeister eine Rolle spielen, er belächelt das ganze als Volksglauben. Die weitere Kasuistik wird abermals mit Begriffen der allgemeinen Psychiatrie etwa Wernickes erklärt. Im Grunde ist es dem Verfasser nicht gelungen, eine echte Phänomenologie der Vorgänge vorzustellen.

## Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 25. März bis 5. April 1974 In Erlangen

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 47 60 87 (Apparat 87)

Die Terminologie des Europäers steht eigentlich unverbunden neben einem unfaßbar gewordenen Geschehen. Daher ist der Begriff „Ausnahmezustand“ der Ekstase wohl noch der am nächsten liegende.

Man muß den Schluß ziehen, daß medizinische Explorationsversuche offenbar keine Zugangspforte zu den Phänomenen schaffen. Die folgenden Therapievorschläge stehen ebenfalls in recht losem Zusammenhang mit dem Geschehen. Zuerst müßten die Phänomene als solche herausgestellt werden, dann könnte man zu dem Krankheitsbegriff Stellung nehmen. Die Frage nach der Psychose ist vorher ebenfalls gar nicht angängig. Wir denken an die Schilderung des Netuschung-Kurten in Dharmsala (p. 44 ff).

Wichtiger sind die Daten über das tibetische Medizinstudium (p. 58). Es gibt in der Tat einen systematischen Krankheitskatalog, ebenso Hygienevorschriften — der Geist geht nur in einen sauberen Körper —, die Hervorhebung der Geriatrie, leider auch der Tbc und seit dem Exil die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in Indien. Es gibt eine Puls- und Urinlehre, die eine Ähnlichkeit mit der unseres Mittelalters hat und die theoretische Grundlage dieser tibetischen Medizin kann als Ganzheitsvorstellung gelten. In der Therapie kehren jene Metalle einschließlich Gold wieder, die Paracelsus nannte.

Der Leibarzt des Dalai-Lama ist eine Art „Iatromantis“, er genießt priesterliches und ärztliches Vertrauen. Zitiert werden die Eindrücke der Reise von Medard Boss. Seine Äußerungen besagen wenig. Am deutlichsten reißt der Abgrund zwischen West und Ost auf, wenn man die gezielten Fragestellungen des psychiatrischen Verfassers näher betrachtet. Hier wird der Holzweg am deutlichsten. Er ist gekennzeichnet durch eine Vernaturwissenschaftlichung als Artefakt (p. 86 ff). Beim Gespräch mit Shugden Tschöde ist wieder das sprachliche Verständnis behindert; dies um so mehr, als von einer eigenen Göttersprache die Rede ist, von der wir nichts erfahren.

