



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Oktober 1971

24. Bayerischer Ärztetag in Nürnberg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 12./13./14. November 1971

Tagungsort:

Meistersingerhalle Nürnberg, Kleiner Saal

Eröffnung des Ärztetages:

*Freitag, den 12. November 1971, 19.00 Uhr s. t.,
im Kleinen Saal der Meistersingerhalle*

Beginn der Arbeitstagungen:

*Samstag, den 13. November 1971, und Sonntag, den 14. No-
vember 1971, jeweils um 9.00 Uhr s. t., im Kleinen Saal der
Meistersingerhalle*

*Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt,
zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als
Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.*

*Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zu-
lässig.*

Tagesordnung:

1. Geschäftsordnung für die Bayerischen Ärztetage
2. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
3. Bestätigung der vom Vorstand gebildeten Ausschüsse
4. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - a) Rechnungsabschluß 1970
 - b) Vorenschlag 1972
5. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
 - e) Zusatzbezeichnungen (§ 24 Abs. 3 BO Ärzte 1971)
 - b) Änderungen im Bereich der Weiterbildungsordnung
6. Wahl des Tagungsortes des
25. Bayerischen Ärztetages 1972

Die Bedeutung der Prostatahypertrophie *

von G. Rutishauser

Die Adenomyomatose ist aufgrund ihrer Häufigkeit die weitaus wichtigste Prostataerkrankung. Makroskopisch erkennbare Adenome findet man bei 25 % der 50- bis 60jährigen, bei 30 % der 60- bis 70jährigen, bei 50 % der 70- bis 80jährigen und bei 75 % der über 80jährigen (7).

Von diesen Adenomträgern hat aber nur jeder Zehnte dysurische Erscheinungen, die ihn veranlassen, einen Arzt zu konsultieren, und nur etwa jeder Zwanzigste muß sich einem Eingriff unterziehen (8).

Trotzdem handelt es sich dabei um eine immer größer werdende Patientengruppe: So ist z. B. in Basel der prozentuale Anteil der 60- bis 70jährigen an der männlichen Gesamtbevölkerung in den letzten 20 Jahren um 3 % auf 10,5 % oder rund 12 000, derjenige der 70- bis 80jährigen um 1 % auf fast 5 % oder rund 6000 angestiegen. Nach unserer Statistik hat die Zahl der Operationsbedürftigen in der gleichen Zeitspanne um mehr als ein Fünftel zugenommen. Von den 700 jährlich an unserer Klinik hospitalisierten Patienten sind rund ein Viertel Prostatakranken, die sich einem Eingriff unterziehen müssen. Ihr Durchschnittsalter liegt um 72 Jahre.

Eine Erhebung an amerikanischen Akutspitälern mit einem Einzugsgebiet, das bevölkerungsmäßig etwa der Schweiz entspricht, zeigt die Prostataadenomyomatose an 16. Stelle aller Einweisungsdiagnosen und — wenn man von den bakteriellen Infekten der Harnwege absieht — an der Spitze aller urologischen Erkrankungen (1).

Es ist also offensichtlich, daß die Prostatahypertrophie heute eine Bedeutung erlangt hat, die es notwendig macht, daß jeder Arzt über die grundsätzlichen Aspekte ihrer Behandlung orientiert ist.

Pathologie und Pathogenese

Anatomisch ist die Prostata eine tubulo-alveoläre Drüse. Obgleich die Anordnung der Drüsengruppen von Spezies zu Spezies variiert, ist das gewebliche Grundmuster das gleiche, d. h., Epithel, Basalmembran, Bindegewebe und Muskulatur sind nach dem gleichen Prinzip angeordnet.

Für das individuelle Leben ist die Prostata nicht notwendig. Ihre Funktion ist mit der Reproduktion gekuppelt; aber nicht einmal für diese scheint sie unerläßlich. Prostataextrekte enthalten eine Anzahl pharmakologisch wirksamer Substanzen, über die noch relativ wenig bekannt ist: Nachgewiesen wurden bakteriostatische Wirkstoffe, Fibrinolytika und hormonähnliche Stoffe wie das Prostaglandin, das vor allem die glatte Muskulatur und die Gefäße beeinflusst (3).

Auf dem Querschnitt der menschlichen Prostata kann man zwei Gewebsabschnitte gut unterscheiden, da sich ihre Zellen mit zunehmendem Alter recht verschieden verhalten: Alle Elemente eines inneren, um die Harnröhre gelegenen, ringförmigen Bezirks werden mit den Jahren hyperplastisch und bilden das, was wir als Adenomyom operieren. Die äußere Drüsengruppe zeigt ebenfalls altersbedingte Veränderungen; diese sind indessen vorwiegend involutiver Art. Der äußere Drüsenteil wird daher mit der Zeit atrophisch und bildet eine Pseudokapsel um das adenomyomatös umgewandelte Gewebe. Über weite Strecken ist diese Atrophie sehr intensiv; stellenweise findet man aber im atrophischen Epithel plötzlich auch eine lokalisierte Hyperplasie. Man stellt sich heute vor, daß Prostatakrebs von solchen Gebieten einer postatrophischen Hyperplasie ihren Ausgang nehmen könnten (2).

Was ist nun aber die Ursache dieser eigenartig gegensätzlichen Entwicklung verschiedener Abschnitte der gleichen Drüse? Die Kausalgenese der Prostatahypertrophie, die mit dieser Frage angesprochen wird, ist nach wie vor ein viel diskutiertes und keineswegs geklärtes Problem. Zur Zeit neigt man dazu, eine altersbedingte Verschiebung des Gleichgewichtes zwischen Androgen- und Östrogeninkretion für die Entstehung der Adenomyomatose verantwortlich zu machen: Während der Östrogenspiegel beim Manne auch im höheren Alter konstant bleibt, nimmt die Androgenbildung mit den Jahren leicht ab und verändert damit den offenbar entscheidenden Androgen/Östrogen-Quotienten (6, 9).

Die Behandlung der Prostatahypertrophie

In bezug auf die Behandlung der Prostatahypertrophie vertreten wir die Auffassung, daß ein Eingriff, wenn er als Wahloperation durchgeführt werden kann, am besten in einem relativ frühen Stadium erfolgt, wo sich der betreffende Kranke noch in gutem Allgemeinzustand befindet und keine Komplikationen des Prostataleidens vorliegen (4). Der Patient sollte mit dem für seine spezielle Situation am besten geeigneten Operationsverfahren behandelt werden, und der Eingriff sollte, wenn immer möglich, von einem in der Prostatachirurgie versierten Spezialisten ausgeführt werden.

Sicherung der Diagnose

Wie erkennt man nun aber eigentlich die Kandidaten für eine Adenomoperation? Gibt es eine spezielle Methode, mit der man potentielle Patienten frühzeitig erfassen kann? Leider ist das bisher nicht der Fall, und auch die gängige klinische Beurteilung hat hier ihre Lücken: Da die Prostataektomie nicht wegen der Größe des Adenoms notwendig wird, sondern ausschließlich wegen der adenombedingten Abflußbehinderung, so sagt uns die Rektaluntersuchung

*) Vortrag anlässlich der 46. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte des Regensburger Kollegiums am 21. Mai 1971.

nicht sehr viel. Ein Patient mit apfelgroßem Adenom kann durchaus in der Lage sein, symptom- und restharnfrei zu urinieren, während ein anderer mit völlig unauffälligem Rektalbefund bereits deutliche Rückstauungsschäden aufweisen kann. Was beurteilt werden muß, ist, ob die Blase sich vollständig entleert und ob ihre Wand Zeichen vermehrter Arbeitsleistung erkennen läßt.

Diese Informationen lassen sich relativ gut aus einem Urogramm herauslesen. Auf der Suche nach Prostatakranken ist es nun allerdings ausgeschlossen, bei allen über 60jährigen Männern diese relativ aufwendige Röntgenuntersuchung durchzuführen.

Da ist die Restharnbestimmung mit dem Katheter ein wesentlich einfacheres Filterverfahren. Leider führt sie aber bei Patienten mit Abflußbehinderung besonders leicht zu einem Infekt und ist deshalb als Routine-methode ebenfalls nicht geeignet. Völlig harmlos für den Patienten ist dagegen die Messung des Urinflusses. Dort besteht die Schwierigkeit aber bisher darin, daß keine genügend einfachen und billigen Urinflußmeßgeräte zur Verfügung stehen. Das Verfahren hat deshalb auch in der urologischen Fachpraxis bisher kaum Eingang gefunden.

In der Regel konsultiert der Patient mit Harnabflußbeschwerden aber zuerst seinen Hausarzt, dem die wichtige Aufgabe zufällt, ihn vorläufig zu beurteilen und zu beraten. Vielleicht findet sich bei der Untersuchung eine die Bauchdecken vorwölbende Überlaufblase; dann ist die Situation einfach. Es kann aber durchaus sein, daß er auch bei sorgfältigster Aufnahme der Anamnese und genauer klinischer Untersuchung — Palpation sowie Perkussion des Abdomens und Rektalstatus — bei einem Patienten, der seit Monaten eine beachtliche Restharnmenge in der Blase zurückbehält, nur einige wenige Verdachtsmomente für eine behandlungsbedürftige Abflußbehinderung findet. Das sind nun die Fälle, wo die radiologische Diagnostik sehr wirkungsvoll weiterhelfen kann.

Katheterismus

Nicht immer erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Adenomträger im Rahmen einer friedlichen Sprechstundenkonsultation. Hie und da muß der Hausarzt in der etwas dramatischeren Situation einer akuten Harnverhaltung Hilfe leisten. Dieser Zustand kann in jedem Stadium der Erkrankung auftreten und verlangt nach sofortiger Therapie. Es ist peinlich, wenn der zugezogene Arzt nicht in der Lage ist, zu helfen.

Wenn auch in diesem Rahmen nicht auf die Technik des Katheterismus eingetreten werden kann, so sollen doch einige wichtige Grundsätze Erwähnung finden:

Eine Retentionsblase darf nur unter völlig sterilen Bedingungen katheterisiert werden. Wie schon erwähnt, gehen Blaseninfekte bei Abflußbehinderung besonders leicht an. Das mag beim Einlegen eines Dauerkatheters vor einer ohnehin geplanten Operation nicht

so bedeutsam sein. Bei der Behebung einer erstmalig aufgetretenen Retention, die an sich durchaus von einem längeren symptomfreien Intervall gefolgt sein kann, ist ein Infekt aber aus verständlichen Gründen eine ernste, den Krankheitsverlauf unter Umständen stark beeinflussende Komplikation.

Chancen, auch einen schwierigen Katheterismus erfolgreich durchführen zu können, hat nur, wer einen mittelkalibrigen, an der Spitze aufgebogenen Katheter vom TIEMANN-Typ verwendet: Wenn, wie beim Prostatakranken, in der hinteren Harnröhre ein gewisser Widerstand zu erwarten ist und am Blaseneingang eine Barre überwunden werden muß, benützt man mit Vorteil ein Instrument, das eine gewisse Stabilität und eine dem Harnröhrenverlauf entsprechende Krümmung aufweist.

Mehr als drei Katheterversuche sollten nicht erfolgen: Weitere Versuche mißlingen meist ebenfalls und vermehren Schmerzen und Blutung. Einfacher und harmloser als der forcierte Katheterismus ist die suprapubische Punktion mit Anlegung einer geschlossenen Dauerableitung. Für diese Maßnahme eignen sich die käuflichen, wegwerfbaren Venenkatheterbestecke sehr gut (10).

Entleerung der überfüllten Blase

Eine akute Retentionsblase kann ohne Bedenken sofort und vollständig entleert werden. Die sogenannte Blutung ex vacuo aufgrund ödematöser Schwellung und blutiger Transsudation der entlasteten Blasenwand ist ein seltenes und völlig ungefährliches Ereignis. Anders ist es, wenn eine chronische Überlaufblase bei einem Patienten mit potentiellem Rückstauungsschaden der Nieren entlastet werden muß. Hier ist die fraktionierte Entleerung von 200 bis 300 ml pro Stunde zweckmäßig. Blutdruck und Gesamturinmenge müssen überwacht werden, da nicht so selten eine massive Polyurie mit erheblichen Elektrolytverlusten und entsprechenden Auswirkungen auf die Homöostase auftritt.

Dauerkatheterbehandlung

Wenn es nach Behebung der Harnsperre nicht wieder zu spontanen Entleerungen kommt, stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen. Wiederholter Katheterismus ist nur sinnvoll, solange offen ist, ob sich die normale Miktion wieder in Gang bringen läßt. Das ist in spätestens 48 Stunden entschieden: Kann der Patient nicht gut spontan urinieren, so muß ein Dauerkatheter eingelegt werden.

Der Urin des Dauerkatheterträgers ist nach 48 Stunden obligat infiziert und bleibt es auf jeden Fall, bis der Katheter nach der Operation wieder entfernt werden kann. Es hat deshalb bei afebrilem Verlauf keinen Zweck, Antibiotika zu verabreichen. Diese Maßnahme hat nur Nachteile: Sie ist teuer, setzt den Patienten unnötigen Gefahren aus und begünstigt in unerwünschter Weise die Entwicklung resistenter Bakterienstämme. Wohlbegründet ist indessen die regel-

mäßige Spülung mit einer indifferenten Lösung und dem Ziel der mechanischen Blasenreinigung. Bei guter Spülbehandlung und regelmäßigem Katheterwechsel in 10- bis 14tägigen Intervallen läßt sich eine Blasensteinbildung über längere Zeit mit großer Wahrscheinlichkeit vermeiden.

Indikationsstellung

Wenn es feststeht, daß eine behandlungsbedürftige Prostatahypertrophie vorliegt, so müssen für die Indikationsstellung eine ganze Anzahl von Faktoren erwogen werden: Der Allgemeinzustand des Patienten, sein Alter, sein kardio-vaskulärer Zustand, seine Nierenfunktion, seine Flüssigkeitshomöostase und vor allem sein zerebraler Zustand. Dann weiter die lokalen Gegebenheiten: Form und Größe der Prostata, Urethradurchgängigkeit, Zustand der Blasenwand, Steinbildung, Infekt, zysto-ureteraler Reflux, Zustand der oberen Harnwege und schließlich nicht zuletzt auch die Funktionstüchtigkeit der Hüftgelenke.

Eine chronische Retentionsblase sollte grundsätzlich vor einer Operation während einigen Wochen mit einem offenen Dauerkatheter entlastet werden. Während dieser Zeit verbessert sich die Nierenfunktion, eventuelle Infekterscheinungen klingen ab, und nicht zuletzt kann sich der in seinem Allgemeinzustand oft stark beeinträchtigte Patient etwas erholen. Ein Grund, weshalb auch in solchen Fällen gelegentlich einmal rasch, vielleicht sogar notfallmäßig, eingegriffen werden muß, ist die massive, unstillbare Blutung aus dem Adenom.

Ungeachtet berechtigter Bedenken gegenüber Schematisierungen muß man sagen, daß sich beim Adenomkranken für die Indikationsstellung die Unterscheidung von drei klinischen Stadien sehr bewährt hat:

Im Stadium I ist kein Restharn vorhanden. Im Vordergrund stehen subjektive Symptome wie Dysurie, Polakisurie und Nykturie.

Für das Stadium II ist dagegen typisch, daß zudem kleinere Restharmengen vorliegen.

Im Stadium III schließlich ist der Restharn groß. Eventuell besteht eine Überlaufblase. Die subjektiven Erscheinungen sind dagegen gelegentlich nur recht geringfügig.

Im Stadium I ist die Anzeigestellung zur Operation relativ. Ausschlaggebend ist, abgesehen vom Allgemeinzustand, vor allem die Bewertung der Symptome durch den Patienten. Da das allgemeine Operationsrisiko im Adenomalter relativ rasch ansteigt, befürworten wir, wie bereits ausgeführt, auch im ersten Stadium eine eher aktive Einstellung.

Medikamentöse Therapie

Gibt es denn eigentlich keine wirksame medikamentöse Therapie der Adenomyomatose? Auf diese Frage kann man nur antworten, daß bisher niemand in schlüssiger Weise nachgewiesen hat, daß sich ein Adenom unter der Einwirkung irgendeines Pharmakons zurückbildet. Hingegen kann der meist periodische, im

ganzen doch recht langsam progrediente Krankheitsverlauf sehr leicht Besserungen vortäuschen.

Beeinflussbar ist möglicherweise der Turgor der Drüse, der wohl zum Teil für die Abflußbehinderung mitverantwortlich ist. Seit langem wird versucht, ihn mit Östrogenen und neuerdings mit Gestagenen herabzusetzen. Androgene, die aufgrund kausalgenetischer Überlegungen eigentlich sinnvoller wären, sind wegen ihrer möglicherweise stimulierenden Wirkung auf ein ruhendes Prostatakarzinom gefährlich.

Von einer solchen Hormonbehandlung dürfen keine Wunder erwartet werden. Gelegentlich treten aber recht störende Nebenerscheinungen auf. Wir vertreten die Auffassung, daß die fragwürdige Wirkung jeder medikamentösen Therapie ihre Anwendung bei Patienten mit über 50 ml Restharn verbietet, es sei denn, es müsse ein kurzes Zeitintervall bis zum Eingriff überbrückt werden. Hier liegt unseres Erachtens auch die Hauptindikation für eine Reihe von Präparaten, die dem Bedürfnis des Patienten nach einem Heilmittel zwar entgegenkommen, aber objektiv kaum einen besseren Effekt haben als allgemein gehaltene Empfehlungen wie ausgiebige körperliche Betätigung, Vermeidung langen Sitzens, Nachgeben bei Harndrang, Regelung der Darmtätigkeit und Verzicht auf ellzuzuscharf gewürzte Speisen. Gegenüber Hormonen haben diese Präparate immerhin den Vorzug, daß keine gravierenden Nebenerscheinungen befürchtet werden müssen.

Operative Behandlung

Die operative Therapie läßt sich bei der Prostatahypertrophie also bisher durch keine andere Behandlung ersetzen.

Zur chirurgischen Behebung der Abflußbehinderung eignen sich sogenannt offen-chirurgische und transurethral-instrumentelle Methoden in gleicher Weise.

Die offene Prostatachirurgie kennt drei Zugangswege: suprapubisch-transvesikal, retropubisch-prävesikal und perineal. Alle sind befriedigend, was die Entfernung des Adenomyoms betrifft. Alle haben aufgrund ihrer spezifischen Vor- und Nachteile, Komplikationsmöglichkeiten und Spätfolgen ihre besonderen Indikationen und Kontraindikationen. Die Wahl des für einen bestimmten Patienten zweckmäßigen Verfahrens ist eine verantwortungsvolle Entscheidung des operierenden Spezialisten. Die von uns und von vielen anderen Urologen bevorzugten Methoden der transurethralen Resektion und der offenen, transvesikalen Enukleation sind sich in bezug auf die Behebung der Abflußbehinderung durchaus ebenbürtig.

Schonender und im postoperativen Verlauf für den Patienten angenehmer ist die transurethrale Prostat-ektomie, der wir immer häufiger den Vorzug geben. Die Operationsdauer bei diesem Verfahren ist allerdings direkt von der Adenomgröße abhängig. Wenn man davon ausgeht, daß ein Geübter pro Minute etwa 0,5 bis 0,75 g reseziert und weiter, daß die transvesi-

kale Entfernung eines Adenoms beliebiger Größe kaum mehr als 45 bis 60 Minuten in Anspruch nimmt, so ergibt sich von selbst eine vernünftige zeitliche Beschränkung der transurethralen Resektion auf etwa 60 bis 90 Minuten oder, gewichtsmäßig ausgedrückt, auf etwa 45 bis 60 g schwere Adenome (5).

Die Kryochirurgie hat in der Behandlung der Prostataadenomyomatose noch keine gesicherte Stellung. Es ist fraglich, ob sie sich als echte Bereicherung unserer Behandlungsmethoden behaupten wird. Nach dem ersten Enthusiasmus mehren sich zur Zeit nüchterne und zum Teil reservierte Urteile. Die meisten Autoren sind sich einig, daß der Vorteil des geringen Operationstraumas mit gewichtigen postoperativen Komplikationsmöglichkeiten und einer langen Nachbehandlung erkauft werden muß. Die Prognose ist, wie die Statistiken zeigen, bisher kaum besser als diejenige anderer Verfahren, und die Wirkung des kryochirurgischen Eingriffes entspricht, nach der Meinung von Kennern, allenfalls einer palliativen transurethralen Resektion.

Zur Frage, ob mit der Prostatektomie gleichzeitig auch eine Vasektomie durchgeführt werden muß, läßt sich folgendes sagen: Der Verzicht auf die Unterbrechung der Samenleiter führt bei etwa 10% der Patienten zu entzündlichen Nebenhoden- und Hodenkomplifikationen. Dieses Risiko erscheint vorerst klein, verglichen mit den scheinbar schwerwiegenden Folgen für die Potentia generandi. Es muß aber bei der Beurteilung berücksichtigt werden, daß die Prostatektomie den inneren Verschuß der Urethra am Blasenhals aufhebt. Das Ejakulat entleert sich nach dem Eingriff demzufolge auf jeden Fall in die Blase, womit die Zeugungsfähigkeit von vorneherein schwer kompromittiert wird. Dazu kommt, daß eitrige Epididymitiden schmerzhaft und langwierige Erkrankungen sind, die durchaus mit Hodenverlust enden können. Aus diesem Grunde lohnt sich der Verzicht auf die Vasektomie unseres Erachtens nicht, es sei denn, es lägen ganz besondere Umstände vor.

Prognose der Prostatektomie

Ist eine Prostataoperation denn nun eigentlich gefährlich? Nach neueren Statistiken hat die Prostatektomie eine Letalität von 1 bis 4%; selbstverständlich hängt diese sehr von der Indikationsstellung ab. Im Vordergrund der Todesursachen steht die Thromboemboliekrankheit, gefolgt von infektiös-septischen Komplikationen (11, 12).

In etwa 10% der Fälle manifestieren sich Spätkomplifikationen meist leichter Natur wie chronische Infekte und Wundheilungsstörungen mit Verkalkungen im Prostatabett. Ihre Abklärung und Behandlung ist nur mit Hilfe des Spezialisten möglich, dem jeder Prostataiker, der drei bis vier Monate nach dem Eingriff nicht beschwerdefrei ist, vorgestellt werden muß.

Rezidive kommen bei sämtlichen Operationsmethoden vor, um so seltener natürlich, je vollständiger die Entfernung der Adenomknoten vorgenommen wurde.

Prostatektomie und Sexualeben

Praktisch jeder Prostatakranker interessiert sich sehr für die Auswirkungen der Prostatektomie auf das Sexualeben, selbst wenn er in der Regel dazu keine direkten Fragen stellt. Suprapubisch-transvesikale und transurethrale Prostatektomie beeinflussen die Potentia coeundi objektiv in keiner Weise. Ein erheblicher Teil der Patienten beurteilt die Potenz nach dem Eingriff als gesteigert. Selbstverständlich gibt es auch einzelne, die sich über einen gegenteiligen Effekt beklagen. Die Ursache für das eine wie für das andere kann nicht im Eingriff selbst liegen, sondern muß auf einem anderen Gebiet gesucht werden. Auf die Frage des Patienten kann man also mit gutem Gewissen antworten, daß die Potentia coeundi durch die Prostatektomie und selbstverständlich auch durch die Vasektomie in keiner Weise beeinflusst wird.

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Einleitung über Bedeutung und Pathophysiologie der Prostatahypertrophie wird die Indikationsstellung und die Behandlung der Adenomyomatose dargestellt. Das Prinzip der ersten Hilfe bei Patienten mit Harnretention, das Vorgehen beim Dauerkatheter-Träger und die medikamentöse Behandlung werden diskutiert. Die chirurgische Therapie ist bisher durch keine andere Behandlungsmethode ersetzbar. Gegenüber der starren Anwendung eines bestimmten erlernten chirurgischen Verfahrens setzt sich aber heute immer mehr eine Operationstaktik durch, die sich dem Allgemeinzustand und der speziellen Situation des zu behandelnden Patienten anpaßt. Dadurch hat sich die Prognose des Eingriffes wesentlich gebessert, und die Komplikationsrate ist stark zurückgegangen.

Der

22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

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

Themen:

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

Programm Seite 973

Literaturverzeichnis

1. CLARKE, E. G.: The relative frequency and age incidence of principal urological diseases. *J. Urol.* **98**, 701–705 (1968)
2. FRANKS, L. M.: Atrophy and Hyperplasia of the Prostate. *J. Path. Bact.* **68**, 617–623 (1954)
3. FRANKS, L. M.: Problems of Prostatic disease in: Advances in the study of the Prostate. (WILLIAMS, D. C., BRIGGS, M. H., STANTFORD, M. Ed.) pp. 5–8, W. Heinemann, London, 1968.
4. HANLEY, H. O.: Discussion on prostatectomy — Early or late? *Proc. roy. Soc. Med.* **53**, 537–539 (1960)
5. HEUSSER, H.: Der heutige Stand der Prostatachirurgie. *Schweiz. med. Wschr.* **94**, 281–286 (1964)
6. KAUFMANN, J.: Untersuchungen zur kausalen Genese der Prostatahypertrophie. *Z. Urol.* **61**, 171–184 und 229–250 (1968)
7. LANSING, A. J., Ed.: Problems of the ageing. pp. 695 ff. 3rd Ed. Williams & Wilkins Co., Baltimore (1952)
8. LYTTON, B., EMERY, J. M. and HARVARO, E. M.: The incidence of benign prostatic obstruction. *J. Urol.* **99**, 639–645 (1968)
9. REISCHAUER, F.: Über die formale und kausale Genese von Prostatahypertrophie und Prostatacarcinom. *Z. Urol.* **43**, 353–375 (1950)
10. RUTISHAUSER, G.: Therapie der abflußbehindernden Prostataerkrankungen. *Intern. Praxis* **8**, 607–611 (1968)
11. SAKATI, J. A. and MARSHALL, V. F.: Postoperative fatalities in urology. *J. Urol.* **95**, 412–420 (1966)
12. SHEPPERD, N. L.: Prostatectomy and Hypotensive Anaesthesia. *Proc. roy. Soc. Med.* **54**, 1127–1130 (1961)

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. G. Rutishauser, Leiter der Urologischen Klinik der Universität Basel, CH – 4000 Basel, Bürgerspital

Die Dekompensation von Kopfverletzungen im Alter*

von E. Müller

Die zunehmende Lebenserwartung erfordert eine wirksame Geroprophylaxe. Zu ihr gehören auch Betreuung und Überwachung des alternden und alten Schädelhirnverletzten. Sie sind Voraussetzung einer ausreichenden Kompensation von Verletzungsfolgen und der Rehabilitation (6, 11, 18).

Der Umgang mit alten Kopfverletzten wirft folgende, zum Teil miteinander verknüpfte Probleme auf:

1. Die Möglichkeit veränderter Energieübertragung und abgewandelter Reaktionen beim frischen Trauma infolge physikalisch-chemischer und anatomischer Veränderungen am Gehirn und Organismus.
2. Die Frage, ob, wann und unter welchen Bedingungen und Symptomen Jahre und Jahrzehnte zurückliegende Hirntraumafolgen dekompensieren.
3. Die Frage der Entstehung, Auslösung und Verschlimmerung von allgemeinen oder umschriebenen Hirnaffektionen.
4. Das Problem der vorzeitigen Alterung von Zentralorgan und Organismus im Gefolge eines oder mehrerer Kopftraumen.

Die Lösung dieser Probleme erfordert Kenntnisse der Hirntraumatologie sowie der physiologischen Altersvorgänge und ihrer fließenden Übergänge zu pathologischen Prozessen (1, 19).

Bei den Altersvorgängen sind folgende Tatsachen zu berücksichtigen:

1. **Alter** ist ein mathematisch kalendarisch nur unzureichend charakterisierter **Zustand**.
2. **Altern** ist ein physiologischer, in seinen Ursachen bislang unklarer **Vorgang**, keine Krankheit!

*) Vortrag anlässlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 16. April 1970 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

3. **Polyorbidität** und mögliche Interferenz mehrerer, unter Umständen latenter pathologischer Prozesse sind im Alter häufig und bei der Analyse aller Störungen in Rechnung zu stellen.
4. Die große **Streubreite** aller Befunde erschwert die Unterscheidung noch physiologischer von schon krankhaften Störungen, damit Diagnose, Prognose und Therapie.

Aus diesen Tatsachen folgt, daß in jedem Einzelfall das biologische oder Leistungsalter zu bestimmen ist (18). Dieses berücksichtigt besser als das kalendarische Alter den individuellen, genetisch fixierten Alternsgang, den chronisch oder summativ wirkende exogene Prozesse (Zehrleiden, chronische Infekte, Mangelsyndrome, schwere wiederholte körperliche Belastungen) modifizieren können.

Da Altern keine Krankheit ist, gibt es „das Alters-trauma“ ebenso wenig wie die „Altersepilepsie“ oder „die Alterspolyneuropathie“. Die physiologischen und anatomischen Besonderheiten dieser Lebensphase können lediglich das Bild von Krankheiten und Verletzungen modifizieren, unter Umständen alte Störungen akzentuieren oder wieder aus der Latenz treten lassen.

Von den Folgen des Alters sind die kolloidalen Veränderungen der Makromoleküle besonders bekannt und erforscht (16). Kolloidale Veränderungen führen zur zunehmenden Vernetzung und Verfestigung der Gewebe unter Wasserabgabe, einer Zunahme der Viskosität und Abnahme der Thixotropiefähigkeit, zu Phänomenen, die mit Histerese oder Synerese umschrieben werden. Sie sind Begleiterscheinungen, nicht Ursachen des Alters und dürfen weder zur alleinigen Grundlage epiphänomenaler oder fundamentaler Alternstheorien gemacht noch zur Deutung zerebraler Reaktionen bei einer Verletzung oder bei einer Dekompensation alter Schäden herangezogen werden.

Die biomorphotischen Veränderungen am Gehirn, die neben den vaskulären Symptomen und den Veränderungen am Stützapparat das Bild des Alterns prägen, sind grob schematisch mit einer Verringerung der Ganglienzellen zu erklären. Alle Adaptationsprozesse, die Einübung neuer bedingter Reaktionen, das Lernen, werden erschwert, die Reaktionen auf Pharmaka verändert. Eine verminderte Erregbarkeit des Zentralnervensystems im Alter kann vermutet werden.

Bereits alternsphysiologische Veränderungen am Zentralnervensystem können klinisch irrelevante Befundabweichungen bewirken, die, im zeitlichen Zusammenhang mit einer Verletzung oder einem anderen Schaden erstmals registriert, diagnostische Schwierigkeiten bereiten können (2).

Die alternsphysiologischen, zum Teil schon pathologischen Besonderheiten bringen Unsicherheit in die Beurteilung frischer wie lange zurückliegender Schädelhirntraumen alter Menschen. Die Unsicherheit erhöht sich besonders in den Fällen, wo das Trauma lange zurückliegt und objektive Unterlagen nicht vorhanden sind, so daß die Verletzungsanalyse erschwert wird. Ohne Traumaanalyse kann eine Dekompensation eventueller Kopfverletzungsfolgen nicht ernsthaft diskutiert werden, es sei denn, man bezöge kritiklos alle Beschwerden und Symptome auf einen früheren Kopfunfall und verordnete wohlklingende Präparate, die noch die Erben in Schubladen vorfinden.

Zur mühsamen und zeitraubenden Verletzungsanalyse gehören: Rekonstruktion des Unfallmechanismus und grobe Schätzung der einwirkenden Kräfte; Erschließung von Befund und Verlauf der Früh- und Spätphase; Leistungsanalyse; aktueller Befund und seine Korrelation mit dem Trauma und unfallfremden Prozessen.

Folgende Erkenntnisse der Hirntraumatologie müssen berücksichtigt werden:

1. Jede ausreichende mechanische Energieübertragung auf das Gehirn und/oder seine Beschleunigung erzwingen ohne Rücksicht auf dessen Beschaffenheit einen (passiven) Hirnschaden. Der Zustand des Gehirns – seine mögliche Vorschädigung – und der des Gesamtorganismus können dagegen sehr entscheidend die sekundären, reaktiven Hirnstörungen mitgestalten. Sie folgen dem primär passiven Schaden sofort, sind klinisch nicht immer gegen ihn abgrenzbar, können erheblichere Auswirkungen als der passive Schaden haben und zur Frühdekompensation führen (7, 10).
2. Ein Schädelhirntrauma, gleichgültig ob offen oder gedeckt, ist ein einmaliges Ereignis. Seine Auswirkungen haben keinen progredienten Charakter, sondern werden zu kompensieren versuchen. Nur bei extrazerebralen und zerebralen Komplikationen (epidurale, besonders aber chronische subdurale Hämatome, epileptische Reaktionen, Zystenbildungen, rezidivierende meningeale Reaktionen

auf dem Boden nicht erkannter Duraläsionen bei frontobasalen Verletzungen) oder bei gehäuften, sogenannten unterschwelligen Traumen der Boxer, Fußballer, Rennreiter kann die Kompensation verzögert oder verhindert, eine Dekompensation herbeigeführt, eventuell auch eine Beschleunigung des Alternsganges diskutiert werden.

Zur unabdingbaren Verletzungsanalyse gehört noch eine intern-neurologische Untersuchung. Gegebenenfalls müssen alle Hilfsmethoden ausgeschöpft werden (EEG, Echoenzephalographie, Ophthalmodynamometrie, Neuroradiologie; Kontrastmethoden nur bei begründetem Verdacht auf blutige Komplikationen oder Blastome, operable Massenblutungen oder frische Karotisverschlüsse). Unerlässlich ist die Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit. Von ihr hängt die Auseinandersetzung mit dem Schaden, seine Verarbeitung und Kompensation wesentlich ab.

Die Beobachtung eines 60jährigen Arbeiters von der Verletzung bis zur Autopsie soll die praktische Anwendung unserer Überlegungen und die Grenzen der klinischen Analyse zeigen.

Drei Jahre vor seinem Tode an Lungenembolie erlitt der bis dahin angeblich gesunde Mann durch frontale Gewalteinwirkung – Auffahren mit dem Moped auf ein stehendes Kraftfahrzeug – ein gedecktes Schädelhirntrauma. Tiefe Bewußtlosigkeit bei der Klinikaufnahme, erhebliche Bewußtloseintrübung bis zum dritten Tage nach der Verletzung, auf die nach kurzem freien Intervall erneut Apathie und Somnolenz folgten, Erythrozyten im Liquor, ein temporaler EEG-Herd bei Immer – bis zum Tode! – normalem neurologischen Befund ließen scheinbar keinen Zweifel an einer erheblichen allgemeinen traumatischen Hirnschädigung und substantiellen, sogenannten kontusionellen Schäden. Ein flüchtiges oberes Zervikalsyndrom war angesichts der Retroflexion des Kopfhalteapparates beim Unfall nicht ungewöhnlich. Es wurde trotz Vorschädigung der HWS sehr resch kompensiert. Da acht Wochen nach der Verletzung objektiv faßbare Störungen nicht vorliegen, wurde Arbeitsfähigkeit bei etwas vermehrtem, altersbedingtem Schonungsbedürfnis angenommen. Der Verletzte legte aber die Arbeit nieder, reagierte scheinbar psychogen, bot dann ein zunehmend pseudodementies Bild, hielt sich in Auswirkung des Unfalles für gealtert und verbraucht. Nach zahlreichen klinischen Beobachtungen wurde der Verdacht auf einen neben dem Traume in Gang gekommenen vaskulären Hirnschaden geäußert, weil im EEG mehrere Herde neben vorher nicht vorhandenen und nun zunehmenden Allgemeinveränderungen bestanden. Die Pseudodemenz, deren organische Grundlage nicht mehr zu bezweifeln war, ließ sich gegen ein organisches, traumabedingtes? Psychosyndrom nicht abgrenzen. Ein fraglicher Hydrocephalus Internus war ätiologisch nicht zuzuordnen. Er konnte geneusogut, altersphysiologisch, Folge eines vaskulären Hirnschadens oder einer nicht sehr erheblichen, traumatisch bedingten Ödemnekrose sein. Die Leistungsminderung durch Unfallfolgen wurde unter Annahme eines traumatischen (kontusionellen) Deuerschadens auf 30% geschätzt. Autopsisch, auch histopathologisch, ließ sich ein traumatischer Hirnschaden nicht verifizieren. Vielmehr bestand eine Thrombangiitis obliterans der Hirngefäße in charakteristischer Betonung an der Konvexität mit multiplen alten und frischen Erweichungen im gesamten Gehirn. Daneben lag eine mäßige bis mittelgradige Arteriosklerose der Hirnbasisgefäße vor. Der Pathologe stellte auch retro-

spektiv die klinische Diagnose einer zerebrovaskulären Insuffizienz, die sich in uncharakteristischen Allgemeinsymptomen vier Jahre vor dem Trauma schon manifestiert hatte.

Das schwere, akute traumatische Allgemeinsyndrom, das in dem beschriebenen Fall einen substantiellen Hirnschaden bis zur Widerlegung durch den autoptischen Befund kaum bezweifeln ließ, ist die eine mögliche Reaktion des vaskulär vorgeschädigten oder alternden Gehirns. Die andere Reaktion ist der im Vergleich zur nicht unerheblichen Gewalteinwirkung blinde, farblose Verlauf, ihn haben wir wesentlich seltener als WALTER und nur jenseits des 70. Lebensjahres bei stumpfen Traumen gesehen (11, 20). Derart quantitativ, nicht qualitativ abgeänderte Reaktionen sind nach unseren Erfahrungen bei etwa 500 gedeckten Schädelhirntraumen alternder und alter Menschen nicht die Regel, sondern nur in einem Drittel zu beobachten. Sie sind immer zu erwägen, erschweren Prognose wie Therapie und machen jede Gradeinteilung, besonders die den wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechende Einteilung in Comotio und Contusio cerebri noch problematischer.

Bei den sehr schweren stumpfen Gewalteinwirkungen, besonders bei den offenen Schädelhirntraumen und hier wiederum bei Schädelanschüssen liegen die Verhältnisse jedoch anders (9). Diese Verletzten sieht der Neurologen seltener, weil sie oft rasch beim Unfallchirurgen oder Neurochirurgen versterben. Insofern stellen die Beobachtungen an Überlebenden eine positive Auslese dar. Bei alten Schwerverletzten, die sich ihre Traumen als Fußgänger im Straßenverkehr oder bei den zahlenmäßig kaum erfassbaren Hausunfällen zuziehen, sind akute oder Frühdekompensation sehr häufig. Komplikationen von Kreislauf und Atmung führen in Wechselwirkung mit dem traumatischen Hirnschaden zum Versagen aller Regulationen (17). Auch hierbei handelt es sich, einschließlich der epiduralen, subduralen und intrazerebralen, durch die Brüchigkeit der Gefäße begünstigten Blutungen, nur um quantitative, nicht um qualitative Unterschiede gegenüber den Verletzungen in jüngerem Alter.

Die Verlaufsbeobachtungen bei dem erwähnten Verletzten zeigen weiter, wie der unfallfremde, vor der Verletzung schon vorhandene Hirnprozeß eigengesetzlich und scheinbar unbeeinflusst vom Trauma fortschreitet und nur für die starke initiale Reaktion des Gehirns auf den mechanischen Schaden verantwortlich gemacht werden kann. Der vaskuläre Prozeß ist aber trotz dieser Belastung nicht dekompensiert. Er scheint auch die Kompensation der akuten Traumaauswirkungen nicht wesentlich verzögert zu haben. Dies stimmt mit unseren Erfahrungen, den Beobachtungen von JANZEN und PETERS überein (7, 14). Selbst ein sehr schweres Schädelhirntrauma kann pathologisch-anatomisch grundverschiedene Prozesse, wie eine Hirngefäßkrankheit, nichtbakterielle entzündliche Hirnkrankheiten, atrophisierende Hirnpro-

zesse, nicht hervorrufen. Sehr fraglich ist, ob die Manifestation derartiger Hirnkrankheiten durch das Trauma gefördert und ihr Verlauf beschleunigt werden kann. Die posttraumatischen Regulationsstörungen und ihre Interferenz mit den unfallfremden, oft klinisch latenten Prozessen dürften wohl die Heilung verzögern. Sie können auch einmal am Anfang einer dekompensierenden zerebrovaskulären Insuffizienz oder eines vorzeitigen Hirnabbaus stehen und pathogenetischer Teilfaktor bei der Erstmanifestation des später eigengesetzlich fortschreitenden Prozesses werden. Wir haben dies bisher nur sechsmal beobachtet (vier zerebrovaskuläre Insuffizienzen, zwei atrophisierende Hirnprozesse).

Zerebrale Insulte in engem zeitlichen Zusammenhang mit einem Trauma sollten besonders bei älteren Menschen eine Schleuderverletzung der HWS (gedecktes kraniozervikales Trauma) erwägen lassen (3, 10). Durch Scherwirkungen entstandene Intimarrisse in den großen Halschlagadern können die Grundlage obliterierender Thromben und damit einer finalen Dekompensation werden. Bei den Schleuderverletzungen, die trotz erheblicher spondylotischer und osteoporotischer Veränderungen der HWS manchmal erstaunlich gut überstanden werden, sind auch obere Halsmarkschäden zu erwägen und nicht mit zerebralen Insulten zu verwechseln.

Die akute und subakute, unter Umständen tödliche Frühdekompensation nach frischen Traumen bedroht den alten Menschen wesentlich stärker als die Spätdekompensation Jahre oder Jahrzehnte zurückliegender Hirnverletzungsfolgen. Unter Spätdekompensation sind Akzentuierung bestehender oder erneute Manifestation verschwundener, objektivierbarer Traumafolgen zu verstehen.