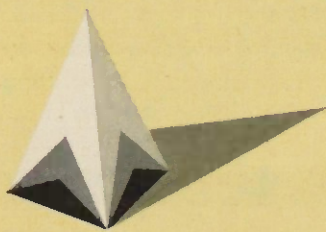
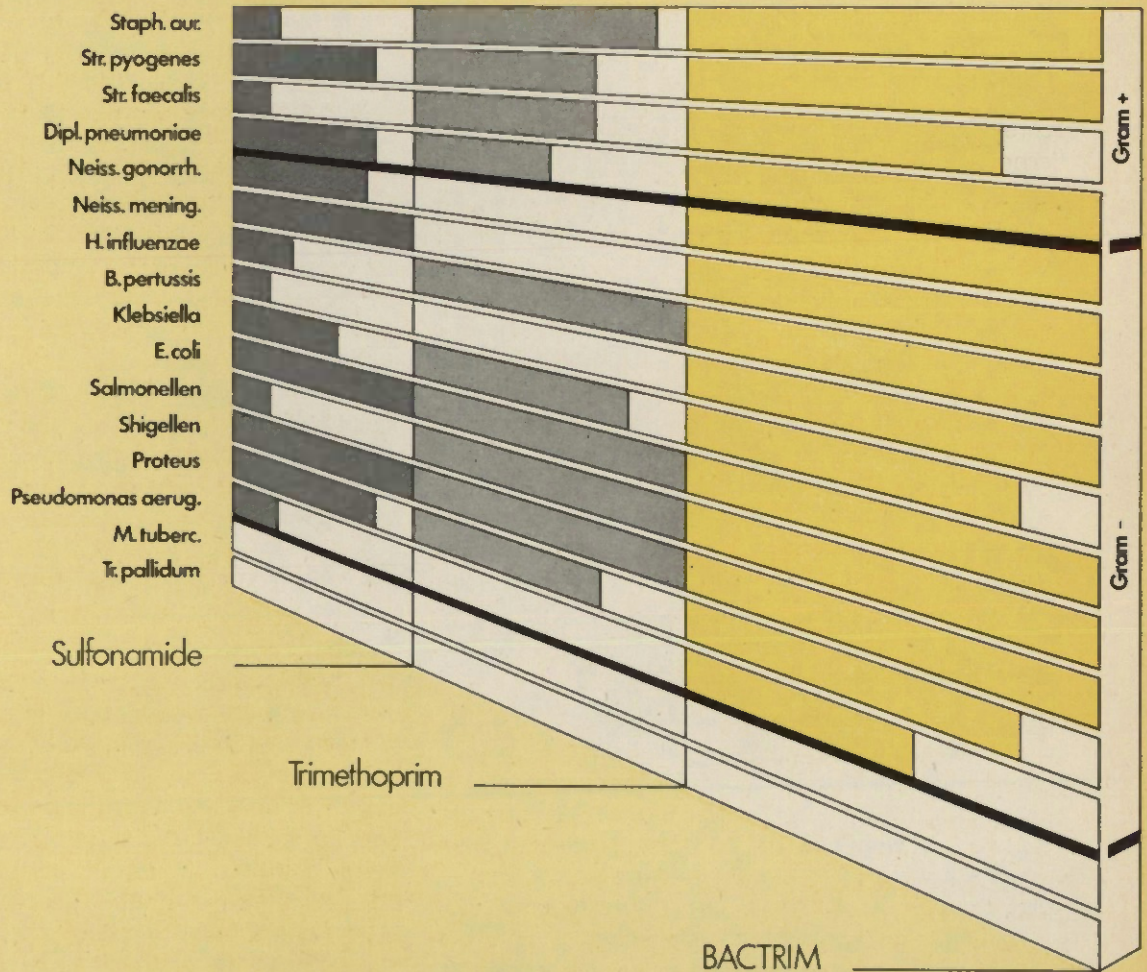
Genug! Das Buch ist lesenswert, sofern man die Wertlosigkeit der Methodik einsieht. Das Geschehen der Orakelpriester ist in eine „Burg“ verlegt, in der es sich abspielt. Es war nicht anders bei der Großen Therese; von deren Patellarreflexen und Blutdruck wissen wir gottlob nichts.

Anschr. d. Verf.: em. o. Professor Dr. med. Werner Leibbrand und Univ. Professor Dr. med. Annemarie Leibbrand, 8000 München 40, Nordendstraße 2



# Hohe Sicherheit

## durch breites Spektrum



# BACTRIM<sup>®</sup> ROCHE

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

**KONTRAINDIKATIONEN** Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen.

Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.  
**VERTRÄGLICHKEIT** Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimittelexantheme können auftreten. In vereinzelt Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinungen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

**VORSICHTSMASSNAHMEN** In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerordentlich selten können asymptomatische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.  
**ZUSAMMENSETZUNG** 1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml II Meßlöffel bzw. Teelöffel Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

**PACKUNGEN UND PREISE** 20 Kindertabletten DM 5,70 m.U.St.  
20 Tabletten DM 18,15 m.U.St. 50 Kindertabletten DM 13,60 m.U.St.  
50 Tabletten DM 41,30 m.U.St. Sirup 100 ml DM 12,50 m.U.St.



Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach



## Brief aus Bonn

Der Ärzteschaft wird immer wieder vorgehalten, sie stehe allen Reformbestrebungen im Gesundheitswesen mit Mißtrauen gegenüber und blockiere damit auch den vernünftigen Fortschritt. Gerade auf dem Bonner Parkett, auf dem die linken Systemveränderer bislang kaum Fuß gefaßt haben, war bislang wenig Verständnis zu spüren, wenn die Ärzteschaft auf Kritik — auf böswillige wie auch auf wohlmeinende — allzu allergisch reagierte. Glaubten die Ärzte, Anlaß zu Nervosität und Sorge zu haben, so wurde ihnen als Beruhigungsspiel die Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 entgegengehalten, in der es ja heißt, daß sich die Regierung zur freien Arztwahl und zur freien Ausübung der Heilberufe bekenne. Nun wäre es gewiß falsch, den führenden Vertretern der Koalition zu unterstellen, sie strebten ein staatliches Gesundheitswesen an. Wenn zum Beispiel Bundesarbeitsminister Arendt vor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beim Ärztetag in München versichert hat, daß an den Grundsätzen der Regierungserklärung festgehalten werde und daß daran jeder gebunden sei, der in der Bundesregierung Verantwortung trage — also auch Staatssekretär Wolters —, so ist dies sicherlich wörtlich zu nehmen.

So bedeutsam solche Erklärungen auch sein mögen, die Ärzteschaft kann natürlich nicht übersehen, daß dieser Kurs zunächst nur bis 1976 abgesteckt ist. Sie kann auch nicht die politischen Strömungen ignorieren, die sehr wohl nach der nächsten Bundestagswahl einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik erzwingen könnten. Auch Brandt und Scheel können sich in ihrer praktischen Politik nicht beliebig weit vom Denken einer breiten Mehrheit in der stärksten Regierungspartei, der SPD, entfernen. Eine Partei, deren Ziel nicht mehr die soziale Demokratie, sondern der demokratische Sozialismus ist, wird sich nicht auf Dauer vom kleineren Koalitionspartner auf einen liberalen Kurs in der Gesundheitspolitik zwingen lassen.

Arendts parlamentarischer Staatssekretär Rohde, der Vorsitzende der SPD-Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen, hat kürzlich vor Journalisten in Anwesenheit Arendts zu verstehen gegeben, daß auch in der SPD-FDP-Koalition auf längere Sicht Entwicklungen möglich seien, die heute noch als unwahrscheinlich und nicht durchsetzbar angesehen würden. Dabei konnte Rohde dann auf Erklärungen des FDP-Abgeordneten Christ verweisen, der kurz zuvor die Parteien aufgefordert hatte, ihre gesundheitspolitischen Entscheidungen unabhängig von den standespolitischen Interessen der Ärzte zu fällen. Der seit dem SPD-Parteitag in Hannover offenkundige Linksrutsch der Parteibasis wird früher oder später auch in der amtlichen Gesundheitspolitik seinen Niederschlag finden. Die vieldiskutierte Rede von Staatssekretär Wolters aus dem Gesundheitsministerium vor dem Bundesverband der Ortskrankenkassen und deren Veröffentlichung im regierungsamtlichen Bulletin ist ein erstes deutliches Signal in dieser Richtung, das auch durch die Erklärungen Arendts in München nicht aus der Welt gebracht ist.

Wolters hat auf der Linie der DGB-Vorstellungen einen Diskussionsbeitrag geleistet, dessen Ziel es wohl nicht sein sollte, schon heute irgendwelche Veränderungen zu bewirken, zumal sich Wolters vor allem in den Bereichen „progressiv“ gab, die nicht seiner Kompetenz unterstehen. Wolters, so scheint dem Bonner Beobachter, hat Markierungspunkte für künftige Jahre setzen und vor allem für den parteiinternen Gebrauch klarstellen wollen, daß er persönlich links von der Mitte steht. Er weiß, wo die stärkeren Bataillone stehen und er weiß natürlich auch, wie sehr die Arbeit seiner Vorgesetzten Katharina Focke, von der „Parteiabacke“ der SPD kritisiert wird.