Da die erhöhte Lebenserwartung auch für Hirnverletzte gilt, spielt die Frage der Dekompensation in Gutachten und bei der Betreuung eine zunehmende Rolle.

Voraussetzung einer Dekompensation ist ein substantieller Hirnschaden mit zumindest längere Zeit objektivierbaren Symptomen. Eine reversible traumatische Hirnstörung (sogenannte Comotio cerebri) kann niemals ihr Anlaß sein. Auch nach gedeckten Traumen mit geringfügigen, oberflächlichen substantiellen Schäden ohne Komplikationen haben wir Wiederauftreten oder Verschlimmerung von Traumafolgen bislang nicht beobachtet.

Hat ein adäquater substantieller Hirnschaden als Voraussetzung einer Dekompensation vorgelegen, sind folgende Punkte zu klären:

1. Die wahrscheinlichen Kriterien der Verschlimmerung.
2. Die extrazerebralen und zerebralen, traumaabhängigen wie traumafremden Ursachen und pathogenetischen Bedingungen der Akzentuierung und

damit die Abgrenzung von Verletzungsfolgen gegen unfellunabhängige Störungen.

Subjektive Symptome, insbesondere vieldeutige Allgemeinbeschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Merkförungen, vegetative Phänomene, rasche Erschöpfbarkeit, Leistungsverfall) können allenfalls als vager Hinweis, nie als Beweis einer Verschlimmerung von Traumafolgen genommen werden. Solche Klagen sind im Alter, bei zerebrovaskulären Insuffizienzen, auch bei vielen anderen Allgemeinleiden die Regel. Nur wenn gesichert ist, daß kontinuierlich vom Trauma ab derartige Beschwerden bestanden und zuletzt wesentlich stärker wurden, dürfen sie — unter größten Vorbehalten — gewertet werden. Solche Allgemeinsymptome sind zunächst auf verletzungsfremde Störungen verdächtig und erfordern eine entsprechende Suche. Treten dagegen verschwundene Symptome wieder aus der Latenz oder verschlimmern sich vorhandene Halbseitensymptome, aphasische Störungen, psychopathologische Veränderungen, epileptische Reaktionen, ist eine Dekompensation wahrscheinlich. Neue, besonders auf die nicht-geschädigte Hemisphäre zu beziehende Symptome sprechen dagegen für einen unfallfremden Schaden. Die Entscheidung, ob verletzungsbedingte psychopathologische Veränderungen zugekommen haben oder neue unabhängige Störungen aufgetreten sind, läßt sich oft erst nach einer längeren Verlaufsbeobachtung und auch dann nicht immer mit Sicherheit treffen. Adaptationsschwierigkeiten und rasche Ermüdbarkeit können vor allem bei geistig tätigen Hirnverletzten zwischen 50 und 60 Jahren vorzeitig auftreten und Invalidisierung erfordern. In diesen Fällen von Dekompensation gewährleistet der altersphysiologische, zum verletzungsbedingten Ganglienverlust hinzutretende Ganglienzellschwund nicht mehr eine ausreichende Adaptation bei beruflichen Belastungen. Fallen diese weg, werden die Störungen wieder für längere Zeit kompensiert. Deshalb bieten noch tätige Hirnverletzte zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr mit Psychosyndromen größere Schwierigkeiten als die oft erstaunlich gut kompensierten Traumatiker jenseits von 65.

Lassen die genannten Kriterien eine Akzentuierung von Verletzungsfolgen vermuten, muß versucht werden, ihre Ursachen und Bedingungen durch intern-neurologische Untersuchungen aufzudecken.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß im Alter am Gehirn wie am Organismus verletzungsfremde, meist kreislaufabhängige Schäden bestehen. Sie können (siehe Fallschilderung) klinisch jahrelang latent bleiben, verkannt werden, Komplikationen oder Dekompensationen vortäuschen. Herzaffaktionen, allgemeine Kreislaufstörungen, Hypertonie und Hypotonie, die zumindest funktionell auf das Gehirn wirken, sowie Hirngefäßprozesse sind die häufigsten Ursachen einer Spätdekomensation. Hirnmetastasen, paraneoplastische Enzephalopathien,

Hirnabbauprozesse kommen ebenfalls in Frage und sind bei der Abgrenzung gegen Traumafolgen zu erwägen. Altersphysiologische oder forierte Abbauvorgänge, die sich zunächst in psychopathologischen Veränderungen manifestieren und mit den Traumafolgen interferieren können, erfordern eine längere Verlaufsbeobachtung. Solche Prozesse werden nicht durch ein einmaliges Trauma bewirkt. Inwieweit summierte unterschwellige Traumen bei Boxern, die Jahre nach Aufgabe des Boxsportes eine progrediente Boxerenzephalopathie bekommen können, synergetische Prozesse und damit einen vorzeitigen Hirnabbau bewirken, wird noch diskutiert.

Pneumenzephalographische Untersuchungen zur Abgrenzung hirnatrophischer Prozesse von traumatischen Schäden sind oft vieldeutig, im Falle einer symmetrischen Ventrikelerweiterung wertlos. Nur eine erhebliche oder diffuse Rindenatrophie, gekennzeichnet durch Subarachnoidluftvermehrung, läßt einen traumatischen Hirnschaden ausschließen. Harmlose, beliebig oft wiederholte Echolotungen sollten in Zukunft zur Objektivierung eines zunehmenden Hydrozephalus und damit eines fortschreitenden Hirnabbauprozesses angewandt werden.

Öfter als eine Dekompensation haben wir ein recht gut abgrenzbares Nebeneinander von Verletzungsfolgen und zerebralen Kreislaufschäden gesehen. So sind auch Massenblutungen und Erweichungen selbst in der vorwiegend geschädigten Hemisphäre keine Verletzungsfolgen. Sie könnten als solche nur aufgefaßt werden, wenn ein traumatisch geschädigtes Gefäß rupturiert oder Grundlage für die Ausbildung einer Stenose geworden wäre. Wir haben bislang hypertensive Massenblutungen und Erweichungen durch Gefäßverschluß häufiger in der nicht geschädigten Hemisphäre beobachtet. Die Bezeichnung posttraumatische Spätapoplexie für solche Insulte wäre falsch.

Der obsoletere Begriff der Spätapoplexie bezog sich auf wenige Wochen, höchstens Monate nach dem Trauma auftretende, ungewöhnliche zerebrovaskuläre Insulte bei gefäßgesunden Nichthypertonikern. Solche seltenen Gefäßsyndrome lenken heute allenfalls den Verdacht auf ein kraniozervikales Trauma (siehe oben).

Ebenso, wie ein Zusammenhang zwischen lange zurückliegender Hirnverletzung und Massenblutung in der geschädigten Hemisphäre nicht besteht, haben wir bislang keine ausreichenden Beweise dafür, daß sich eine Hirnarteriosklerose in der geschädigten Hirnhälfte oder im Narbenbereich stärker entwickelt. Im Gebiet von Hirnnarben können Gefäßveränderungen nach Art einer Fibrose entstehen. Diese führen erst unter hinzutretenden allgemeinen oder umschriebenen Kreislaufstörungen durch Krampfanfälle, bei Hypertonie, Herzinsuffizienz oder primärer Hirngefäß-

krankheit zu Ausfällen und damit zur Dekompensation. PETERS hebt zu Recht die Seltenheit solcher Beobachtungen hervor (14).

Eine Akzentuierung von Traumafolgen setzt meist zusätzliche extrazerebrale oder zerebrale Verletzungsunabhängige Störungen voraus. Dies gilt auch für posttraumatische epileptische Syndrome, die ihrerseits zu Kreislaufschäden am Gehirn führen, im höheren Alter sich jedoch nur bei hinzutretenden anderen, meist vaskulären Störungen verschlimmern. Ähnlich ist es bei den seltenen, von uns bislang nicht beobachteten posttraumatischen Hirnzysten, die Insulte vor-täuschen können.

Unsere bisherigen klinischen Beobachtungen an über 100 Hirnverletzten beider Kriege im Alter zwischen 55 und 90 Jahren stimmen gut mit den klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen von PETERS überein. Sie lassen eine erstaunlich gute Kompensation von Traumafolgen bis ins höchste Alter erkennen. Nur zehnmal war eine Dekompensation wahrscheinlich zu machen. Die auffallend geringe Zahl von Verschlimmerungen könnte durch eine positive Auslese erklärt werden. Dem widerspricht jedoch, daß über ein Drittel der Kopfverletzten wegen Verschlimmerungsanträgen zu begutachten war.

Der gute Ausgleich von Hirnverletzungsfolgen und ihre seltene Verschlimmerung durch Alterns- und Gefäßprozesse sprechen gegen – im pathologisch-anatomischen Sinne – prozeßhafte Vorgänge in den Hirn-narben mit Rückwirkung auf Gehirn und Organismus. Die histopathologischen Veränderungen in den Narben, die ESSER, KATZENSTEIN als Beweis für fortschreitende Vorgänge und damit einen ständigen Reizzustand des Gehirns ansehen, sind reparativer Natur (8, 14). Diese Tatsache ist nicht nur ein Argument gegen die ungünstige Beeinflussung oder gar Entstehung vaskulärer und atrophisierender Hirnprozesse, sondern auch gegen die immer wieder behauptete vorzeitige Alterung des verletzten Gehirns oder des Versehrten selbst. Die These von der Voralterung oder gar einer „Konstitutionsumwandlung“ ist eine Fiktion. Sie geht von falschen Prämissen aus, wonach es „den Hirnverletzten“ oder „die Hirnverletzung“ mit einem stereotypen Syndrom schlechthin gäbe, die Verletzungsfolgen sich kontinuierlich verschlimmern müßten und die im genetischen Kode festgelegte Konstitution noch im Erwachsenenalter wesentlich geändert werden könnte. Hinzu kommt, daß sich die Befürworter dieser These keine Gedanken über die vermutliche Alterung des Individuums ohne die Verletzung machen, weil objektive Altersteste – etwa die der Baseler Gruppe um GSELL, VERZAR – nicht angewandt werden, Sippenuntersuchungen fehlen und die Diagnose der sogenannten Voralterung auf einem Eindruck beruht (4, 19). Gegen die Annahme einer generellen Voralterung Hirnverletzter sprechen die offenbar nicht verringerte Lebenserwartung bei unkomplizierten

Traumen, ihr guter Ausgleich bis ins hohe Alter, besonders die Erkenntnisse der Biomorphose. Nach diesen können die genetisch fixierten Alternsprozesse nur durch fortwährend oder summativ wirkende exogene Noxen beschleunigt werden.

HOCHREIN und SCHLEICHER, die eine vorzeitige Alterung der Spätheimkehrer für wahrscheinlich halten, betonen gleichfalls den beschleunigenden Einfluß von Dauernoxen wie der Fehl- und Mangelernährung – nicht des Hirntraumas! – auf den Alternsgang (5). Der ungünstigste Effekt solcher Schäden im Alter, wo Resorption und Ausnutzung von Wirkstoffen bereits physiologisch erschwert sind, scheint offenkundig.

Nur bei Verletzten mit mehreren Schädelhirntraumen könnte eine partielle oder allgemeine Voralterung erwogen werden. Unsere Beobachtungen an über 150 Mehrfachkopfverletzten geben ebenso wie die Erfahrungen bei alternden Traumatikern mit nur einem Schaden bislang keine entsprechenden Hinweise (12).

Bei den wiederholten Kopftraumen dürfte schon deshalb eine Beschleunigung von Alternsprozessen unwahrscheinlich sein, weil das Intervall zwischen den Verletzungen meistens für deren Kompensation ausreicht.

Auf die Möglichkeit vorzeitigen Hirnabbaus bei der chronisch progredienten Boxerenzephalopathie, die histopathologisch gleiche oder ähnliche synergetische Veränderungen wie die vorzeitigen Hirnabbauprozesse zeigen kann, wurde bereits verwiesen. Der chronisch progrediente zerebrale Boxschaden ist als Summationseffekt gehäufte, innerhalb kurzer Zeit erlittener, unterschiedlicher Kopftraumen (sogenannter harter Kopftreffer) anzusprechen. Die von uns beobachteten Opfer dieses angeblichen Sports machten alle einen alten „Gesamteindruck“.

Unsere Beobachtungen, die lautend ergänzt werden, fügen sich den Erfahrungen früherer Untersucher, die Teilaspekte dieses Problemkreises behandelten, gut ein und ergänzen sie. Sie gestatten folgende Antworten auf die gestellten Fragen:

1. Schädelhirntraumen im Alter können, müssen aber nicht, quantitativ, keineswegs qualitativ andere Reaktionen des Gehirns bewirken. Schwerere gedeckte und offene Traumen bergen die Gefahr der Frühdekompensation mit letalem Ausgang in sich.
2. Spätdekompensation lange zurückliegender Traumen sind selten, meist Ausdruck zusätzlicher, gegen die Unfallfolgen oft gut abgrenzbarer, kreislaufabhängiger Störungen.
3. Hirnkrankheiten entstehen auch im Alter nicht durch ein akutes oder lange zurückliegendes Schädelhirntrauma. Dieses kann allenfalls pathogenetischer Teilfaktor bei der Manifestation oder der Akzentuierung der in der Regel eigengesetzlich ablaufenden unfallfremden Prozesse sein.

4. Eine vorzeitige Alterung von Hirnverletzten oder ein beschleunigter Alternsgang des geschädigten Organs sind unwahrscheinlich.

Für Diagnostik, Therapie und die im Alter so wichtige Rehabilitation ergeben sich diese Konsequenzen:

Diagnostik und Therapie haben sich mindestens ebensoviel mit dem Gesamtorganismus wie mit dem geschädigten Organ zu befassen. Sie müssen berücksichtigen, daß das Gehirn in bezug auf Kreislauf und Nährstoffzufuhr nicht dienendes, sondern bedientes, vom Gesamtorganismus abhängiges Organ ist. Eine eingreifende zerebrale Diagnostik wird sich nicht immer umgehen lassen. Die Kontrastmethoden, insbesondere die vieldeutige, nicht ungefährliche Pneumenzephalographie sollten soweit wie möglich durch Echolotung und EEG ersetzt werden. Das im Alter infolge der zahlreichen Irregularitäten im Temporalbereich sehr vieldeutige EEG darf diagnostisch nur im Längsschnitt verwertet werden.

Größte Zurückhaltung muß bei der Bewertung umschriebener Reduktionen und Lückenbildungen des Grundrhythmus als angeblichen Hinweisen auf kontusionelle Schäden walten.

Therapeutischer Grundsatz ist bei der frischen Verletzung die Vermeidung der Frühdekompensation durch Wiederherstellung der Homöostase, in der Spätphase ihre Erhaltung. Ein Zuviel — forcierte Intensivtherapie, Überinfusionen — kann mehr schaden als ein Zuwenig. Die veränderte Reaktion des alten Organismus auf Pharmaka ist immer zu berücksichtigen. Zur Vermeidung und zur Behandlung einer Spätdekompensation gehört eine intensive Allgemeinbehandlung sowie eine Herz- und Kreislauftherapie. Auch die gestörte Funktion muß geübt werden.

Anabolika und Vitaminpräparate, sogenannte „Roborantien“, können unterstützend wirken, zumal verminderter Anabolismus und mangelnde Wirkstoffresorption altersphysiologisch sind. Procaininjektionen, deren günstige Wirkung ASLAN zuerst beschrieben hat, schaden nicht und sind wirtschaftlicher als Reklamepräparate. Zu warnen ist vor kritikloser Hormontherapie.

Therapie und Prophylaxe können in der Geriatrie nicht eine Verjüngung, sondern nur eine möglichst ausreichende Kompensation von Störungen und rechtzeitige Beseitigung von Störfaktoren zum Ziele haben. Den Jungbrunnen, von dem unsere Vorfahren träumten, gibt es ebensowenig wie seine Neuauflage, die Verjüngung, welche unter falscher Deutung von Epiphänomenen des Alterns bis in unsere Tage propagiert wird.

Die Sozialmedizin wird in der „Gewitterphase“ zwischen 50 und 65 etwas stärker durch Gutachtenprobleme belastet, weil Zusammen-

hangsfragen gelöst werden sollen. Affektgeladene Rentenkämpfe, die in einen Kampf ums Dasein münden können, sind zu meiden. Gerade die alternden Hirnverletzten sind besonders zu führen und sollten häufiger Heilbehandlungen erhalten.

Das Jahrzehnt zwischen 55 und 65, manchmal schon die frühen fünfziger Jahre, sind aus physiologischen, psychologischen und soziologischen Gründen eine besondere Epoche. Vorzeitige Abbauprozesse, pseudo-neurasthenische Syndrome und sogenannte Versagenszustände im Sinne von MALISON werden manifest. Kreislaufreaktionen sind besonders häufig, die Familie löst sich durch passageren Weggang der Kinder allmählich auf, Pensionierung und Verlust der vermeintlichen oder tatsächlichen Position drohen, während immer noch Hoch- und Höchstleistungen erwartet werden. Handarbeiter und Bauern sind in dieser Phase weniger durch Dekompensation bedroht als Führungskräfte und Arbeiter an Automaten.

Jenseits der 65 belastet der Existenzkampf nicht mehr so wesentlich die Betreuung Kopfverletzter. Jetzt bedarf der Arzt aber noch mehr der Zusammenarbeit mit dem Sozialarbeiter, der Familie oder der Heimleitung. Förderung und Erhaltung der Aktivität, unter Umständen ausreichenden Fremdantrieb, sollten oberster Grundsatz sein. Eingliederung in die Familie oder die Gemeinschaft, leichte, aber sinnvolle Betätigung, Spaziergänge sind wichtiger als passive Unterhaltung.

Wir kennen zwei über 80 Jahre alte Hirnverletzte aus dem ersten Weltkrieg, die als Bauern auf den Höfen ihrer Kinder mithelfen und sich wohlfühlen.

Die Beschäftigung mit der Dekompensation von Kopfverletzungen im Alter lenkt unser Augenmerk auf das Problem der Kompensation. Hinter diesem verbergen sich als weitere Fragen die nach Prozeß und Symptom, nach der Erstmanifestation, Entstehung und Auslösung von Störungen, ja, nach dem Krankheitsbegriff. Die Kompensation latenter oder latent gewordener Hirnstörungen ist ein Phänomen, das mit den lebenswichtigen Hemmungs- und Bremsungsvorgängen bei der Steuerung der neuronalen Erregungskreise verglichen werden kann. Der Umgang mit alten Kopfverletzten führt uns so zu allgemeinen Fragen der Hirnphysiologie und Krankheitslehre. Er rechtfertigt Optimismus bei dem Bemühen, die alten Hirnverletzten der Gemeinschaft zu adaptieren und ihnen das Dasein erträglich zu machen.

Literaturverzeichnis

- (1) BOCHNER, M.: Altern und Krankheit, O. Thieme, Leipzig, 1957.
- (2) CRITCHLEY, M.: The neurology of old age. *Lancet*, 1121, 1222, 1332 (1931)
- (3) OARO, G. A. und Mitarb.: Internal carotid artery thrombosis secondary to closed craniocervical trauma. *Brit. J. surg.*, 55, 4 (1968)
- (4) GSELL, O.: Alternstheorien, In: *Handb. d. prakt. Geriatrie*, Bd. I, F. Enka, Stuttgart, 1965.
- (5) HOCHREIN, M. und I. SCHLEICHER: Vorschläge für eine gesunde Lebensführung des älteren Menschen. *Zschr. f. Gerontol.* 1, 111 (1968)

- (6) HOFF, H.: Physiologie und Pathologie der Erinnerung. Scriptum geriatricum, Wien, 1965, S. 29.
- (7) JANZEN, R.: Zur Spätklinik der Hirnverletzung. Dtsch. Z. Nervenheilk. 166, 363 (1951)
- (8) KATZENSTEIN, E.: Das Schädelhirntrauma. Benno Schwabe u. Co. Verlag, Basel, 1956.
- (9) LAUSBERG, O.: Prognose und Operationsind. der subduralen Kopfschußverl. Hefte z. Unfallheilk., H. 94, 204 (1968)
- (10) MÜLLER, E.: Zum Trauma des alternden und veskular vorgeschädigten Gehirns. Dtsch. Zschr. Nervenheilk., 188, 259 (1966)
- (11) MÜLLER, E.: Zur Dekompensation von Hirnverletzungsfolgen im Alter. Dtsch. Gesellsch. f. Gerontol. Band I, 128, Dr. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 1968.
- (12) MÜLLER, E. und R. NEYMANN: Das wiederholte Schädelhirntrauma. Mschr. Unfallheilk. 70, 422 (1967)
- (13) ORZECZOWSKI, G.: Chemische Zshge. In Gerontologie und Geriatrie. Zschr. Gerontol. 1, 64 (1968)
- (14) PETERS, O.: Ergebnisse vergl. anat.-pathol. und klin. Unters. an Hirngeschädigten. Arbeit und Gesundheit, Heft 74, G. Thieme, Stuttgart, 1962.
- (15) PORTIUS, W.: Hirnverl. und erterioskler. Carotisverknötenkung. Arch. Psychiatr. u. Zsch. ges. Neurol. 198, 405 (1959)
- (16) QUADBECK, O.: Pathochemie der Alterungsvorg. Im Gehirn. Ref. 52. Tagung, Dtsch. Ges. f. Pathol. 1968.
- (17) REDONDO, J. A. und O. LAUSBERG: Das Schädelhirntr. im höh. Lebensalt. Tbl. Neurochir. 28, 181 (1967)
- (18) SCHUBERT, R.: Eröffnungenspr. Kongr. Dtsch. Ges. f. Geront. Nürnberg, 1968.
- (19) VERZAR, F.: Biologie des Alterns in Handb. d. prakt. Geriatrie. Bd. I, F. Enke Verlag, Stuttgart, 1965.
- (20) WALTER, K.: Die Comotio cerebri im alternden Hirn. Monogr. e. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatr. H. 88 (Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960)

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. E. Müller, Chefarzt der Neurologischen Klinik des Josef-Hospitals, 4630 Bochum

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen folgende Bände kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Befügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

Band 6 „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege – Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen – Wohlstand und Krankheit“ (Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1966)

Band 10 „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten – Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten – Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“ (Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1967)

Band 11 KOERTING †: „Die deutsche Universität in Prag – Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät“

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

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

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

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

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

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

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

Band 24 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 10. Bayerischen Internistentagung in München 1970)

Band 25 KOERTING †: „Die Medizinalverlassung von 1808 für das Königreich Baiern“

Alkoholikerfibel für den Arzt*

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

(Schluß)

g) Maßregeln der Sicherung und Besserung

§ 42 a StGB sieht Maßregeln der Sicherung und Besserung vor:

- aa) Die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt;
- bb) die Unterbringung in einer Trinkerheilstation oder einer Entziehungsanstalt usw. (Arbeitshaus, Sicherungsverwahrung, Berufsausübung).

§ 42 b StGB: hat jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1 und § 58 Abs. 1 StGB) oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Abs. 2 und § 58 Abs. 1 StGB) begangen, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt an, wenn die öffentliche Ordnung und Sicherheit es erfordert. Dies gilt nicht für Übertretungen. Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit tritt die Unterbringung neben die Strafe.

§ 42 c StGB: Wird jemand, der gewohnheitsmäßig im Übermaß geistige Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich nimmt, wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das er im Rausch begangen hat, oder das mit einer solchen Gewöhnung in ursächlichem Zusammenhang steht, oder wegen Volltrunkenheit (§ 330 a StGB) zu einer Strafe verurteilt, und ist seine Unterbringung in einer Trinkerheilstation oder Entziehungsanstalt erforderlich, um ihn an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen, so ordnet das Gericht neben der Strafe die Unterbringung an.

§ 42 f StGB behandelt die Dauer der Unterbringung.

§ 330 a StGB: Wer sich demnach vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke oder durch andere berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzustand versetzt (§ 51 Abs. 1 StGB) wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, z. B. Verletzung mit Todesfolge bei 2,7 Promille (Volltrunkenheit). Die verminderte Zurechnungsfähigkeit nach § 51 Abs. 2 StGB wird dadurch nicht berührt. Maßgebend für die richterliche Entscheidung ist nicht der Zustand des Täters zur Zeit der Tat, sondern der Zeitpunkt der Ingangsetzung des Geschehnisablaufes, der zur Tat führt. Man spricht daher von „vorverlegter Verantwortlichkeit“ (Bayerisches Oberstes Landesgericht München – 1 a St. 92/69).

Diese Maßregel der Unterbringung eventuell neben der Strafe sollte vom Richter auch dann im Interesse

der Gewöhnung an ein geordnetes und gesetzmäßiges Leben ausgesprochen werden, wenn der Verurteilte sich freiwillig der Betreuung durch eine Beratungsstelle usw. unterstellen sollte. Der Vollzug kann abhängig gemacht werden von der Erfüllung gewisser Auflagen hinsichtlich der Behandlungsbereitschaft, die dadurch eine wesentliche Stärkung erfährt.

Nach § 330 b StGB kann bestraft werden, wer Rauschgifte oder geistige Getränke an solche Personen abgibt, die in einer Trinkerheil- oder Entziehungsanstalt untergebracht sind.

Nach § 170 a StGB kann bestraft werden wegen Beiseiteschaffen von Familienhabe usw. zum Schaden der Familienangehörigen mit dem Zwecke der Suchtbefriedigung. Auch ein böswilliges Verheimlichen von Vermögenswerten kann zur Bestrafung führen.

Nach § 170 b StGB wird die vorsätzliche Verletzung einer gesetzlichen Unterhaltungspflicht bestraft. Im Zeitalter der Gleichberechtigung steht die Unterhaltungspflicht des unehelichen Vaters vor der Mutter. Auch die Nichtleistung ist strafbar, wenn die Mutter für ihr außereheliches Kind ohne fremde Hilfe Unterhalt gewährt.

Nach § 170 d StGB ist die Gefährdung des körperlich-seelischen Wohles des Kindes durch Vernachlässigung des Unterhaltes und der Pflege strafbar, außerdem, wenn dem Kind im Übermaß alkoholische Getränke verabreicht werden, so daß eine chronische Alkoholvergiftung entsteht.

h) Wirtshausverbot

Durch die örtlich zuständige Verwaltungsbehörde (Landratsamt, kreisfreie Städte) kann bei Gewohnheitstrinkern im weitesten Sinne auf die Dauer eines Jahres Wirtshausverbot erlassen werden. Wiederholung des Verbotes ist möglich. Es erstreckt sich auch auf Gaststätten der engrenzenden Kreise, soweit alkoholische Getränke abgegeben werden (Landesstraf- und Verordnungsgesetz, Artikel 26 vom 17. November 1956).

i) Gaststättengesetz

Das Gaststättengesetz vom 28. April 1930 behandelt zunächst die Frage der Konzessionsgenehmigung (Gastwirtschaft, Ausschank von Branntwein und Bereithaltung von nicht geistigen Getränken), ferner die Bedürfnis- und Zuverlässigkeitsfrage (Vorstrafen, Trunksucht des Bewerbers).

Verboten ist:

- aa) An Personen unter 18 Jahren Branntwein oder überwiegend branntweinhaltige Genußmittel in der Gastwirtschaft oder im Kleinhandel zum eigenen Genuß zu erwerben;

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

- bb) an Personen unter 16 Jahren in Abwesenheit des Erziehungsberechtigten oder dessen Vertreters auch andere geistige Getränke oder Tabakwaren zum eigenen Genuß zu verabreichen;
- cc) geistige Getränke in der Wirtschaft oder im Kleinhandel an Betrunkene zu verabreichen;
- dd) Branntwein oder überwiegend branntweinhaltige Genußmittel durch Automaten feilzuhalten;
- ee) die Verabfolgung von Speisen von der Bestellung von Getränken in der Wirtschaft abhängig zu machen bzw. bei Nichtbestellung von Getränken eine Erhöhung der Preise eintreten zu lassen;
- ff) Branntwein und überwiegend branntweinhaltige Genußmittel auf Turn-, Spiel- und Sportplätzen oder -hallen zu verabreichen;
- gg) die Beschäftigung von unzuverlässigen Personen im Gaststättengewerbe kann von der zuständigen Behörde untersagt werden.

Das neue Gaststättengesetz vom 5. Mai 1970 tritt am 5. Mai 1971 in Kraft. Dadurch entfällt die Überprüfung der Bedürfnisfrage, obwohl sich diese Entscheidung eher gegen den ehrsam Gastwirt richtet und Mißständen vorbeugen sollte. Sie wird durch die Zuverlässigkeitsprüfung bei der Erteilung der Konzession ersetzt. Eine Überbesetzung des Gaststättengewerbes kann dadurch gesetzlich nicht mehr verhindert werden, wie wir es bei der Überbesetzung des Apothekengewerbes erlebt haben. Im Hinblick auf die süchtige Haltung der Durchschnittsbevölkerung wird dem Mißbrauch in bedenklicher Weise Vorschub geleistet.

k) Absinth

Das Gesetz über das Verbot für die Abgabe von Absinth stammt vom 27. April 1923.

l) Schutz der Jugend

Das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit vom 27. Juli 1957 deckt sich im wesentlichen mit dem Gaststättengesetz und regelt die Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 18 Jahren zum eigenen Gebrauch und für Erwachsene. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren dürfen Gaststätten ohne Begleitung eines Erziehungsberechtigten nicht besuchen.

m) Sachleistungen

§ 120 RVO regelt die Gewährung von Sachleistungen bei Nichtentmündigten, die Geldleistungen der Versicherungsträger (Krankengeld, Rente) vertrinken, auf Antrag der Gemeinde des Wohnortes. Bei Entmündigten ist die Zustimmung des Vormunds notwendig.

n) Bundessozialhilfegesetz

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961, gültig ab 1. Februar 1962 hat die Aufgabe, dem Empfänger der Hilfe das Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Hilfen können gewährt werden

- aa) im Sinne einer vorbeugenden Gesundheitshilfe, bei denen ein Gesundheitsschaden einzutreten droht und
- bb) im Sinne einer Krankenhilfe bei verschiedenen Krankheitszuständen, darunter auch bei Sucht- und Alkoholkranken sowie bei Gefährdeten, die aus Mangel an innerer Festigkeit ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft nicht führen können.

Es geht hier ausschließlich um die Frage der Besserung und nicht um den Schutz des Betreffenden oder der Gemeinschaft.

o) Einbehaltung der Rente

Nach § 181 AVAG (Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) vom 3. April 1957 ist die Einbehaltung der Rente zugunsten der Ehefrau möglich.

p) Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz kann bei einem unter Alkoholwirkung zustande gekommenen Unfall verweigert werden, wobei die Promillegrenze nicht ausschlaggebend ist, außer, es handelt sich um eine primäre psychische Störung mit zusätzlichem Alkoholgenuß, wobei die Frage auftauchen kann, ob nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen schon deswegen hinfällig sind (Bundessozialgericht Kassel – Az.: 2 ru 13/66).

Merkblatt

für die Behandlung von Alkoholikern und Drogensüchtigen

Erfahrungsgemäß bedarf auch der geschulte Arzt einer besonderen Aufklärung über die Suchtgefahren, insbesondere darüber, wie und in welcher Reihenfolge er im Einzelfall vorgehen soll.

1. Denke stets an die Möglichkeit eines Genußmittel- oder Medikamentenmißbrauches!
2. Nimm stets die Gelegenheit einer vorbeugenden Belehrung wahr!
3. Bedenke, daß unter hundert Deiner Kranken mit Sicherheit ein Alkoholiker steckt, bei den Lungenkranken sogar bis zu 30 v. H.
4. Der kommende Alkoholiker ist infolge seiner Gefährdungsstruktur von Jugend an auffällig. Er wird nicht erst durch den Alkoholmißbrauch krank, sondern ist a priori gefährdet und benutzt im Falle der Suchtmanifestation den Alkohol als „Medizin“ zur Behebung seiner Mißstimmung oder Schwierigkeiten.
5. Der Präalkoholiker, bei dem organische Zeichen einer Alkoholvergiftung noch nicht deutlich wahrnehmbar sind, geht zum Arzt und klagt ohne Angabe der Ursache über allgemein nervöse Beschwerden, neurovegetative Erscheinungen wie Schwitzen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Magen-Darmstörungen, Durchfälle, Regelstörungen oder über psychische Labilität wie Mißstimmung, Angstzustände, Reizbarkeit, Maßlosigkeit.

keit, Schwierigkeiten in der Ehe oder im Beruf. Nikotinmißbrauch, Bummellei in der Schule und Lehre, Hochschule, Kontaktschwäche, berufliche Unzulänglichkeit, häufige Arbeitspausen ohne zwingenden körperlichen Hintergrund, schwankende Leistungen, häufiger Arbeitsplatzwechsel und Führerscheinentzug deuten auf das Vorhandensein einer primären Grundstörung und eines sogenannten süchtigen Charakters hin. Man frage vorsichtig nach dem Genußmittelverbrauch oder besser — omnīs potator mendax — die Eltern oder die Ehefrau! Eine genaue Diagnose ist wichtig, weil sich hinter nervösen Beschwerden auch organische Erkrankungen entwickeln können. Bei diesem Personenkreis empfehle man Genußmittelabstinenz, weil bei der bestehenden Gefährdungsstruktur sehr leicht der „Groschen fallen“ könnte.

6. Bei begründetem Verdacht auf Alkoholismus veranlasse man ohne Hinweis auf die Ursache Alkohol Laboruntersuchungen: Herz, Lunge, Magen-Darm, Leberkontrolle, Blut, EEG, EKG. Sonst würde der Kranke ablehnen.
7. Bei positiven Befunden, die eventuell durch eine kurze klinische Beobachtung ergänzt werden könnten, muß eine klare Aussprache über die Notwendigkeit einer Abstinenz, der kausalen und Langzeitbehandlung sowie einer Betreuung durch eine Beratungsstelle der Caritas oder Inneren Mission (Blaukreuz) erfolgen.
8. Bei Rückfälligkeit ist die Durchführung eines Heilverfahrens in einer offenen Heilstätte zu erwägen! Kostenträger: LVA oder die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin.
9. Im Falle einer ablehnenden Haltung des Kranken vertrauliche Berichte an das Gesundheitsamt, die vertrauensärztliche Dienststelle der Krankenkasse auch ohne Einverständnis des Kranken!
10. Einweisung oder Verwahrung in einem Nervenkrankenhaus kann erfolgen nach dem Verwahrungsgesetz des zuständigen Bundeslandes im Falle von selbst- und gemeingefährlichen Handlungen oder wenn solche zwingend zu erwarten sind (Vorbeugung). Eine Einweisung ist auch möglich auf dem Umweg über die Entmündigung gemäß § 6 BGB. Hierzu ist aber das ausdrückliche Einverständnis des Vormundschaftsrichters notwendig.
11. Antrag auf Entmündigung oder vorläufige Vormundschaft wird gestellt durch die Ehefrau, die Eltern oder den zuständigen Staatsanwalt oder im Falle des Bezugs einer Sozialhilfe durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe, wenn der Kranke seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag.
12. Mit Rücksicht auf den Dauercharakter des Leidens ist eine Dauerbetreuung notwendig, selbst wenn

jahrelange Abstinenz besteht. Deswegen ist eine lückenlose Zusammenarbeit von Hausarzt, Gesundheitsamt und den caritativen Beratungsstellen einschließlich der klinischen Einrichtungen erforderlich, falls der Kranke entlassen wird.

13. Bei Medikamenten-Verordnungen ist stets Gefahr im Verzug, wenn bestimmte Personen mit einer Gefährdungsstruktur
 - a) Mittel nehmen, durch die psychische Zentralfunktionen beeinflußt werden (Opiate, Halluzinogene, Tranquilizer);
 - b) Störungen des seelischen Gleichgewichts, Konflikte, Angstzustände, Mißstimmungen beseitigen wollen oder Mißbehagen empfinden, sobald das Mittel ausgesetzt wird;
 - c) an dysphorischen, depressiven Versagenszuständen oder chronischen psychovegetativen Zuständen leiden;
 - d) je weniger echte, organisch bedingte Beschwerden vorgebracht werden können, je weniger sie auf die Dauer durch bestimmte Medikamente im günstigen Sinne beeinflußt werden, je hartnäckiger sie vom Kranken verlangt werden, desto mehr muß der Arzt an die Möglichkeit einer psychischen Medikamentenabhängigkeit denken.

X. Schlußwort

Der Alkoholismus ist zwar nicht die Ursache der heutigen Dekadenzerscheinungen, aber doch eine bedeutende Begleiterscheinung, insofern er sie verstärken und beschleunigen kann.

Es wird immer süchtige Menschen geben, die sich gegen die Wirklichkeit des Alltags stemmen und versuchen, eine Scheinwelt aufzubauen, um das Leben leichter ertragen zu können.

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

Davos: 12. bis 25. März 1972

Bad Gastein: 13. bis 25. März 1972

Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220

Nachdem für die Entwicklung des Alkoholismus nicht nur erbliche, sondern in zunehmendem Maße auch soziale Faktoren verantwortlich gemacht werden müssen, ist es unsere Aufgabe, diese Wirkfaktoren nach Möglichkeit auszuschalten. Diese Aufgabe ist um so schwieriger als es kein Kranker dem Arzt und Sozialarbeiter leicht macht, an ihn heranzukommen.

Der Alkoholiker ist ein kranker Mensch. Der Gesetzgeber und die Gesellschaft sollten den Geisteskranken, einschließlich den Süchtigen nicht nur unter dem Gesichtspunkt des Sicherheitsbedürfnisses und der Gefahrenquelle sehen; denn dieser Standpunkt entspricht nicht mehr den modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen. „Es ist aber auch nicht der Sinn des Artikel 4 GG, wenn man sich um diesen Personenkreis nicht nur nicht kümmert, sondern den moralisch Haltlosen solange gegen jeden Eingriff in seine Freiheit abschirmt, bis seine Persönlichkeit durch jahrelangen Mißbrauch von Suchtmitteln völlig zerstört ist. Es müßte wohl möglich sein, solche großen Kinder durch Hilfe von außen vor sich selbst zu schützen. Im Grunde genommen ist es eine der echten Demokratie zuwiderlaufende Grausamkeit, einen nicht zur Vollreife gelangten Menschen solange seinen Trieben zu überlassen, bis eine, bisweilen nicht mehr gutzumachende

Zerstörung seiner Persönlichkeit eingetreten ist“ (W. BAUMEISTER), ganz zu schweigen von den schweren sozialen und wirtschaftlichen Schäden für die Allgemeinheit, die man schamhaft übersieht und bagatellisiert.

Die bei uns verbreitete Scheu vor Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte aus einem überzogenen oder falsch verstandenen Bemühen um Rechtsstaatlichkeit schützt den Süchtigen nicht selten vor der notwendigen und vor allem rechtzeitigen Behandlung (H. EHRHARDT, Marburg).

Immer mehr Länder werden von der Alkoholflut überspült, immer mehr Personen bemühen sich, dieser Flut Einhalt zu tun. Schweiz, Norwegen, Frankreich und die USA machen ernstliche Anstrengungen, dieser Geißel Herr zu werden.

J. F. KENNEDY hat einmal gesagt: „Die Kulturhöhe einer Nation ist an der Sorge für seine Geisteskranken – einschließlich der Süchtigen und Alkoholkranken – abzulesen.“

Lassen wir uns nicht beschämen und beherzigen wir das große Wort Albert SCHWEITZERS: „Über allem Geistigen und Intellektuellen, über Philosophie und Theologie erhaben ist die Hilfsbereitschaft von Mensch zu Mensch.“

Zur Situation des Drogenmißbrauches in Bayern*

von E. Schuster

Als Abschluß der Ausführungen über die psychiatrischen und sozialpsychologischen Aspekte des Drogenkonsums und -mißbrauches, die zu gegebener Zeit noch durch solche aus kriminalistischer Sicht ergänzt werden sollen, darf die Situation im Jahre 1970 aus gesamt-bayerischer Sicht noch einmal rückblickend beleuchtet werden.

Die absoluten Zahlen, die sich aus den Berichten der Gesundheitsämter, der Jugendämter, Schulen und Polizeibehörden zusammenziehen lassen, ergeben wegen ihrer Unterschiedlichkeit kein verwertbares Bild und sollen deshalb unberücksichtigt bleiben. Lediglich die Aufschlüsselung nach dem Alter von rund 2300 sicheren Konsumenten an Haschisch und LSD wurde eingehend gewürdigt. Es darf mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden, daß diese Felduntersuchung auch unter Einschluß der beträchtlichen Dunkelziffer die Altersgliederung richtig zum Ausdruck bringt. Mit Ausnahme des Regierungsbezirkes Oberfranken (38,2%) und der Landeshauptstadt München (27,5%) stellen in allen Regierungsbezirken die Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren den größten Anteil, der auch im gesamt-bayerischen Durchschnitt mit 43,3% zum Ausdruck kommt. Allein die Landeshauptstadt München bietet gegenüber allen Regierungsbezirken

das umgekehrte Bild: Mit 43,8% bilden die Erwachsenen über 21 Jahre die stärkste Gruppe, gefolgt von den etwa gleichstark betroffenen Heranwachsenden (28,6%) und Jugendlichen (27,5%).

Die LSD-Anhänger bilden in allen Säulen nur einen verhältnismäßig kleinen Sockel von 5 bis 10% der Gesamtzahl der Drogenkonsumenten. Mit 4,6% liegt der Erwachsenenanteil in der Landeshauptstadt München doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt.