Die Forderungen von Wolters lassen sich wie folgt zusammenfassen: Aufhebung des „monopoliartigen“ Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereini-

### Paaslorin Drageea

1 Oragee enthält:

Extr. Passiflor. incernet. apr. elcc.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. epir. elcc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

### Paaslorin liq.

Extr. Passiflor. incernet. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos epias.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxycenth.	11 Vol. %

### Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:

1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Oragees 3 mal täglich

### Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Oragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontre-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

### Paaslorin Drageaa:

Peckung mit	50 Oragees	OM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	OM 16.—

### Paaslorin liq.:

Flesche mit ca.	100 ml	OM 5.80
Kurpackung mit ca.	500 ml	OM 23.80

**Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.**

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

*Paaslorin*®



gungen; Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und die Vorsorgemaßnahmen; Einrichtung vollautomatisch arbeitender Diagnostikzentren; Gliederung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, womit beim Patienten die freie Wahl des Krankenhauses entfiel; Einrichtung von Polikliniken an Lehrkrankenhäusern; stärkeres Ausnutzen der indirekten Steuerungsmittel, wie zum Beispiel der Gebührenordnung, um dem Allgemeinwohl Vorrang vor Gruppeninteressen zu geben; um die ärztliche Versorgung zu sichern, müsse der Einsatz mobiler Ambulatorien möglich sein; wenn die Besetzung dieser Ambulatorien Schwierigkeiten bereite, so dürfe auch die Niederlassungsfreiheit der Ärzte kein Tabu sein. Wolters hebt freilich ausdrücklich hervor, daß die stärkere Betonung der Verantwortung des Staates durchaus das Bekenntnis zu den Prinzipien der freien Berufsausübung und der freien Arztwahl einbeziehe, daß er also eine Verstaatlichung des „gesamten Gesundheitswesens“ eindeutig ablehne.

Von größerem politischen Gewicht als die Ansichten von Wolters sind natürlich die Beschlüsse des SPD-Arbeitnehmer-Kongresses. Mit der Gründung dieser Arbeitnehmer-Arbeitsgemeinschaft hatte Brandt ein

politisches Gegengewicht zu den Jusos schaffen wollen. Das ist nicht gelungen, denn die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ende Oktober liegen, wenn auch nicht in der Form, wohl aber im sachlichen Gehalt, sehr weitgehend auf der Linie des extremen linken Flügels. Die Arbeitsgemeinschaft der Arbeitnehmer, ohne Zweifel Kerntuppe der SPD, fordert einen höheren Integrationsgrad im ärztlichen Bereich – freipraktizierende Ärzte, Krankenhäuser und öffentlicher Gesundheitsdienst – auch durch staatliche Versorgung oder das Mittel der Verstaatlichung. Auch wird der Einsatz von gesetzlichen Steuerungsmitteln (Zulassungsbeschränkungen) zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung befürwortet.

Arendt hatte in München an die Ärzte appelliert, sich mit den fortschrittlichen Kräften zu verbinden, die nicht alles anders, aber doch vieles besser machen wollten. Notwendige Reformen dürften nicht dazu „mißbraucht“ werden, einen Trend zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens auszulösen. Bleibt die Frage: was gilt nun und mit welchen fortschrittlichen Kräften sollen sich die Ärzte verbünden?

bonn-mot

## Kongresse

### Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 21. bis 26. Januar 1974 an der Klinik Höhenried/Starnberger See

#### Veranstalter:

Bayarischer Sportärzte-Verband a. V. und Landesversicherungsanstalt Oberbayern

#### Leitung:

Professor Dr. med. M. J. Halhuber, Barnried

Teilnehmerzahl: 25

#### Unterbringung:

Schloß Höhenried innerhalb des Klinikbereiches in Zwaibatzimmern

#### Wohnungs- und Verpflegungskosten:

DM 32,- pro Tag. Zusätzliche Gebühren werden nicht erhoben.

#### Auskunft und Anmeldung:

Bayarischer Sportärzte-Verband a. V., 8000 München 19, Nymphanburger Straße 81/IV, Telefon (089) 183503

### Seminar in praktischer Elektrokardiographie

Unter der Leitung von Professor Dr. M. J. Halhuber während des Wintersemesters 1973/74 an jedem 2. Dienstag, 18.00 Uhr, im Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar. Außer Studenten sind vor allem praktizierende Kollagen, die auch Problemstromkurven selbst mitbringen sollen, eingeladen.