Die Umkehrung der Verhältnisse in der Millionenstadt München gegenüber denen auf dem flachen Lande und in den Kleinstädten geht zurück auf die bereits erwähnte Dunkelziffer, die in den Großstädten bis 1:20 bemessen werden sollte, während im übrigen Bereich eine Schwankung von 1:4 bis 1:8 zu unterstellen ist. Ein abhängiger Jugendlicher, ein regelmäßiger Drogenkonsument, fällt in einer Umgebung, in der einer den anderen persönlich kennt, durch eine Veränderung in seiner äußeren Erscheinung oder seiner bisherigen Verhaltensweise leichter auf als der gleiche Jugendliche innerhalb der anonymen Großstadtesellschaft, womit gleichzeitig das Motiv des Verlassenseins, des Sichzurückgesetztfühlens, der Vereinsamung ausgesprochen wird, das nicht selten auf der Suche nach neuen Alternativen und Anschluß an Gleichgesinnte zum Drogenkonsum hinführt.

*) vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 5, 6 und 7/1971

47. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

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

(Fortsetzung)

Privatdozent Dr. W. PÖLDINGER, Basel:

Psychiatrische Notfallsituationen bei Drogenabhängigen

Man unterscheidet nach der Festlegung der Weltgesundheitsorganisation folgende Typen der Drogenabhängigkeit:

1. Morphin-Typ
2. Barbiturat-Alkohol-Typ
3. Kokain-Typ
4. Cannabis-(Marihuana)Typ
5. Amphetamin-Typ
6. Khat-Typ
7. Halluzinogen-Typ

Unter Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit wird ein Zustand psychischer und/oder körperlicher Abhängigkeit verstanden, der nach einer Gewöhnungsphase mit Tachyphylaxie und Toleranzsteigerung auftritt und durch ein „Nicht-mehr-aufhören-können“ sowie durch Abstinenzsymptome charakterisiert ist. Die Intoxikationspsychosen gehören zu den schwersten psychopathologischen Komplikationen. Sie gehen mit Bewußtseinstrübungen sowie Bewußtseinsverschiebungen einher, die meist von schwerer psychomotorischer Unruhe, gelegentlich aber auch von Stuporen begleitet sind und wegen der verhältnismäßig häufig vorhandenen Sinnestäuschungen und paranoiden Ideen unter Umständen mit einer schizophrenen Psychose verwechselt werden können. Die Differentialdiagnostik ist auch dem Geübten nur im Längsschnitt möglich, wenn ihm anamnestische Angaben über Drogenkonsum nicht bekannt sind. Da Intoxikationspsychosen im Ver-

lauf von Stunden oder spätestens innerhalb von ein bis zwei Tagen abklingen, kann man sie von schizophrenen Psychosen unterscheiden. Der Einfluß von Halluzinogenen, insbesondere von LSD, führt zu abnormen Erlebnisreaktionen, unter Umständen sogar mit dem Gefühl, fliegen zu können, mit der Gefahr des Sturzes aus dem Fenster. Die Therapie dieser Intoxikationspsychosen, die vor allem nach hohen Dosen von Weckaminen und Halluzinogenen auftreten, besteht in der Verabreichung von Neuroleptika mit stark schlafanstoßender Wirkung, z. B. Megaphen, Largactil, Taractan Truxal. Barbiturate sollten hier vermieden werden.

Bei „Horror-Trips“ oder „Bad-Trips“ kommt es zu einer starken Angstaktivierung, zu Gefühlen starker Einsamkeit oder Verkennungen mit Bedrohungscharakter. Die Intoxikierten fühlen sich z. B. verfolgt und fallen im Rahmen ihrer psychotisch anmutenden Angsterlebnisse stark auf, weshalb dann oft ein Arzt zugezogen wird. Hier behandelt man am besten mit Valium oder einem ähnlichen Präparat.

Bei länger dauerndem Mißbrauch von Hypnotika kommt es zu einer Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten, die schließlich in ein schweres organisches Psychosyndrom mit Gedächtnis-, Denk- und Affektstörungen einhergehen können. Schon vorher kommt es zu einer Verflachung der Gesinnung, Schwächung des Gewissens, Abschwächungspflichtgefühl und Verminderung des Takt- und Verantwortungsbewußtseins. Der Begriff Drogenabhängigkeit soll nunmehr angewandt werden zu Ungunsten des bisher häufig gebrauchten Begriffs der „Sucht“.

Adumbran[®]

Thomae

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

1

Medizinaldirektor Dr. H. LIESER, München:

„Der psychiatrische Notfall“

Beim pathologischen Erregungszustand unterscheidet man zwei Formen, sowohl die psychogen abnorme Reaktion als auch den psychotischen Angst- und Erregungszustand. Es handelt sich hierbei vielfach um einen Selbsthilfversuch, um einen Dauerstress zu beenden, häufig in Art einer Protestreaktion. Therapeutisch soll man hier über einen Dialog auflösend, enthemmend, entladend und erklärend wirken. Fruchtlöse Diskussionen und betont autoritatives Auftreten sollten dabei vermieden werden. Die Sedierung mit Valium bis zu 20 mg i. v. wird als entspannend und wohltuend empfunden. Von den hierbei gelegentlich verordneten Opiaten wird dringend abgeraten. Der psychotisch bedingte Spannungs- und Erregungszustand dagegen ist psychodynamisch völlig anders geartet. Es kann sich hierbei um eine halluzinatorische Verwirrtheit, um eine Wahnstimmung oder um eine manische Enthemmung handeln. Eine Diskussion ist hier fruchtlos. Man muß hier versuchen, Kontakt zu suchen, indem man auf das Inhaltliche der Wahnideen eingeht, um Zugang zu gewinnen. Hier empfiehlt sich ein lytischer Cocktail, am besten in Form einer Mischinjektion von Randolektil, Neurocil und Atosil je 1 Ampulle verdünnt auf 10 ml physiologische Kochsalzlösung. Bis zur bald eintretenden Wirkung sollte man den Patienten vor störenden Angehörigen abschirmen und dann erst den liegenden Transport in die Klinik durchführen.

Beim Status epilepticus zeigen sich diagnostisch keine besonderen Schwierigkeiten, da Krampfablauf mit tonisch-klonischen Zuckungen, Pupillenstarre, Bewußtseinsverlust und ein gelegentlicher Zungenbiß oder Urinabgang sehr charakteristisch sind. Die Abstände zwischen einzelnen Paroxysmen werden immer kürzer. Die Pause ist hierbei zu nützen, um i. v. 2 Ampullen Somnifen und i. m. 20 mg Valium zu applizieren. Von der Injektion klassischer Antiepileptika wird hingegen abgeraten. Bis zum Sistieren der Anfälle wird in halbstündigem Abstand jeweils 1 Ampulle Somnifen i. m. gegeben. Die Gabe von Kurz- oder Ultrakurz- narkotika ist ambulant nicht praktikabel und der Klinik vorbehalten. Im präkonvulsiven Dämmerzustand empfiehlt sich die sofortige Sedierung möglichst i. v. mit 50 mg eines Neuroleptikums unter Beigabe von Scophedal oder Dolantin. Bis zum Abtransport in die Klinik darf der Patient nicht aus den Augen gelassen werden.

Das alkoholische Delir, das früher meist in höherem Alter beobachtet wurde, kann heute nicht selten schon bei Jugendlichen beobachtet werden. Der Versuch, mit Hilfe der Angehörigen den Alkoholiker ohne ärztliche Kontrolle zur Selbstentziehung zu bringen, ist nicht ungefährlich, dadurch kann das sogenannte Entziehungsdelir provoziert werden. Die Selbstentziehung muß unter dem Schutz von Distraneurin erfolgen. Es empfiehlt sich dazu die Einhaltung einer Bettruhe und eine dreitägige Medikation von dreimal zwei Tabletten

Distraneurin zu 0,5 g. Gleichzeitig sollte viel Flüssigkeit in Form von Fruchtsäften zugeführt werden.

Die Notfallsituation des bereits ausgebrochenen alkoholischen Delirs läßt sich mit intravenöser Gabe von Distraneurin-Injektionslösung optimal beherrschen. Es sind dazu pro Minute 10 ml i. v. zu injizieren, bis ein Schlafzustand eingetreten ist. Das ist meist mit 60 bis 80 ml der Fall. Empfehlenswert ist hier die Beigabe von Strophanthin. Anschließend sollte der Transport in die Klinik erfolgen. Nur selten wird man zur Infusion, die dann während des Transports beibehalten werden muß, greifen müssen. Durch Distraneurin konnte die frühere Sterblichkeitsrate beim Alkoholdelir von 20% auf 0,5% gesenkt werden.

Die Psychopharmakabehandlung verläuft nicht selten mit Nebenwirkungen im Rahmen einer falschen Medikation, in deren Rahmen es zu einem echten Notfall kommen kann. So können orale Dystonien, Blickkrämpfe, isolierte Dystonien, Kieferverzerrungen, HWS-Distorsionen oder Opisthotonus auftreten. Hier gibt man am besten Antiparkinsonmittel i. m., z. B. Akineton oder Mephenamin. Einer klinischen Behandlung bedarf es hier nicht. Unter Umständen muß hier der weiteren neuroleptischen Behandlung ein Antiparkinsonmittel beigegeben werden.

Die Selbstmordgefährlichkeit bei Depressiven wird vielfach unterschätzt. In der Annahme einer neurotischen Begehrensreaktion hysterischer Art wird die typische Krisensituation nicht selten verkannt. Man erlebt es gelegentlich, daß nach 10 oder gar 15 Selbstmordversuchen der Selbstmord schließlich doch erfolgt. Eine besondere Gefahr der Provokation des Selbstmordes beruht auf iatrogener Ursache. Der depressiv gehemmte Patient ist häufig so gehemmt, daß er den Schritt zum Selbstmord nicht vollziehen kann. Unter der Wirkung von Antidepressiva kann vielfach zuerst die Hemmung beseitigt werden, während Selbstmordgedanken und Suizidstimmung zunächst noch bestehen bleiben. Diese Gefahr ist bei der Verordnung von Antidepressiva zu bedenken, andererseits kann man nicht fordern, jede Depression zur stationären Behandlung einzuweisen. Sind jedoch Selbstmordgedanken oder Selbstmordstimmung nachweisbar, so ist eine derartige stationäre Behandlung unerlässlich. Besonders unberechenbar sind Depressive im Senium. Die Zielstrebigkeit suizidaler Absichten ist oft erschreckend eindeutige. Vereinsamung und Todesnähe spielen hier eine Rolle.

Viele psychiatrische Notfälle haben lebensbedrohlichen Charakter und dürfen nicht als Bagatelldfälle verkannt werden.

Dr. W. GÜNTNER und Dr. H. KUFNER,
Bad Reichenhall:

„Die akute Atemnot in der Praxis“

Beim laryngo-trachealen Verschuß schnappt der Patient nach Luft wie ein Fisch auf dem Trockenen. Es



Die praxisnahe Lösung: getrennte Tag- und Nachttherapie in einer Packung

'In der Regel ist es besser, die schleimlösenden Substanzen und die hustenstillenden Mittel nicht in Kombinationen, sondern getrennt zu verschreiben, weil man sie dann entsprechend den Bedürfnissen der Expektorationserleichterung am Tag und der Hustenstillung im Schlaf individuell dosieren kann.'

(F. Hoff, Behandlung innerer Krankheiten)

Zur Therapie beim akuten und chronischen bronchitischen Syndrom
Empfohlene Dosierung: morgens und mittags je eine gelbe Tagkapsel (90 mg Guejakolglycerineether, 75 mg Etamiphyllin HCl)
ebends: eine blaue Nachtkapsel (35 mg Codeinum siccum, 20 mg Chlorphenoxamin HCl)
- durch unverwechselbare Farbgebung

ohne Risiko von Einnahmefehlern - Nebenwirkungen: bisher keine bekannt
Kontraindikationen - für Codein:
Emphysem, Asthma, Atemdepression.
Longtussin 1 O.P. zu 20 Kapseln (12 Tag- und 8 Nachtkapseln) DM 9,80 m. MWSt.



Taeschner & Co. 8831 Kipfenberg
Seit 80 Jahren mit der Problematik des Hustens vertraut.

besteht inspiratorische Dyspnoe, bestehende Zyanose ist bereits ein bedrohliches Zeichen. Richtige Therapie ist hier Lagerung, Hochheben an den Beinen mit dem Kopf nach unten, kräftiges Schütteln bei Klopfen auf Brust und Rücken, falls möglich Extraktion. Weiterhin hochdosierte Gabe von Kortikosteroiden, z. B. Solu-Decortin H 250 mg oder Urbason solubile spezial 250 mg i. v., weiterhin eventuell Intubation. Eine Nottracheotomie wird hier so vorgenommen, daß der Kopf des Patienten extrem nach hinten gebeugt, die Mitte des Ringknorpels mit dem Zeigefinger fixiert wird. Die Inzision erfolgt ohne Anästhesie und ohne Desinfektion genau in der Medianlinie. Vorsicht ist bei Struma angezeigt. Neben dem Skalpell führt man die Pinzette ein und spreizt. Man muß hier dann die Trachealkanüle oder notfalls einen festen Plastikschauch einführen.

Die bronchiale Dyspnoe geht mit einer hochgradigen expiratorischen Dyspnoe einher, der Thorax befindet sich in extremer Inspirationsstellung. Giermen und Pfeifen sind häufig vorhanden. Die Haut ist feucht und kalt. Der Patient sitzt häufig mit aufgestützten Armen (Auxiläratmung).

Therapievorschlag: Kortikosteroide hochdosierte, z. B. Solu-Decortin H 250 mg oder Urbason solubile spezial 250 mg, Alupent 1 bis 2 Ampullen i. v., eventuell Theophyllin, Bisolvon Amp. 2 bis 4 Stück i. v.; weiterhin langsam i. v. Natriumbikarbonat (0,12 g/kg Körpergewicht), Sauerstoff falls möglich. Kontraindiziert sind Aderlaß, Morphium und atemdepressiv wirkende Tranquillizer.

Eine bronchiale Spastik kann sich auch bei der kindlichen Tetanie finden, was ebenfalls zu einer hochgradigen Dyspnoe mit schwerem Erstickungsgefühl und Zyanose führt. Hier sind Kalzium i. v. sowie Atemanaleptika, z. B. Micoren i. v., angezeigt sowie Kreislaufmittel.

Die pulmonale Dyspnoe kann durch Spontanpneumothorax oder Lungenembolie entstehen. Beim Spontanpneumothorax findet sich eine Verletzungsanamnese oder heftiger lokaler Schmerz mit Angstgefühl. Die betroffene Thoraxhälfte bleibt bei der Atmung zurück, das Atemgeräusch ist hier aufgehoben oder abgeschwächt.

Therapie: Ruhigstellung, Hustenblocker, bei Ventilpneumothorax sollte eine offene Punktion durchgeführt werden und ein abgeschnittener Gummifingerling über die Punktionskanüle gelegt werden, so daß Luft austreten, aber nicht eindringen kann. Die Therapie des Pneumothorax besteht in einem provisorischen Verschluss mittels Kompressen oder Plastikfolie, Heftpflaster usw.

Die Lungenembolie geht mit Schocksymptomen nicht selten mit akut stechendem lokalen Schmerz und Hämoptyse einher. Nur ein geringer Teil der Lungenembolien wird klinisch diagnostiziert.

Therapie: Ruhigstellung, Polamidon 1,0 ml (= 2,5 mg) i. m. oder Dolantin (0,5 bis 1,0 ml) langsam i. v., weiter Vasospasmolytika, z. B. Eupaverin forte. Der Beginn mit Antikoagulantientherapie (z. B. 100 000 E Streptase i. v.) muß auf der Krankenseinweisung vermerkt werden. Weiterhin sind Sauerstoff und Antibiotika angezeigt.

Bei der kardialen Dyspnoe wird folgende Therapie empfohlen: Euphyllin 1 bis 2 Ampullen, also 0,24 bis 0,48 g i. v., Diuretika, Strophanthin $\frac{1}{4}$ mg i. v., Dolantin oder Polamidon 1 ml langsam i. v. Durch entsprechende Lagerung sollte der venöse Rückfluß zum Herzen vermindert werden, eventuell Aderlaß (300 bis 800 ml). Kontraindiziert sind Sympathomimetika und Atropin. Von der kardialen Dyspnoe zum Lungenödem infolge Linksversagens oder inhalativer Vergiftung (z. B. Chlor) oder zerebraler Läsion (z. B. Tumor) bestehen fließende Übergänge mit Zunahme des Rasselns und „Kochens“ in der Lunge, Zunahme der hochgradigen Atemnot und der Dyspnoe. Hier sind unter Umständen zusätzlich Kortikosteroide (z. B. Solu-Decortin H 250 mg oder Urbason solubile spezial 250 mg) i. v. angezeigt, ebenso Antibiotika.

Bei der zerebralen Dyspnoe ist am besten eine Sauerstofftherapie (falls möglich) und die Behandlung mit Atemanaleptika, z. B. Micoren Amp. i. v., angezeigt. Die Diagnostik ergibt sich hier häufig aus der Anamnese.

Dr. med. G. Weib, Augsburg

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

Nürnberg-Langwasser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Niederbayern

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

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

Deggendorf: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Dringend zu besetzende zweite Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt. Belegmöglichkeit ist vorhanden.

Eggenfeiden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

Einziges Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

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

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

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

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

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Pfarrkirchen: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

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

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

Oberbayern

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

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

Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Garching, Lkr. Allföfing: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen, Lkr. Aichach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

Oberfranken

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

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Kronach: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

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

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Frelhung: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenwöhr: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kasfl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

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

Adumbran®

Thomae

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

ANGST

INDIKATIONEN:

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

KONTRA-INDIKATIONEN:

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

ZUSAMMENSETZUNG pra Dragée:

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

HANDELSFORMEN:

OP zu 50 Dragées.

Verschreibungspflichtig

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

NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU



Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Weiden (Ortstell Nord): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Weiden: 1 Nervenarzt

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

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

Schweben

Augsburg (Ortstell 4): 1 Augenarzt
Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):
1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Blessenhofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Praxisräume sind vorhanden. Bei Beschaffung der Wohnung ist die Gemeinde behilflich.
Burghelm, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Memmingen: 1 Augenarzt
Mindelhelm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Die Gemeinde kann Mietobjekte vermitteln und Grundstücke zum Kauf anbieten.

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

Unterfranken

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Für die sich ständig vergrößernde Gemeinde wird eine dritte Kassenarztstelle ausgeschrieben. Mainaschaff liegt im Einzugsgebiet der Stadt Aschaffenburg, in der alle Schulen vorhanden sind. Praxis und Wohnräume können von der Gemeinde gestellt werden, ebenfalls will die Gemeinde bei späteren Bauabsichten behilflich sein.

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

46. Fortbildungstagung — Tagesvorsitz: Professor Dr. A. S i g e l

Tagesthema: „Praktische Probleme der Urologie“

Professor Dr. G. RUTISHAUSER, Basel*:
„Behandlung der Prostatahypertrophie“

Die Adenomyomatose ist aufgrund ihrer Häufigkeit die weitaus wichtigste Prostataerkrankung. Makroskopisch erkennbare Adenome finden sich bei 30 % der 60- bis 70jährigen und bei 50 % der 70- bis 80jährigen Männer. Von diesen Adenomträgern haben aber nur etwa 10 % dysurische Erscheinungen, und nur etwa jeder Zwanzigste muß sich einem Eingriff unterziehen. Die Kausalgenese der Prostatahypertrophie ist nach wie vor ein viel diskutiertes und keineswegs geklärtes Problem. Möglicherweise ist eine altersbedingte Ver-

schiebung des Gleichgewichtes zwischen Androgen- und Östrogeninkretion für die Entstehung der Adenomyomatose verantwortlich zu machen: während der Östrogenspiegel beim Manne auch im höheren Alter konstant bleibt, nimmt die Androgenbildung mit den Jahren leicht ab und verändert damit den offenbar entscheidenden Androgen-/Östrogen-Quotienten.

Da die Prostatektomie nicht wegen der Größe des Adenoms notwendig wird, sondern ausschließlich wegen der adenombedingten Abflußbehinderung, ist die rektale Untersuchung zur Diagnosestellung einer erforderlichen Adenomoperation unzureichend. Es muß vielmehr beurteilt werden, ob die Blase sich vollständig entleert und ob ihre Wand Zeichen vermehrter Arbeitsleistung erkennen läßt. Diese Informationen lassen sich relativ gut aus einem Urogramm ablesen.

*) Vgl. Seite 896

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

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

Die Restharnbestimmung mit dem Katheter führt bei Patienten mit Abflußbehinderung besonders leicht zu Infekten und ist deshalb als Routinemethode nicht geeignet. Die völlig harmlose Messung des Urinflusses scheitert in der Praxis immer noch an dem Fehlen eines genügend einfachen und billigen Urinflußmeßgerätes.