1. Seminar: 15. Januar 1974



# Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoensäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

**Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.**

**Kontre-Indikationen der Pyrazolonderivate  
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.**

**Dosierung:** Packung mit 15 Tabletten DM 3,10  
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24,-  
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58,-

**AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting**



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1973\*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Annähernd im selben Ausmaß wie im Oktober vorigen Jahres stieg im Berichtsmonat die Meldehäufigkeit von Scharlacherkrankungen, und zwar vom bisher tiefsten Stand von 22 Erkrankungen im September auf 63 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Dagegen ging die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung etwas zurück; auf 100 000 Einwohner entfielen im Oktober eine Erkrankung an Meningokokken-Meningitis und vier an übrigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung.

Die schon im September relativ hohe Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm im Oktober noch etwas zu, nämlich von 61 auf 63 Fälle je 100 000 Einwohner. Ebenso wurden etwas mehr Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) gemeldet, nämlich 39 Fälle gegenüber 37 im Vormonat, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. September bis 27. Oktober 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Obertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Perrythypus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Seimcellose			
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	217	-	-	-	4	-	8	-	-	-	1	-	1	-	21	-	138	1	6	-	-	-
Niederbayern	-	-	7	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	2	-	48	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	24	-	-	-	3	-	10	-	-	-	-	-	-	-	2	-	61	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	79	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	1	-	-	-
Mittelfranken	-	-	93	-	-	-	2	-	4	-	2	-	1	-	1	-	-	-	133	1	1	-	-	-
Unterfranken	-	-	54	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	-	2	-	2	-
Schwaben	-	-	53	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	44	-	2	-	-	-
Bayern	-	-	527	-	-	-	12	-	34	-	2	-	4	-	2	-	27	-	525	2	12	-	2	-
München	-	-	131	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-	12	-	65	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	34	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	1	-	-	-	-
Augsburg	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Bengische Krankheit		O-Fieber		Toxoplasmosa		Wundstarrprempf								Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
			Pelittacose		übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	113	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Niederbayern	31	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Oberpfalz	27	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	5
Oberfranken	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfranken	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Schwaben	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	61
Bayern	327	2	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	4	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	92
München	58	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Nürnberg	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

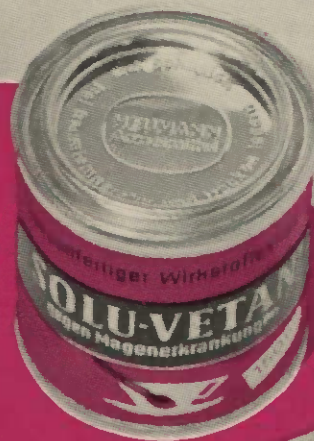
3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.



**Rascher  
Liquiritia-Azulen-  
Effekt.  
Tagesmedikation  
und Rollkur in einem.**



neu  
300 ml



Packung  
150 ml

**Praxisgerechte Therapie  
bei *Ulcus ventriculi*  
et duodeni  
Gastritis  
und anderen  
Magen-Darm-  
Affektionen**

# Solu-Vetan®

**Bei starken  
Begleit spasmen**

# Solu-Vetan® cum Belladonna

**Zusammensetzung:**  
1 Packung (150 ml) enthält:  
Extr. Liquir. 10 g, Extr. Menth.  
pip. 1 g, Extr. Rubi frut. 2 g,  
1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen  
30 mg, Öl. Menth. pip. 100 mg.  
Ätherisches Öl mikroverkapselt.  
1 Packung (300 ml) =  
doppelte Mengen

**Handelsformen und Preise:**  
Packungen mit  
150 ml Extraktpulver  
= ca. 25 Tassen 4,40 DM  
300 ml Extraktpulver  
= ca. 50 Tassen 7,90 DM  
Anstaltspackung



**Zusammensetzung:**  
1 Packung enthält: Extr. Bellad.  
stand. auf 5 mg Alkaloide,  
Extr. Liquir. 10 g, Extr. Menth.  
pip. 1 g, Extr. Rubi frut. 2 g,  
1,4-Dimethyl-7-isopropylazulen  
30 mg, Öl. Menth. pip. 100 mg  
(1 Dosis = ca. 0,2 mg Alkaloide).  
Ätherisches Öl mikroverkapselt.

errhythmie, Megacolon,  
Coronarinsuffizienz.

**Hinweis:**  
In seltenen Fällen kann bei  
individueller Prädisposition die  
Fahrtüchtigkeit eingeschränkt  
werden.

**Kontraindikationen:**  
Glaukom, Prostatahypertrophie  
mit Neigung zur Restharnbil-  
dung, mechanische Stenosen  
im Bereich des Magen-Darm-  
Kanals, Tachycardie, Tachy-

**Handelsformen und Preise:**  
Packung mit  
150 ml Extraktpulver  
= ca. 25 Tassen 4,80 DM  
Anstaltspackung



## 7. Fortbildungstage in Praktischer Medizin

am 15./16. Februar 1974 in Erlangen

### Litung:

Professor Dr. L. Demling und Professor Dr. K. Bachmann

### Ort:

Medizinische Universitätsklinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12

### Auskunft:

Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (091 31) 853374

## Kongreßreisen

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

### Studienreise für Psychiater nach Moskau und Leningrad vom 30. März bis 8. April 1974

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Linienmaschinen internationaler Luftverkehrsgesellschaften durchgeführt und bietet ein interessantes Fachprogramm.

Reisepreis pro Person: DM 1187,- ab/bis München

### Studienreise für Gynäkologen nach Südafrika vom 11. bis 28. April 1974

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Linienmaschinen der Lufthansa und South African Airways durchgeführt und bietet ein interessantes Fachprogramm.

Stationen sind: Johannesburg, Krüger Park, Mbabane/Swaziland, Durban, Pietermaritzburg, Bloemfontein, Kapstadt und Pretoria (fakultativ Victoria-Fälle).

Reisepreis pro Person: DM 3990,-  
Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Abteilung Studien- und Kongreßreisen, 6000 Frankfurt 1, Eschersheimer Landstraße 25-27, Telefon (06 11) 15661

## Kongreßkalender

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

### Februar 1974

4. - 7. 2. in Neuherberg:

**Röntgen-Strahlenschutzkurs.** Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. - 9. 2. in Melbourne:

**19. Weltkongreß für Sportmedizin.** Auskunft: Dr. A. H. T o y n e, 61 Collins St., Melbourne.

4. - 15. 2. in Kühtai:

**7. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie.** Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongreßreisen, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25-27.

4. - 28. 2. in Bad Nauheim:

**XXIV. Fortbildungskurs für physikalische Medizin, Balneologie und Bioklimatologie.** Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.

11. - 13. 2. in Neuherberg:

**Strahlenschutz-Seminar für Ärzte an Beschleunigeranlagen.** Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1

11. - 14. 2. in Hamburg:

**XXXI. Gynäkologische Fortbildungswoche.** Auskunft: Dr. C. P a p e, Universitäts-Frauenklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

11. 2. - 8. 3. in München:

**C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“).** Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

14. - 16. 2. in München:

**12. Deutscher Krebskongreß.** Auskunft: Sekretariat der Deutschen Krebsgesellschaft, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.

15. - 16. 2. in Erlangen:

**7. Fortbildungstage in Praktischer Medizin.** Auskunft: Medizinische Klinik mit Poliklinik, Kongreßbüro, 8520 Erlangen, Postfach 266.

18. - 21. 2. in München:

**Kurs für Gastroenterologische Endoskopie und Biopsie.** Auskunft: Dr. Strauch, 1. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Gral-Ring 51.

27. 2. - 2. 3. in Tübingen:

**20. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.** Auskunft: Prof. Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

29. 2. - 1. 3. in Bad Oeynhausen:

**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin.** Auskunft: Prof. Dr. H.-J. W a g n e r, Institut für Rechtsmedizin der Universität, 6650 Homburg.

### Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma **Deutsche Wellcome GmbH**, 3006 Großburgwedel/Hannover, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer, Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, vertreten durch Dr. med. Lothar Sluka. 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. Postzertifikatsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner Jr., 8060 Dacheu.