Zum Katheterisieren von Adenompatienten sollten möglichst nur mittelkalibrige, an der Spitze aufgebogene Katheter vom TIEMANN-Typ verwendet werden. Einfacher und harmloser als der forcierte Katheterismus ist die suprapubische Punktion mit Anlegung einer geschlossenen Dauerableitung. Hierfür eignen sich käufliche, wegwerfbare Venenkatheterbestecke. Eine akute Retentionsblase kann ohne Bedenken sofort und vollständig entleert werden. Eine chronische Überlaufblase bei einem Patienten mit potentiellern Rückstauschaden der Nieren muß demgegenüber fraktioniert (200 bis 300 ml pro Stunde) entlastet werden. Dabei sind Blutdruck und Gesamturinmenge zu überwachen, da nicht selten eine massive Polyurie mit erheblichen Elektrolytverlusten und entsprechenden Auswirkungen auf die Homöostase auftreten. Wiederholter Katheterismus ist nur sinnvoll, solange offenbleibt, ob sich die normale Miktion wieder einstellt. Bei einem Dauerkatheterträger hat der Urin nach 24 Stunden obligat als infiziert zu gelten; bei afebrilem Verlauf hat es jedoch keinen Zweck, Antibiotika zu verabreichen, da hierdurch die Entwicklung resistenter Bakterienstämme nur gefördert wird. Wohlbegründet ist indessen die regelmäßige Spülung mit indifferenten Lösungen zur mechanischen Blasenreinigung und ein regelmäßiger Katheterwechsel in zehn- bis vierzehntägigen Intervallen.

Eine wirksame medikamentöse Therapie der Adenomyomatose gibt es derzeit noch nicht. Lediglich der Turgor der Drüse, der wohl zum Teil für die Abflußbehinderung mitverantwortlich ist, läßt sich durch Östrogene oder Gestagene möglicherweise mildern. Der Einsatz von Androgenen verbietet sich wegen ihrer stimulierenden Wirkung auf ruhende Prostatakarzinome.

Für die Indikationsstellung zu einer operativen Therapie der Prostatahypertrophie sind folgende Faktoren zu berücksichtigen: Der Allgemeinzustand des Patienten, sein Alter, sein kardiovaskulärer Zustand, seine Nierenfunktion, seine Flüssigkeitshomöostase und vor allem sein zerebraler Zustand. Bedeutsam sind weiterhin die lokalen Gegebenheiten: Form und Größe der Prostata, Urethradurchgängigkeit, Zustand der Blasenwand, Steinbildung, Infekt, zysto-urethraler Reflux, Zustand der oberen Harnwege sowie Funktionstüchtigkeit der Hüftgelenke. Bei der Adenomyomatose werden drei Stadien unterschieden:

Im Stadium I stehen subjektive Symptome (Dysurie, Pollakisurie und Nykturie) im Vordergrund; Restharn ist noch nicht vorhanden.

Im Stadium II sind bereits kleine Restharmengen vorhanden.

Im Stadium III sind die Restharmengen groß, die subjektiven Beschwerden aber gelegentlich nur gering. Da das allgemeine Operationsrisiko im Adenomalter relativ rasch ansteigt, wird ein aktives Vorgehen schon im ersten Stadium befürwortet.

Zur chirurgischen Behebung der Abflußbehinderung eignen sich einmal offen-chirurgische und zum anderen transurethral-instrumentelle Methoden. Die offene Prostatachirurgie kennt drei Zugangswege: suprapubisch-transvesikal, retropubisch-prävesikal und perineal. Die Wahl des für einen bestimmten Patienten zweckmäßigsten Verfahrens ist eine verantwortungsvolle Entscheidung des operierenden Spezialisten. Die offene, transvesikale ENUKLEATION und die transurethrale RESEKTION sind sich in bezug auf die Behebung der Abflußbehinderung durchaus ebenbürtig. Schonender und im postoperativen Verlauf für den Patienten angenehmer ist die transurethrale PROSTATEKTOMIE; die Operationsdauer dieses Verfahrens ist allerdings direkt von der Adenomgröße abhängig. Mit einer Prostatektomie sollte auch gleichzeitig eine VASEKTOMIE durchgeführt werden, da sonst bei etwa 10 % der Patienten mit entzündlichen Nebenhoden- und Hodenkomplikationen zu rechnen ist. Die Zeugungsfähigkeit wird durch eine Prostatektomie in jedem Fall stark

Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

beeinträchtigt, da das Ejakulat nur mehr in die Blase entleert werden kann. Die Potentia coeundi hingegen wird weder durch die Vasektomie noch durch eine Prostatektomie objektiv beeinflusst.

Professor Dr. A. SIGEL, Erlangen:

„Die Vorsorgeuntersuchung zur Diagnose des Prostatakarzinoms“

Das Prostatakarzinom wird heute häufiger diagnostiziert als früher. Ob die Morbidität, wie beim Magenkarzinom oder Bronchialkarzinom, zugenommen hat, oder ob lediglich die Diagnostik verbessert wurde, bleibt offen.

Eine rechtzeitige Diagnose wird durch folgende Faktoren erschwert:

1. Das Prostatakarzinom tritt häufig mit einer zweiten Erkrankung, der Adenomyomatose, zusammen auf. Durch das periurethrale, expansive Wachstum des Prostataadenoms wird die eigentliche Prostata komplett an den Rand gedrängt, so daß sich ein Karzinom auch meistens nur randständig entwickeln kann.
2. Wenn sich das Karzinom im vorderen Abschnitt der Prostata ausbildet, ist es bei der rektalen digitalen Untersuchung meist nicht erfassbar.
3. Die Prostatakarzinome weisen einen sehr unterschiedlichen Malignitätsgrad auf: man unterscheidet

et schnell und sehr langsam wachsende Formen. Die schnell wachsenden Karzinome (20 bis 30 %) sprechen nicht auf eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung an und führen binnen zwei bis drei Jahren ad finem. Eine Differenzierung der Malignitätsgrade ist histologisch derzeit noch nicht möglich.

4. Wenn ein Prostatakarzinom subjektive Beschwerden verursacht, ist es in den allermeisten Fällen bereits inoperabel, auch wenn keine Lymphknotenmetastasen nachweisbar sind.

Aus der Tatsache einer häufig fehlenden Operabilität und der Erfolgsunsicherheit bei gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung, die außerdem mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet ist, ergab sich die Forderung nach Vorsorgeuntersuchungen und möglichst frühzeitiger Erfassung karzinomverdächtiger Patienten. Bei frühzeitiger Operation des Prostatakarzinoms läßt sich entsprechend den Statistiken der amerikanischen Militärmedizin eine Fünfjahresheilung von über 60 % erreichen. Zu entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen sind vor allem alle 45- bis 65jährigen (in der BRD derzeit über sechs Millionen Männer) heranzuziehen. Um eine möglichst große Anzahl hiervon zu erfassen, sollte jeder in ärztliche Behandlung kommende Mann dieser Altersklasse rektal untersucht werden. Jedes tastbare und malignitätsverdächtige Knötchen im Prostatabereich bedarf der weiteren

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

Stutgeron forte

TRADE MARK

JANSSEN

1 Kapsel enthält 75 mg Cinnarizin

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

Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt geworden

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



JANSSEN GmbH **DÜSSELDORF**

St. 1/4. 71

histologischen Untersuchung. Das hierzu erforderliche Material kann mittels einer Stanznadel oder durch Saugbiopsie mit einer einfachen Injektionskanüle und Recordspritze am besten auf transrektalem Wege gewonnen werden. Da eine histologische Unterscheidung von sogenannten gutartigen und bösartigen bzw. langsam und schnell wachsenden Formen derzeit leider noch nicht möglich ist, müssen alle Patienten, bei denen ein Karzinom diagnostiziert wurde, einer radikalen Operation zugeführt werden. Ein solcher Eingriff erfordert jedoch ein anderes Vorgehen als bei der Adenomektomie. Die hierbei einzuschlagenden operativ-technischen Wege bedürfen in den nächsten Jahren noch der Verfeinerung. Ebenso muß die histologische Diagnostik noch verbessert werden, um Patienten mit relativ benignen, sehr langsam wachsenden Karzinomformen ein zu hohes Operationsrisiko zu ersparen.

Privatdozent Dr. H. TRUCKENBRODT, Erlangen:

„Beurteilung und Behandlung von Harnwegsinfektionen im Kindesalter“

Die Harnwegsinfektionen folgen in ihrer Häufigkeit im Kindesalter unmittelbar den bakteriellen Erkrankungen des Respirationstraktes an zweiter Stelle. Da bei 80 bis 90 % der Patienten die Nieren mitbefallen sind, also Pyelonephritiden vorliegen, sind die Erkrankungen durchweg ernst zu bewerten. Die Harnwegsinfektion betrifft bei den Kindern in allererster Linie das erste Lebensjahr (etwa 45 % der Fälle); das weibliche Geschlecht überwiegt in allen Altersstufen, vom zweiten Lebensjahr an erkranken Mädchen sechsmal häufiger als Jungen. Unter den Erregern sind die Coli-Bakterien mit 65 % am häufigsten vertreten. An Bedeutung gewonnen haben die Klebsiellen, das *Bacterium proteus* und *Pseudomonas pyocyanea*. Bei Kindern geht einer Harnwegsinfektion häufig eine andere Infektion als Vorkrankheit (z. B. Infektion der oberen Luftwege, Tonsillitis, Otitis media, Säuglingsenteritis usw.) voraus. Je jünger die Kinder sind, um so mehr stehen Allgemeinsymptome (besonders des Magen-Darmtraktes mit Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Durchfall oder Obstipation) im Vordergrund. Nur bei

etwa $\frac{2}{3}$ aller Kinder tritt Fieber auf; beklagt werden häufig Müdigkeit, Gedeihstörungen, eine fahle Blässe und gelegentlich sogar ein Ikterus. Mit speziellen Symptomen (häufiger Harndrang, Miktionschmerzen, Enuresis) ist erst vom dritten bis vierten Lebensjahr an zu rechnen.

Für die Diagnose entscheidend ist der Harnbefund mit Leukozyturie und Bakteriurie. Bei Verdacht auf einen chronischen Infekt müssen die Befunde auch bei negativem Ergebnis mehrfach kontrolliert werden. Zunächst wird der Spontanurin nach Reinigung des Genitale untersucht; bei älteren Kindern sollte ein Mittelstrahlurin gewonnen werden, bei Mädchen ist manchmal auf einen Katheterurin nicht zu verzichten. Zur Beurteilung der Leukozyturie muß die Leukozytenzahl/mm³ innerhalb der ersten Stunden nach Abnahme bestimmt werden. 10 bis 20 Leukozyten/mm³ gelten als Grenzwert und sind kontrollbedürftig. Zellzahlen über 20/mm³ sind als pathologisch zu bewerten. Bei der bakteriologischen Harn diagnostik werden in der Praxis häufig Suchreaktionen, z. B. mittels des Niturtestes, durchgeführt. Die Gefahr der Methode liegt in falsch negativen Ergebnissen; ein positiver Befund in frisch gelassenem Spontanurin ist beweisend für eine pathologische Bakteriurie. Demgegenüber sind quantitative Keimbestimmungen in der Harnkultur absolut zuverlässig (sofern ein bakteriologisches Labor am Ort und die Transportdauer möglichst kurz ist).

Eine Ersterkrankung mit komplikationslosem Verlauf (d. h. Urinsanierung innerhalb von zwei Wochen) kann in der Praxis behandelt werden. Bei einem Rezidiv ist eine Klinikeinweisung zur weiteren Klärung meist erforderlich. Dort bleibt zu klären, ob eine sogenannte sekundäre Harnwegsinfektion durch Anomalien der Niere oder Abfluß- und Funktionsstörungen der Harnwege durch Mißbildungen oder Konkremente vorliegt.

Die Behandlung der akuten Harnwegsinfektion erfordert Bettruhe, reichliche Flüssigkeitszufuhr und gezielte Chemotherapie. Vor Kenntnis des Erregers ist zur Zeit das Ampicillin das Mittel erster Wahl (täglich 100 bis 150 mg/kg Körpergewicht). Bei Kindern jenseits des sechsten Lebensjahres wird man mit Doxy-



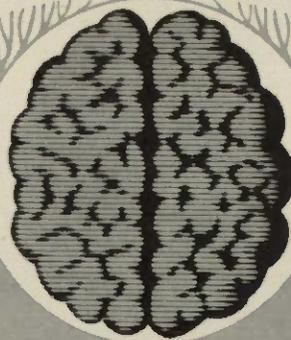
Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie

Dismenol

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

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

**Weil das Mehr
und die "Güte"
der Gesamt-
durchblutung
entscheidend
sind**



Theokal®

**zur
Therapie
peripherer
und zentraler
Durch-
blutungs-
störungen**



**Bilaterale
Gefäß-
aktivierung**

durch Steigerung der Gesamtdurchblutung und Verbesserung der Herzleistung, durch Anregung des Gefäßwand- und Gewebestoffwechsels

Indikationen:

Akute und chronische periphere, zerebrale und koronare Durchblutungsstörungen

Prophylaxe, Therapie und Nachbehandlung von Stenokardien, Angina pectoris, Koronarsuffizienz, Myokardinfarkt, Asthma cardiale, Zerebralsklerose, Apoplexie.

Kombination mit Strophanthin, Digitalis oder Antikoagulantien ist möglich.

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Dosierung:

3 x täglich 2 Dragées bzw. bis zu 3 x täglich 1-2 Ampullen i.v. oder i.m.

Zusammensetzung:

1 Dragée Theokal® enthält:
Cumarin 2,5 mg
Tri-(hydroxyäthyl)-rutin = Troxerutin 15,0 mg
7-(8-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 60,0 mg

1 Ampulle zu 2 ml Theokal® enthält:
Cumarin 3,0 mg
Futinschwefelsäureester-Natriumsalze 50,0 mg
7-(8-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 240,0 mg

Packungen mit
50 Dragées DM 7,60
125 Dragées DM 15,50
5 Ampullen DM 7,75
Klinikpackungen



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

cyclin (Tetracyclin-Abkömmling) beginnen. Die antibiotische Behandlung muß drei Wochen über den Sanierungszeitpunkt des Urins hinaus fortgesetzt werden. Nach einer akuten Harnwegsinfektion sollte der Urin 1,4 und 12 Wochen nach Absetzen der Therapie kontrolliert werden, da in etwa 20 bis 30 % der Fälle mit einem Rezidiv zu rechnen ist.

Die chronische Pyelonephritis hat auch heute noch eine relativ ungünstige Prognose; sie kann lediglich unter einer chemotherapeutischen Langzeitbehandlung in Abhängigkeit von wiederholten Resistenzbestimmungen der Erreger ausheilen. Für ein solches Vorgehen, das sich häufig über ein bis zwei Jahre erstreckt, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis erforderlich.

Primarius Dozent Dr. HASCHEK, Wien:

„Die medikamentöse Therapie chronischer Harnwegsinfektionen“

Der Infektionserreger und das eingesetzte Chemotherapeutikum sind durch Keimtestung, Antibiogramm und Kenntnis der pharmakokinetischen Eigenschaften weitgehend bestimmt. Demgegenüber gibt es noch keine brauchbare Methode zur objektiven Beurteilung der aktuellen Abwehrlage des Patienten. Hieraus ergeben sich viele Mißverständnisse in der Beurteilung und prognostischen Bewertung der chronischen Pyelonephritis zwischen Internisten und Urologen. Aus urologischer Sicht ist auch eine schwere Obstruktionspyelonephritis nach Beseitigung des Abflußhindernisses fast immer sanierbar. Ist der Patient in seinen Abwehrreaktionen gesund, so wird er mit entsprechenden bakteriellen Infektionen selbst fertig, so daß einer antibakteriellen Therapie nur eine unterstützende Bedeutung zukommt. Bei Pyelonephritiden ohne Abflußbehinderung (meist bei Frauen mit Abweherschädigung) werden demgegenüber chronisch rezidivierende Verläufe in der Regel von den Internisten beobachtet. Die eigentliche Ursache der Rezidivneigung ist unbekannt, so daß auch die Entwicklung immer neuer Chemotherapeutika bisher nur zu bescheidenen Verbesserungen der Ergebnisse geführt hat.

Der Verlauf der Obstruktionspyelonephritis wird von Störungen des Harnabflusses und vom Funktionszustand der Nieren beeinflusst. Daraus ergibt sich eine Dreiteilung der Therapiekonzeption:

1. und 2. Kurative Therapie mit den Zielen einer Obstruktionsbeseitigung und endgültigen Sanierung der bakteriellen Infektion bei Patienten mit weitgehend normalen anatomischen Verhältnissen im Harntrakt und ausreichender Nierenfunktion.
3. Suppressiva Therapie, z. B. bei Patienten mit hohem Restharn, schweren Mißbildungen, inoperablen Steinen oder Niereninsuffizienz. Die hierbei fast immer diskordante antibakterielle Behandlung führt trotz Resistenzbildung offenbar zu einer Ab-

nahme der Virulenz der Keime, die dadurch eher einen saprophytären Charakter gewinnen, mit denen der Wirt relativ ungestört leben kann. Bedeutungsvoll ist diese Suppressionstherapie auch bei Dauerkatheterträgern, bei denen eine Infektion nicht ausschaltbar ist, eine entsprechende Medikation jedoch die Gefahr der aszendierenden Pyelonephritis und die Inkrustationsneigung des Katheters deutlich herabsetzt.

Auch das Vorliegen einer höher eingeschränkten Nierenfunktion macht eine kurative Therapie häufig unmöglich. Entscheidend für die erfolgreiche Behandlung der chronischen Pyelonephritis ist die Erzielung ausreichend antibakteriell wirksamer Spiegel am Ort der Entzündung, also im Niereninterstitium. Die antibakteriellen Gewebsspiegel der Niere dürften im Gegensatz zu Ansichten von NAUMANN und HUBMANN nicht ausschließlich vom Blutspiegel (Plasmatranssudat), sondern entscheidend von der Höhe der Harnspiegel (im distalen Tubulus) abhängen. Letztere sind bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz jedoch auch durch hohe Dosierungen nicht mehr zu erreichen.

Kontraindiziert sind bei jeder Niereninsuffizienz Streptomycin, Cycloserin, Colistin, Polymyxin B und Kanamycin. Mit einer Kumulation ist ferner zu rechnen bei Anwendung von Gentamycin (Nephro- und Ototoxizität), Tetracyclinen (starker antianaboler Effekt), Nitrofurantoin (Polyneuritisgefahr) und hohen Penicillindosen (zentral-nervöse Störungen, epileptiforme Krämpfe). In normaler Dosierungshöhe verwendbar sind auch bei Niereninsuffizienz Ampicillin, Chloramphenicol, Cephalosporine (außer Cephalothin – Anmerkung des Referenten), Nalidixinsäure und Kurzzeitsulfonamide.

Professor Dr. W. Ch. HECKER, München:

„Neue Gesichtspunkte zum Kryptorchismusproblem“

Für die fehlgebildete Keimdrüse wird als Sammelbegriff „Maldescensus testis“ empfohlen. Die frühere Stadieneinteilung hat unter dem Gesichtspunkt der Pethobiologie keine Berechtigung mehr. Mit dem „Maldescensus testis“ sind häufig weitere Anomalien kombiniert (in 40 bis 80 % Leistenbrüche, in 7 bis 11 % weitere endokrinologische Abnormalitäten; ein KLINEFELTER-Syndrom ist außerordentlich selten). Dreiviertel aller fehl liegenden Keimdrüsen gelangen über das Stadium des sogenannten ruhenden Hodens nicht hinaus. Bei einseitigem Hodenhochstand wird bei 11- bis 15-jährigen Knaben am skrotalen Hoden eine Degeneration des Keimepithels in so starkem Ausmaß gefunden, daß mit einer Infertilität zu rechnen ist. SHIRAI wies nach, daß beim experimentellen Kryptorchismus die skrotale Keimdrüse den gleichen Schaden erleidet wie die fehl ruhende. Dieser Schaden ist reversibel, wenn der experimentell in die Bauchhöhle verlagerte Hoden nach kurzer Zeit wieder in das Skrotum zurückverlagert wird. Bei einer späteren Rückverlage-

zung sind die Veränderungen irreversibel. Entgegen früheren Ansichten beginnen nach HÖSLI die entscheidenden Veränderungen an der fehl liegenden Keimdrüse (die Reduktion des germinativen Epithels) bereits im dritten Lebensjahr. Konsequenterweise muß deshalb die Durchführung einer Therapie des Hoden hochstandes bereits im zweiten Lebensjahr gefordert werden.

Nicht nur die Tubuli mit dem germinativen Epithel, sondern auch die LEYDIGschen Zellen leiden beim Maldescensus testis. Die dystope Keimdrüse ist 18mal häufiger krebbsgefährdet als ein normaler Hoden. Bei einem 70jährigen Leben ist durch ein kryptorches Testikel in 1,58% mit einer malignen Entartung zu rechnen. Wenn bei einseitigem Kryptorchismus der Hoden nicht in das Skrotum zurückverlagert werden kann, ist er zu entfernen, insbesondere, um den skrotalen Hoden vor einer Schädigung zu schützen.