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

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



# URICOVAC<sup>®</sup>

Benzbromaronum

die „Nur-einmal-tägliche-Tablette“

Senkt  
schonend den  
Serumharnsäure-  
Spiegel  
in den  
Normbereich

auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz\*

\*nach KOTHE et al., Therapiewoche 23, 2927 (1973)

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.  
Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benz-  
bromaronum. Handelsformen: 30 Tabletten zu  
je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- ein-  
schließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.  
Hinweis: Bei niereninsuffizienten Patienten mit  
Serumkreatininwerten über ca. 5 mg% ist eine  
ausreichende serumharnsäuresenkende  
Wirkung von URICOVAC nicht mehr mit  
Sicherheit zu erwarten.

„Durch eine frühzeitige Behand-  
lung der Hyperurikämie kann  
das Auftreten einer Gicht mit  
großer Wahrscheinlichkeit ver-  
mieden werden. Die echte  
Chance der Prophylaxe einer  
schwerwiegenden, risikobela-  
denen chronischen Krankheit  
sollte genutzt werden“.

G. Josenhans  
im Vorwort zum Kolloquium in Bad Bramstedt am 24. 2. 73

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbe-  
sondere zu Beginn der Behandlung, minde-  
stens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich  
nehmen. Bei Steindriese empfiehlt sich die  
Einstellung des Urins auf den annähernd  
neutralen Bereich von pH 6,4-6,8, speziell bis  
zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.  
Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tier-  
versuchen keinerlei teratogene Wirkung  
gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichts-  
gründen bei bestehender Schwangerschaft  
nicht verabreicht werden.

**LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf**





In unserem modern eingerichteten

## Nervenkrankenhaus Kaufbeuren

(1000 Betten, 20 Arztstellen, zwei Psychologen, zwei Sozialarbeiter) erwarten Sie eine interessante Tätigkeit auf psychiatrischen und neurologischen Abteilungen.

Wir bieten einsatzbereiten Kollegen und Kolleginnen die

### Möglichkeit zur vollen Facharztweiterbildung

für Neurologie und Psychiatrie aber auch jenen, die von der Wichtigkeit und Notwendigkeit psychiatrischer oder auch geriatrischer Grundkenntnisse in Ihrem künftigen Beruf als Allgemeinpraktiker überzeugt sind, ein reiches Betätigungsfeld.

Wir sichern eine Bezahlung nach VergGr. II BAT und nach Einarbeitung eine vielseitige Gutachterfähigkeit zu. Bei Bewährung bieten wir günstige Aufstiegsmöglichkeiten, gegebenenfalls auch Übernahme als beamteter Arzt.

Unverheiratete erhalten Kost und Wohnung (gegen Bezahlung) im Hause; Verheiratete sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Außerdem gewähren wir alle weiteren, im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen.

Kaufbeuren mit über 40.000 Einwohnern verfügt über alle Schulgattungen (Mädchengymnasium in unmittelbarer Nachbarschaft), liegt 700 m hoch im reizvollen Voralpenland überaus verkehrsgünstig (z. B. sind München und Füssen mit seinen Seen in 60 bzw. 40 Autominuten erreichbar).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Direktion des Nervenkrankenhauses, 8950 Kaufbeuren, Postfach 401.

An der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Bayreuth (210 Betten, Chefarzt: Oberstadtmédizinaldirektor Dr. Weber) sind

### zwei Assistenzarztstellen

und

### zwei Medizinalassistentenstellen

zu besetzen. Die Chirurgische Klinik ist zur Facharztweiterbildung voll ermächtigt. Das Krankengut besteht etwa zur Hälfte aus Patienten der Allgemeinchirurgie und zur Hälfte aus Unfallverletzten, so daß eine umfassende allgemein- und unfallchirurgische Ausbildung gewährleistet wird. Auf dem Gebiet der Unfallchirurgie erfolgt die Weiterbildung nach den derzeit modernsten Methoden. Es besteht außerdem reichlich Gelegenheit, sich mit dem D-Arzt- und Verletzungsartenverfahren vertraut zu machen.

Die Vergütung richtet sich nach dem Bundesangestelltentarifvertrag. Der zu leistende Bereitschaftsdienst wird nach Stufe D bewertet. Daneben können Einnahmen durch Gutachterfähigkeit erzielt werden. Neben den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (Beihilfe, Umzugskostenvergütung, Kinderzuschlag, zusätzliche Altersversorgung) ist die Stadt Bayreuth bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.

Die Stadt hat alle weiterführenden Schulen und ist Standort der 6. Bayerischen Landesuniversität.

Die zwischen dem Fichtelgebirge und der Fränkischen Schweiz gelegene Festspielstadt bietet neben ihrer landschaftlich reizvollen Lage sehr gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Daneben zeugen ein umfangreiches Bildungsangebot sowie ein regsames kulturelles Leben von dem hohen Freizeitwert der Stadt.

Zur ersten Kontaktaufnahme genügt eine kurze Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Unterlagen über die bisherige ärztliche Tätigkeit, die an die Stadt Bayreuth, Personalamt, 8580 Bayreuth, Postfach 2840, zu richten ist.

Beim Bezirkskrankenhaus Erlangen sind mehrere

### Arztstellen

zu besetzen.

Das Fachkrankenhaus für Psychiatrie hat ca. 1200 Betten und liegt im Zentrum der Universitätsstadt Erlangen. Fortbildungsmöglichkeiten und Facharztweiterbildung wird geboten. Nach Bezug des bereits im Rohbau fertiggestellten Neubaus wird den Kollegen Gelegenheit geboten werden, auch in der Neurologie tätig zu werden.

Die Stadt Erlangen (ca. 100.000 Einwohner) und deren Umgebung hat einen hohen Freizeitwert. Sämtliche Schularten sind vorhanden.

Geboten werden:

Feste Anstellung im Angestelltenverhältnis nach BAT, bei Erfüllung der Voraussetzungen Übernahme oder Eintritt in das Beamtenverhältnis.

Trennungsgeld, Umzugskostenvergütung und Beihilfen bei Erkrankung, Fünf-Tageweche mit anteiligem Bereitschaftsdienst, Alters- und Hinterbliebenenversorgung einschließlich Zusatzversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachterfähigkeit, Unterricht an der Krankenpflege- und Krankenpflegehelferschule und nervenärztliche Beratung bei den zuständigen Gesundheitsämtern.

Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich.

Bewerbungen werden mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Direktion des Bezirkskrankenhauses Erlangen, 6520 Erlangen, Maximiliansplatz 2.

An der Internen Abteilung (derzeit ca. 70 Betten) des Kreiskrankenhauses Burglengenfeld (Chefarzt Dr. Hiltner) ist umgehend die Stelle eines (einer)

### Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen. Neben der allgemeinen inneren Medizin mit ihren Randgebieten stellt die Gastroenterologie mit der gastroenterologischen Endoskopie einen gewissen Schwerpunkt dar. Die moderne Röntgenabteilung (Bildverstärker-Fernsehkette) ist der Internen Abteilung angegliedert. Ein Um- und Erweiterungsbau des gesamten Hauses ist in Planung.

Zu der tariflichen Vergütung mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, wie z. B. beitragsfreie zusätzliche Altersversorgung, kommen Nebeneinkünfte durch Bereitschaftsdienst, Gutachten und Beteiligung am Ärzte-Pool.

Burglengenfeld ist eine an der Naab gelegene Kleinstadt mit 10.000 Einwohnern; alle weiterführenden Schulen sind am Ort, die Universitätsstadt Regensburg liegt 25 km entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den Leitenden Arzt, Herrn Chefarzt Dr. Hiltner, 8412 Burglengenfeld, Kreis Krankenhaus, Telefon (09471) 63 63 oder an das Landratsamt, 8460 Schwandorf, Postfach 154.

### Die Heilung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera durch

### BEFELKA-OEL

ist von überzeugender Eindringkraft

Arztmuater durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL

4500 Osnabrück, Postfach 1351

Zus.: Öl Hypericid 10 g  
Öl Calend. 5 g, Öl Chamom. 3 g, Öl Öllv. 3 g  
Öl Viol. tric. 5 g arom.  
Weißöl 78 g arom.  
50 ml DM 3,90  
mit MWST und größer