Für die konservative, hormonelle Therapie gelten folgende Kontraindikationen: Ectopia testis, Leistenbruch und narbig fixierte Hoden. Es sollten nie mehr als 20 000 Einheiten eines HCG-Präparates appliziert werden. Der Erfolg der konservativen Therapie liegt bei 50%. Für die operative Behandlung wird die ausgiebige retroperitoneale Mobilisierung der Samenstränge und des Gefäßbandes sowie die Verlagerung des Funiculus unter die epigastrischen Gefäße empfohlen. Hierdurch konnte bei 89% der Fälle ein gutes anatomisches Resultat festgestellt werden. Eine zeitgerecht in das Skrotum verlagerte Keimdrüse ist in der Lage, ihren normalen Wachstums- und Reifungsprozeß durchzumachen.

Professor Dr. A. SIGEL, Erlangen:

„Hodentorsion“

Die Samenstrangtorsion (Hodentorsion) wird fast ausschließlich bei Neugeborenen und in der Pubertät zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr beobachtet. Die Ursache liegt in anlagebedingten Fehlbildungen des Mesorchiums, die zu einer vermehrten Beweglichkeit des Hodens führt. Durch Torsion des Samenstranges kommt es zu einer Unterbrechung der Blutversorgung des Hodens. Besteht die Strangulation länger als 4 bis 6 Stunden, so wird das sehr empfindliche testikuläre Gewebe irreversibel geschädigt. Eine Hodenatrophie ist fast immer die Folge. Gehäuft werden Torsionen bei Maldescensus testis beobachtet und oft als eingeklemmte Leistenhernie verkannt.

Jedes akute testikuläre Ereignis im Kindesalter (insbesondere im Säuglingsalter und während der Pubertät) ist verdächtig auf eine Hodentorsion. Der Hausarzt ist in der Regel nicht in der Lage, bei einem entsprechenden Beschwerdebild (plötzlich starke Schmerzen und Anschwellung des Hodens, Rötung der Skrotalhaut, Unterleibsschmerzen, Übelkeit und Erbrechen) von einer akuten Orchitis zu unterscheiden. Aus diesem Grunde müssen alle suspekten Fälle einer fachärztlichen Diagnostik zugeführt und binnen 6 bis 8

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

Stunden operativ freigelegt werden. Das Risiko dieses Eingriffes ist sehr gering. Nur auf diese Weise läßt sich der Tatsache begegnen, daß derzeit wahrscheinlich noch mehr als 90% aller Hodentorsionen verkannt werden.

Dr. P. O. SCHWILLE, Erlangen:

„Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Auflösung und Prophylaxe von Harnsteinen“

Die Häufigkeit der Nephrolithiasis ist abhängig vom allgemeinen Wohlstand; während und nach den großen Kriegen wurde sie nur selten beobachtet. Geographische Besonderheiten spielen eine zusätzliche Rolle: In unterentwickelten Gebieten wird eine Häufung der Infektlithiasis, im Vorderen Orient (hohe durchschnittliche Tagestemperaturen, reichlicher Fleischverzehr) besonders die Harnsäurelithiasis und z. B. in den Südstaaten der USA (feuchtheißes Klima mit relativem Mg-Mangel des Trinkwassers) eine Häufung der Oxalatsteine beobachtet. In Europa wie auch in Lateinamerika sind die Kalziumoxalat- bzw. die Ca-Oxalat-Ca-Phosphatsteine mit 38 bzw. 28% am häufigsten, sie werden gefolgt mit 12% von der Magnesiumammoniumphosphat- und mit 11% von der Harnsäurelithiasis.

Für die Entstehung von Nierensteinen ist das Vorhandensein einer organischen Matrix für die Entwicklung eines Steinzentrums sowie das Vorliegen einer mit Mineralien übersättigten Lösung und schließlich das Fehlen von Hemmstoffen wie Pyrophosphat und Magnesium die Voraussetzung. Eine wichtige Rolle spielt das Harn-pH: Harnsäurekristalle fallen vorwiegend im sauren Milieu aus, Kalziumphosphat und -oxalatsteine bilden sich vorwiegend bei alkalischem Harn-pH. Die Nephrolithiasis ist häufig nur Begleitsymptom definierter Erkrankungen, wie z. B. der primären Gicht, des primären Hyperparathyreoidismus, der renalen tubulären Azidose (Morbus ALBRIGHT) oder der Zystinose.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Litholyse ist die sorgfältige Zuordnung eines Steinpatienten zur entsprechenden Gruppe. Dies erfordert einen immer größeren personellen und technischen Aufwand. Oft kann die endgültige Einordnung erst nach einer Konkrementanalyse erreicht werden. Daneben ist die umfassende Kenntnis der Stoffwechselsituation für eine zielgerichtete Prophylaxe und Therapie vonnöten.

Die alleinige diätetische Prophylaxe erscheint in Zeiten des allgemeinen Wohlstandes ungenügend, zumal Steinkranke nicht regelmäßig übergewichtig sind.

Es werden medikamentöse und instrumentelle Möglichkeiten der Litholyse unterschieden. Medikamentös

gelingt die Beeinflussung des Harn-pH; durch eine Hernneutralisierung mit Zitratgemischen lassen sich Harnsäure- und Zystinsteine auflösen, wenn gleichzeitig die Trinkmenge gesteigert wird. Ferner gelingt eine Verminderung der Harnsäureproduktion im Organismus durch eine Allopurinol-Langzeitmedikation. Die Grenzen der medikamentösen Litholyse liegen bei den Trikalziumphosphatkonkrementen, deren Genese häufig große Schwierigkeiten bereitet. Die litholytische Wirksamkeit von oral appliziertem Aluminiumhydroxyd ist umstritten und konnte in der Erlanger Klinik nicht bestätigt werden. Hingegen hat sich die Prophylaxe dieser Steine mittels Ansäuerung und zusätzlicher Aluminiumhydroxyd- und Allopurinolgaben bewährt. Als größte Steingruppe erweisen sich die Oxalatkonkremente einer Lyse nicht zugänglich. Dies liegt einmal an der Unabhängigkeit des Sättigungsproduktes vom Harn-pH, an der Tatsache, daß insbesondere nachts schon beim Gesunden der Urin mit Kalziumoxalat nahezu gesättigt ist, und daß mit dieser Steinbildung häufig eine erhöhte Harnsäureausscheidung verzeichnet wird. Entsprechend einer Mitteilung von SMITH (Durham, USA) und eigenen Erfahrungen ist nun bei entsprechenden Steinträgern unter Allopurinolgabe nicht nur ein Rückgang der Harnsäure-, sondern auch der Kalziumausscheidung im Harn zu verzeichnen. Bemerkenswert ist ferner das Zusammenreffen von Hyperurikosurie, Hyperkalziurie und Hypomagnesiurie. Aus diesen Erkenntnissen scheint sich eine wirksame Oxalatsteintherapie zu entwickeln: Die kombinierte Magnesium-Allopurinolbehandlung, unter Umständen ergänzt durch Vitamin B₆-Substitution und Zitratgemische.

Die verbreitete Grundkonzeption von einer Nephrolithiasis als einer vorwiegend chirurgisch und mittels baineologischer Maßnahmen zu behandelnden Erkrankung hinterläßt beim Patienten den Eindruck eines schicksalhaften Prozesses. Trotz ihrer ätiologischen Vielfalt kann das Nierensteinleiden demgegenüber insgesamt als moderne Zivilisationskrankheit aufgefaßt werden. Da eine vollwertige und beliebig zu verordnende Litholyse bisher fehlt, kommt der Steinsprophylaxe nach wie vor eine überragende Bedeutung zu.

Referent des ersten Tages: Dr. med. Axel Paetzke, Nürnberg

Personalia

Bundesverdienstkreuz für Dr. Dr. Günther

Herrn Ministerialrat Dr. Dr. Otto GÜNTHER, bis 1970 Leiter des ärztlichen Dienstes im Sozialministerium, langjähriger bayerischer Landesgewerbearzt und Präsidiumsmitglied der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, wurde am 23. September von Herrn Staatsminister Dr. PIRKL das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse überreicht.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Rudolf KAISER, Leitender Oberarzt an der I. Frauenklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Köln ernannt.

apl. Professor Dr. med. Max-Michel FORELL, bisher wiss. Oberassistent an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum Chefarzt der Abteilung für Gastroenterologie am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing ernannt.

apl. Professor Dr. med. Erwin KÖNIG, bisher Oberarzt an der I. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, wurde zum Chefarzt der Abteilung für Kardiologie dieses Krankenhauses ernannt.

Privatdozent Dr. med. Peter DIETERLE, bisher wiss. Assistent an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum Chefarzt der Abteilung für Stoffwechselerkrankungen und Endokrinologie am neuen Städtischen Krankenhaus München-Perlach ernannt.

Privatdozent Dr. med. Heinz Horst EDEL, bisher wiss. Assistent an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum Chefarzt der Abteilung für Nephrologie am Städtischen Krankenhaus München-Harlaching ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans-Henning von ALBERT ist auch nach seiner Umhabilitierung an die Universität Ulm weiterhin Chefarzt der neurologischen Abteilung am Nervenkrankenhaus Günzburg (Ergänzung der Mitteilung in Heft 7/1971, Seite 689).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Hans-Martin BECKER für „Chirurgie“;

Dr. med. Jochen EIGLER für „Innere Medizin“ (bisher Universität Köln);

Dr. med. Karleckehard KAZNER für „Neurochirurgie“;

Dr. med. Georg LOESCHKE für „Anästhesiologie“;

Dr. med. Ludwig RAITH für „Innere Medizin“;

Dr. med. Karl WELSCH für „Chirurgie“.

em. o. Professor Dr. med. Werner LEIBBRAND wurde mit dem Orden „Officier de l'Ordre des Palmes Académiques“ vom französischen Staat ausgezeichnet.

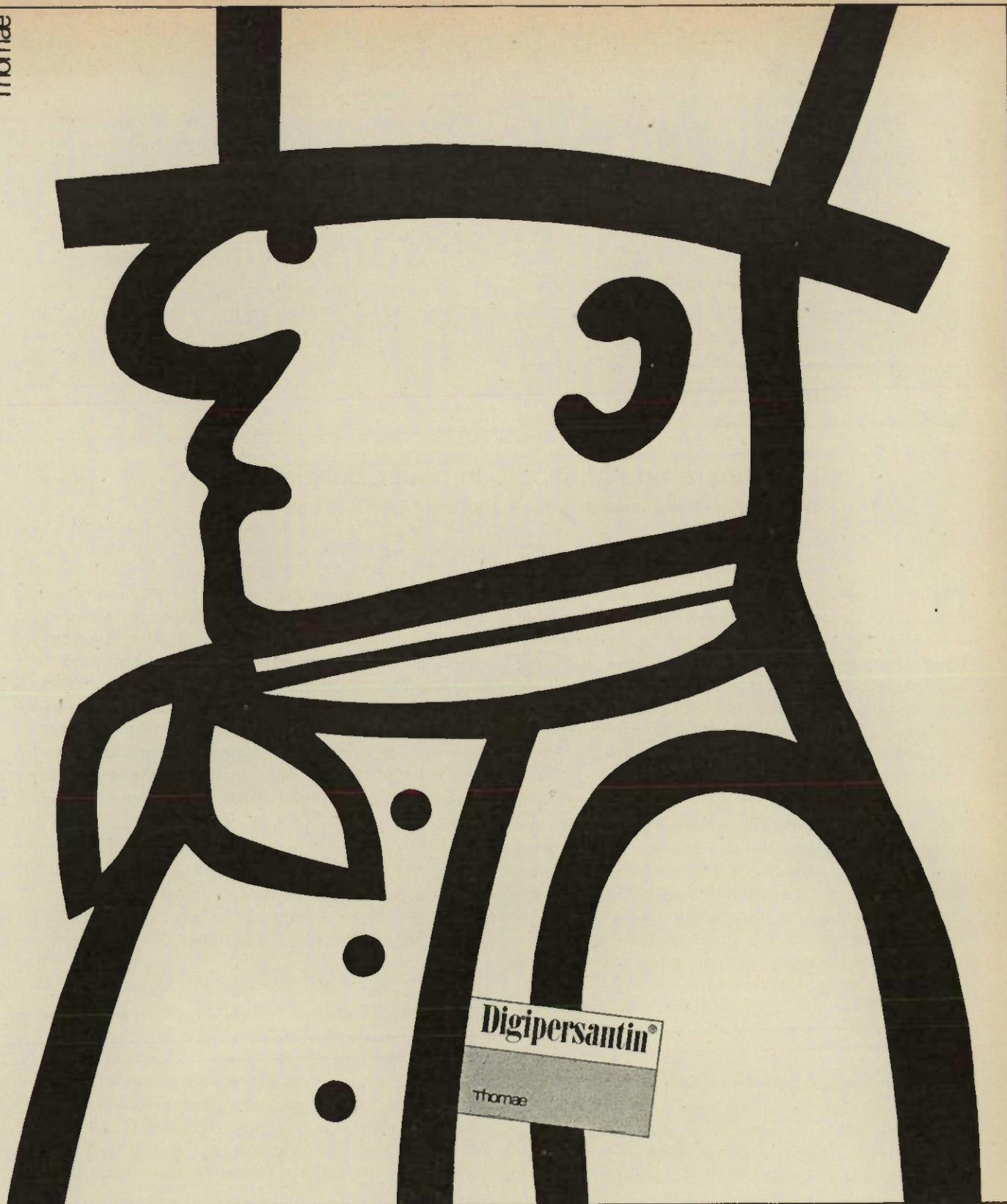
Würzburg

ao. Professor Dr. med. Dieter WYSS, Vorstand des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Friedrich SCHRÖPL wurde zum „außerplanmäßigen Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. rer. nat. Ludwig HEILMEYER für „Physiologische Chemie“;



Mit Digipersantin® schafft es das Herz

Persantin® und Digoxin:
mehr als eine
Digitalis-Behandlung
der Herzinsuffizienz

Indikationen: Alle Formen der Herzinsuffizienz.

Zusammensetzung: Digipersantin 1/8: 2,6-Bis(diäthanoolemino)-4,8-dipiperidino-pyrimido [5,4-d]pyrimidin 25,0 mg, Digoxin 0,125 mg. Digipersantin 1/4: 2,6-Bis(diäthanoolemino)-4,8-dipiperidino-pyrimido [5,4-d]pyrimidin 25,0 mg, Digoxin 0,25 mg.

Zur Beachtung: Fieber, Hyperthyreose, fortgeschrittene Stadien der Insuffizienz und stark vergrößerte Herzen erfordern relativ hohe Dosen. Mit erhöhter Glykosid-Empfindlichkeit muß dagegen bei alten Menschen, bei Cor pulmonale, bei Infarktpatienten und bei schwerer Koronarsklerose gerechnet werden. Für niedrige Erhaltungsdosen eignet sich besonders Digipersantin 1/8; ferner für jene Fälle, in denen höhere Persantin-Tagesdosen erforderlich sind.

Handelsformen: Digipersantin 1/8: Originalpackungen mit 20, 50, 100 Dragées DM 5,25, 11,75, 21,00 lt. AT. Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 20, 50, 100 Dragées DM 5,75, 13,10, 23,35 lt. AT, Klinikpackungen.

Dr. med. Lucius MAIWALD für „Innere Medizin“;

Dr. rer. nat. Hans-Günther NEUMANN für „Biochemische Pharmakologie und Toxikologie“;

Dr. med. Ulrich PFEIFER für „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“.

Privatdozent Dr. med. Günther HAUCK, wiss. Oberassistent am Institut für Physiologie, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

o. Professor Dr. med. Dieter HENSCHLER, Vorstand des Instituts für Toxikologie und Pharmakologie, wurde

für weitere fünf Jahre in den WHO Expert Advisory Panel on Insecticides gewählt.

o. Professor Dr. med. Heinrich SEELIGER, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie, wurde mit dem Offiziersrang des Mono-Ordens (Ordre du Mono) vom Staatspräsidenten der Republik Togo (Westafrika) ausgezeichnet.

Privatdozent Dr. med. Hubert FROHMÜLLER, Leiter der Urologischen Abteilung, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie für das Amtsjahr 1971/72 gewählt.

Aus aller Welt

Medicare and Medicaid in neuer Entwicklung

Die staatliche Gesundheitsfürsorge in USA steht vor neuen Entscheidungen

von W. Schweisheimer

„Wenn wirklich staatliche Preisfestsetzungen für ärztliche Behandlungen eingeführt werden, so ist es wohl nur recht und billig, daß sie auch für Installateure, Baumeister usw. kommen sollten.“ Diese Äußerung von Dr. Jack Schreiber in Youngstown, Ohio, einem langjährigen Sachverständigen auf dem Gebiet gesundheitlicher Finanzwirtschaft, ist kennzeichnend für die Entwicklung auf diesem Gebiet, die im amerikanischen Kongreß in Vorbereitung ist.

Der Grund für wachsende Besorgnisse auf diesem Feld ist im wesentlichen in einer einzigen Ziffer gelegen. Medicare (staatliche Fürsorge für Personen über 65 Jahren) und Medicaid (dasselbe für unbemittelte Patienten) sind sozialmedizinisch ein großer Erfolg, aber sie sind weit kostspieliger, als ursprünglich angenommen wurde. Die staatlichen Ausgaben für beide Systeme betragen im laufenden Jahr schätzungsweise 10 Milliarden Dollar. Eine Steigerung auf 20 Milliarden wird bis zum Jahr 1975 erwartet, wenn nicht durch neue Gesetze eine Minderung dieser Ausgaben eintritt.

Was bietet das Medicare-Gesetz heute?

Das Medicare-Gesetz zerfällt in zwei Teile, Teil A und Teil B. Der Teil A ist vornehmlich eine Versicherung für Krankenhausaufenthalt. Der Teil B beruht auf der freiwilligen Leistung des Patienten; sein Hauptziel ist Begleichung der ärztlichen Kosten.

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus in den großen amerikanischen Städten kostet heute nahezu 100 Dollar pro Tag. Dieser Satz, so wird erwartet, wird sich bis 1975 verdoppeln auf rund \$ 200 pro Tag.

Teil A von Medicare

Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes werden zum überwiegenden Teil von der Social Security Admini-

stration (SSA) getragen. Der Patient (65 Jahre und darüber) hat die ersten 44 Dollar selbst zu bezahlen. Alles andere wird für 60 Tage von der SSA übernommen. Vom 61. bis zum 90. Tag des Krankenhausaufenthaltes übernimmt der Patient \$ 11 pro Tag für Krankenhauskosten. Dazu kommt noch eine „Lebenszeit-Reserve“ von 60 zuzüglichen Krankenhaustagen. Man kann sie oder einen Teil davon benützen, wenn der Patient länger als 90 Tage im Krankenhaus ist. Für diese zusätzlichen Tage hat der Patient pro Tag \$ 22 zu bezahlen.

Zu den Krankenhauskosten gehören nicht nur Raum und Verpflegung, Schwesternpflege und Arzneien, Behandlung, sondern auch Laboratoriumsteste, Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramm usw., die heute bei gewissenhafter Behandlung als unentbehrlich gelten.

„Extended Care“

Ein Patient, der mindestens drei Tage im Krankenhaus zubrachte, kann dann von dort zur Weiterbehandlung in ein Fürsorgeheim, Altersheim, Sanatorium oder eine ähnliche Anstalt entlassen werden. Die Fürsorge dort kann bis zu 100 Tagen ausgedehnt werden. Medicare übernimmt alle Kosten für die ersten 20 Tage von „extended care“. Für die weiteren 80 Tage hat der Patient selbst einen Tagesbeitrag von \$ 3,30 zu übernehmen.

Behandlung bei „extended care“ muß von dazu autorisiertem Gesundheitspersonal durchgeführt werden. Der Patient kann dieser Fürsorge auch teilhaftig werden, wenn er sie im Lauf von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Hospital aufsucht.

Medicare übernimmt weiter die Kosten für 100 Besuche von Schwestern und anderem Krankenpflegepersonal im Heim des Patienten, wenn sie nach drei-

tägigem Krankenhausaufenthalt im Verlauf desselben Leidens nötig werden. Ein Arzt oder die Gesundheitsbehörde muß diese Notwendigkeit bescheinigen.

Nicht enthalten in Medicare A sind: die Arztkosten (sie kommen in Teil B zur Sprache); Kosten für Privatschwester; Kosten für die ersten drei 1/2 l Blut, die im Krankenhaus für Transfusionen gebraucht werden; Kosten für Telefon oder Fernsehapparate, die auf Wunsch des Patienten ihm im Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Teil B von Medicare

Medicare B beruht auf der freiwilligen Leistung des Patienten. Er entrichtet dafür eine ständige Monatsgebühr von 4 Dollar. Dafür bekommt er 80 % der „angemessenen“ (reasonable) Arztrechnungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses ersetzt. Die ersten 50 Dollar für ärztliche Dienstleistungen hat der Patient selbst zu tragen.

Ferner wird ein Teil der Kosten für Behandlung geisteskranker Patienten von Medicare getragen.

Die Teilnehmer an diesem freiwilligen Ergänzungsprogramm erhalten auch die Schwesternpflege und Krankenhaustechniker-Hilfe im eigenen Heim frei, ohne daß hier die Einschränkung zutrifft, wonach sie vorher mindestens drei Tage im Krankenhaus gewesen sein müssen. Medicare übernimmt bis zu 100 solcher Heimbesuche im Jahr, wenn der behandelnde Arzt sie als nötig bezeichnet. Auch Verbandstoffe, künstliche Glieder, künstliche Augen werden von Medicare B übernommen, das Mieten eines Hospitalbettes oder eines Rollstuhls, Röntgentherapie und andere Strahlenbehandlung.

Nicht übernommen werden von Medicare B folgende Einzelheiten: Ärztliche Untersuchungen nur zu Routinezwecken; Medikamente; das Verschreiben von Brillengläsern; Hörinstrumente; Immunisierungen; Gebisse und zahnärztliche Behandlung (dagegen werden gewisse Operationen von Medicare übernommen, die mit Zahnpflege in Zusammenhang stehen); orthopädische Schuhe; ärztliche Hilfeleistungen, die außerhalb des Gebietes der USA stattfinden.

„Angemessene“ Arzthonorare

Eine Komplikation für die Patienten bedeutet es, daß die Ärzte die Wahl haben, an wen sie ihre Rechnungen für Medicare-Patienten senden wollen. Sie können sie an die SSA-Stellen senden, oder direkt an ihre Patienten, und diese bekommen den pflichtigen Teil von den SSA-Stellen rückvergütet — oder von einer anderen Versicherungsagentur wie „Blue Shield“. Letzteres Verfahren wird von der „American Medical Association“ und anderen Ärzteorganisationen vorgezogen; hier bezahlt also der Patient direkt den Arzt.

Der Arzt kann mit zahlungsfähigen Patienten höhere Sätze vereinbaren. Aber ersetzt werden von Medicare nur 80 % des „angemessenen“ Honorars. „Reasonable“, das bedeutet, was in einem bestimmten Teil

des Landes die übliche Arztgebühr ist. Diese Sätze sind in New York oder Kalifornien erheblich höher als auf dem Land im mittleren Westen. Ein „angemessenes“ Honorar, das von den Gesundheitsbehörden anerkannt wird, kann daher verschieden hoch sein, je nach der Gegend.

Hier ein Beispiel: Wenn die Rechnung des Arztes an den Patienten 20 Dollar beträgt und wenn der Betrag von Medicare als „angemessen“ betrachtet wird, so hat der Patient davon nur 4 Dollar selbst zu bezahlen. 16 Dollar bekommt er von Medicare rückerstattet, wenn er den Arzt selbst bezahlt hat. Wenn jedoch die Arztrechnung 40 Dollar beträgt und Medicare hält nur 20 Dollar für „angemessen“, so hat der Patient von dieser Arztrechnung 24 Dollar selbst zu tragen.

Vorgesehene Änderungen

Von allen beteiligten Stellen wird Medicare als großer sozialer und sozialmedizinischer Erfolg betrachtet, nicht zuletzt von den über 65jährigen Patienten. Auch die Ärzteschaft hat sich nach anfänglichem Widerstreben mit der Handhabung von Medicare im wesentlichen angefreundet.

Die großen Kosten, die mit Medicare und Medicaid verbunden sind, haben dazu geführt, nach verbilligenden Abänderungen der bisherigen Regelung zu suchen. Regierungen und Kongresse bemühen sich, solche Wege zu finden, und auch die Ärzteschaft macht ihre eigenen Vorschläge auf diesem Gebiet. Es ist zur Zeit nicht ersichtlich, welche der vorgeschlagenen Wege schließlich eingeschlagen werden. Aber sicher ist, daß in naher Zukunft grundsätzliche Änderungen durchgeführt werden sollen.

Änderungen in Medicaid

Auf dem Gebiet von Medicaid sind Änderungen unvermeidlich. Es sei darauf nur kurz hingewiesen. Medicaid ist die sozialmedizinische Fürsorge für unbemittelte Patienten, ohne Rücksicht auf das Alter. Die Bestimmungen und Leistungen sind verschieden in den einzelnen Staaten der Union; zum Teil haben die Regeln Ähnlichkeit mit Medicare-Regulierungen.

Die „American Medical Association“ (AMA) hat bei dem wichtigen House Ways and Means Committee des Kongresses den Antrag gestellt, die Medicaid-Organisationen vollkommen aufzulösen. Sie soll ersetzt werden durch ein System von individueller, privater Krankenversicherung, das von der Federalregierung finanziert wird. Es ist das nur der Beginn einer Entwicklung, die von verschiedenen Interessentengruppen in sehr verschiedener Weise angegangen wird.

Ziele der Gesundheitsbehörden

Ein neuerdings betontes Ziel ist es, präventive Medizin in den Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung zu bringen, sowohl zur Verhütung von Krankheiten wie zur frühzeitigen Behandlung beginnender Leiden. Auch das kostet Geld, aber Sachverständige

sind sich darüber einig, daß es billiger ist als „Chirurgia und Krankenhaus“.

Das Department of Health, Education und Welfare (HEW), dem diese Probleme unterstehen, hat eine Reihe von Leitsätzen herausgegeben, in welcher Richtung vorgesehene Änderungen sich bewegen sollen.

Es sind vor allem folgende:

Es sollen alle Schritte unternommen werden, um schwere Erkrankungen zu verhüten, z. B. regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen, geeignete Immunisierung usw.

Kranke Personen sollen so früh wie möglich zur Behandlung kommen, damit ein Weiterschreiten zu schweren Zuständen vermieden wird.

Jeder vermeidbare Krankenhausaufenthalt sollte vermieden werden.

Gesundheitliche Dienstleistungen sollten möglichst von ein und derselben Organisation in einer gut koordinierten Form durchgeführt werden.

Anstreben einer Allgemeinversicherung

Das Streben nach Krankenversicherung für jedermann durch den Staat geht weiter. Senator Edward Kennedy (Bruder des ermordeten Präsidenten) und 14 andere Senatoren haben einen Gesetzentwurf im Senat eingebracht, der dieses Ziel durch ein „Health Security Program“ zu erreichen sucht. Die Kosten dafür würden mit 40 Milliarden Dollar pro Jahr berechnet. Das soll finanziert werden zu 40 % durch Föderalsteuern, zu 35 % durch eine 3,5prozentige Lohnsteuer und zu 25 % durch eine 2,1prozentige Steuer auf individuelle Einkommen. Bei diesem Plan würden alle Krankheitsausgaben bezahlt mit Ausnahme der Behandlung von Geisteskranken; Zahnbehandlung, Rekonvaleszenzheimen und gewisse Medikamente und medizinische Apparate.

Der Zug zu staatlicher Allgemeinversicherung ist, was auch in nächster Zeit geschieht, unverkennbar.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schwelshheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10580

Feuilleton

Auf Wilhelm Leibls Spuren

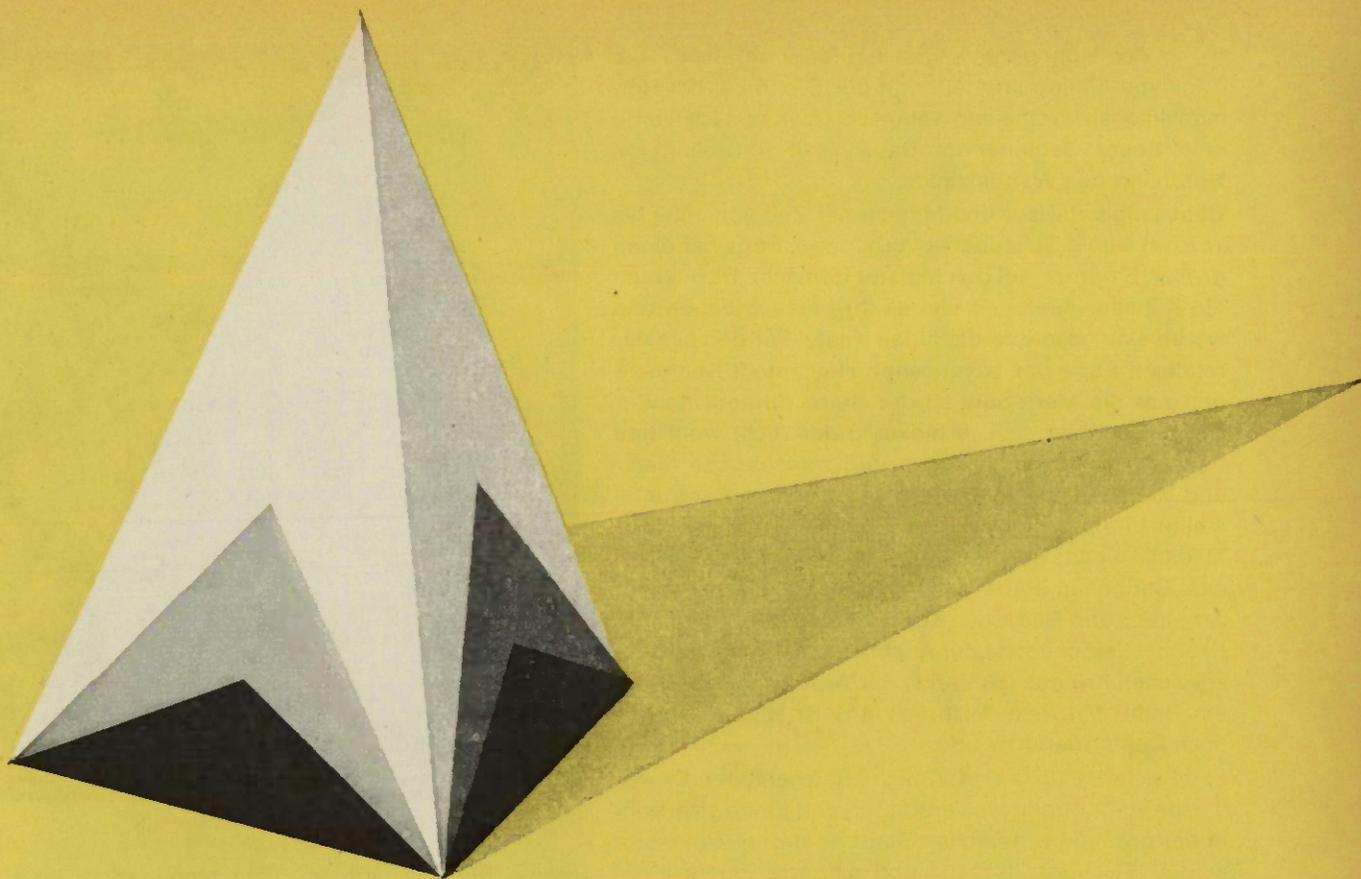
von Armin Jungling

Wilhelm Leibl, zu Köln am 23. Oktober 1844 geboren, war in sozialer Umbruchzeit aufgewachsen und in Bismarck-Wilhelminischer Zeit großgeworden. Er blieb ein Mensch und Künstler, der seiner Zeit um fast zwei Menschenalter voraus war. Eigentlich hätte er schon zu Lebzeiten ein Großes der Kunst sein können. Es war ihm alles gegeben: Aufschlag, Anerkennung, Geld und Gut. Aber er konnte mit all dem wenig anfangen. Er blieb ein Skeptiker, ein Einsamer, ein Bescheidener, ein Naturmensch.

Es geht wohl vielen Künstlern so, daß sie von ihrer Zeit verkannt werden. Oft ist bei ihnen die Folge dann materielle Not und ein unbefriedigendes Dasein. Bei Leibl traf dies nicht zu. Die Kritik der Artgenossen und Mitkünstler war wohl oft hart; aber das große Publikum sah schon bei Lebzeiten in Leibl einen Malerkönig, der das, was er produzierte, meist schnell und gut verkaufte. Über Zeichnungen und Radierungen formte er sich zum Portraitmaler. Nur in einem einzigen Bild, dem Jägerbild des Anton Perfall, zeigte er uns, daß er auch Landschaft zu malen verstand. Leibl war ein Künstler, der schon früh seine Gönner fand, die ihm seine Produkte fürstlich honorierten. In seiner Zeit konnte ein Künstler, wenn er 43 000 Goldmark für ein Bild erhielt, davon lange leben. Vor allem dann, wenn einer so genügsam lebte wie Leibl.

Er ging wie viele heute lebende Menschen in seiner Lieblingsbeschäftigung, dem Sport — der Athletik — und in der Jagd auf. Sie waren ihm Gegenpol und Gewicht gegen Intrigen der Zeit und gegen die Einsamkeit des selbstgewählten Lebens. So finden wir ihn als Menschen langsam, aber doch zufrieden. Er lebte wie ein Kern in einer Schale, nach außen durch eine harte Kruste geschützt und abgeschirmt. Das Schicksal gab ihm Johannes Sperl als treuen Freund, Kritiker und Malkameraden mit auf den Lebensweg.

Durch Zufall kam mir das Wilhelm-Leibl-Buch von Dr. Julius Mayr in die Hände. Ich las es in einem Zug durch, und mit dem Lesen kam die Begeisterung für den Menschen und Maler Leibl in mir auf, die mich seither nicht mehr verlassen hat. Ich besorgte mir eine Karte von Oberbayern und erlebte in Gedanken die Stationen dieses Menschen gleichsam mit dem Finger auf der Karte mit, den getreuen Biographen Mayr als Wegwaiser. Und dann stiegen all die Orte in meiner Phantasie auf: Köln als Geburtsstadt des Künstlers und seine dortige Jugendzeit, seine Lehr- und Wanderjahre an der Akademie in München, seine Pariser und Münchener Bohemienzeit, das Erlernen von Landschafts- und Erdgebundenheit in Graßling im Dacheuar Moos. Ich erlebte seine Unterschondorfer und Holzener Zeit mit. Ich war in Gedanken mit ihm in Berbling,



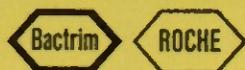
Angina,
Sinusitis,
Bronchitis,
Pneumonie,
Cystitis,
Pyelonephritis,
Darminfektionen.

BACTRIM[®] ROCHE
BACTRICID

Keimvernichtung durch
Doppelblockade

schnell, sicher, stark

Bactrim Roche: Trimethoprim + Sulfamethoxazol



Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

Packungen und Preise:

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

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

wo er den Höhepunkt seiner Laufbahn erreichte. Die Tage von Aibling im Atelier an der Glonn bei der Hofmühle zogen vor meinen Augen vorüber, und ich wurde sein treuer Begleiter im Bauerndorf Kutterling am Nordhang des Wendelsteins.

Über Leibls Pariser und Münchener Zeit von 1869 bis 1873 ist wenig Schaubares vorhanden. Paris hat einen großen Eindruck auf den Meister gemacht. Dort lebten die Künstler ihrer Zeit voraus ihr eigenes Leben und waren eine gesellschaftsfähige Kaste. Für den aus der relativen Enge der bayerischen Hauptstadt Kommenden war die Metropole an der Seine ein leuchtender Stern. Er fühlte sich in dieser Stadt recht wohl und hatte Anschluß an deutsche und französische Maler und Künstler. Mit ihrer Hilfe konnte er in Paris ausstellen und bekam im Pariser Salon die große goldene Medaille für das Bild der Frau seines Münchener Freundes Gedon. In Paris selbst entstanden zwei seiner Arbeiten: das Bild der „Kokotte“ und der „alten Pariserin“. Leider setzte der Ausbruch des Deutsch-Französischen Krieges (1870–71) der Arbeit in dieser Stadt ein Ende. Mit dem Ausbruch des Krieges kehrte er nach Deutschland zurück.

Leibl siedelte 1870 wieder nach München über. Er war dieser Stadt irgendwie verbunden und fühlte sich wohl in der großen bürgerlichen Stadt. In dieser Zeit malte er die „Tischgesellschaft“ und mehrere Portraits. Er hielt gute Künstlerkameradschaft und verkehrte viel im Orlando di Lasso und bei Lettenbauer. Auch das Café Probst in der Neuhauser Straße war sein bevorzugter Aufenthaltsort.

Die Umgebung Münchens begann in ihrer damaligen Unberührtheit und ihrer ländlichen Schönheit den ersten Eindruck auf den Künstler zu machen. Als er 1871, bei der Trauung seines Bruders Ferdinand, das Kloster am Walchensee besuchte, lernte er die herbe Schönheit dieses oberbayerischen Sees kennen. Auch in der Gegend um den Starnberger See weilte er öfters. Er ging viel auf die Jagd und verkehrte in Münchener Turnerkreisen, wo er dem Kraftsport oblag.

In diesen Jahren bildete sich über den Maler Karl Schuch eine Art „Leibl-Kreis“ heraus. Die Mitglieder dieses Kreises kamen in Bernried am Starnberger See zusammen. Zu ihnen gehörten die Maler Trübner und Diez. Gerade Trübner war es ja, der ihm zwanzig Jahre später den Weg zu Erfolg und Geldsorgenfreiheit ebnete. In Bernried entstand damals ein ausgeprägter Leiblstil. Besonders gepflegt wurde die Art der Malweise von dem Deutsch-Amerikaner Frank Duvenek. Diese Malschüler gingen als die „Duvenek-Boys“ in die Kunstgeschichte ein. Die Rivalität mit Piloty, der damals die Münchener Akademie an der Neuhauser Straße leitete, war ein Zeichen dafür, daß schon immer in der Kunst fremde Anerkennung eine neidlose Kameradschaft störte.

1873 siedelte Leibl nach Graßlfing an der Amper über. Die zwei folgenden Jahre waren die glücklichsten in Leibls Künstlerleben. Ganz der Einsamkeit des Da-



Der Jäger (Frhr. von Perfall)*

chauer Moores und der Jagd hingegeben, fand der Künstler zu sich selbst.

J. Mayr schreibt über diese Jahre in der Stilistik seiner Zeit: „Leibls Künstlertum beruht ganz auf seiner physischen Persönlichkeit. Eine glückliche Mischung süd- und mitteldeutschen Blutes hatte ihn zu einem rasseechten Germanen gemacht. Knorrig und doch lenksam, in Muskeln und Knochen, rauh in Stimme, mit dem Gang eines Keulenträgers, war ihm dennoch ein feiner, vornehmer Schnitt des Antlitzes zu eigen, und die klaren blauen Augen schauten fast kindlich in die Welt hinein.“

Die zwei Graßlfinger Jahre 1873 und 1874 bildeten den Ausgangspunkt für Leibls Bauernmalerei. Damals war das Dorf ein kleines Nest von einigen Häusern und ein paar hundert Einwohnern. Es gehörte zur Gemeinde Geiselbullach und zur Pfarrei Emmering im Bezirksamt Bruck. Die meisten Häuser lagen zerstreut im Moor. Der Ort beherbergte ein Vorwerk des Staatlichen Remontedepots Bruck, die Schwaige genannt. Kommt man heute in die Gegend, so hat die Siedlung nichts mehr von der Einsamkeit Leiblscher Jahre an sich. Das einst große Dachauer Moos ist heute kultiviert, und die Großstadt München drückt mit Landhäusern und Bungalows bis hier heraus. Die Gegend ist ein Vorort der Millionenstadt München. Aber die Stille und Ruhe des nahen Moores, das ruhige Fließen des breiten, wasserreichen Amperflusses gibt auch heute noch uns gequälten Städtern ein beschauliches Gefühl vergangener Geborgenheit.

*) Mit freundlicher Genehmigung des Verleges F. Bruckmann KG, München

Mit dem Kooperator Blank von Emmering und der Herrschaft des Schloßleins Geiselbullach hielt Leibl gute Freundschaft, ersterer sollte für Leibl später eine wesentliche Bedeutung erlangen, als Blank Pfarrer in Berbling wurde.

1875, nach zwei geruhsamen Jahren in München, zog Leibl nach Unterschondorf am Ammersee. Er wohnte bei einem Fischer. Sein Lieblingssport war damals das Segeln. Viele Stunden verbrachte er auf dem Wasser. Von den Hügeln über dem Dorf schweift wie eh und je der Blick über den See gegen die Bayerischen- und Allgäuer Berge, deren markante Silhouetten die Zugspitze krönt. Über walddreichen Höhen steht der Hl. Berg mit dem Kloster Andechs. An manchen Föhn- tagen sind die Berge zum Greifen nahe. Das Blau der Wälder und die Formen der Berge haben sich an solchen Tagen in den hundert Jahren kaum verändert. Man kann Leiblsche Gefühle heute so erleben wie damals. Auch das Schloß des Freiherrn von Perfall in Greifenberg liegt noch über den Hügeln hinter den Wäldern nach Westen zu.

All dieser Einklang von Natur und Menschen war Leibl hier gegeben. Und so war es nicht verwunderlich, daß er sich in die Wirtstochter verliebte und beinahe der Versuchung einer ehelichen Bindung erlegen wäre. Die Jagd auf Taucherenten war hier am See seine große Leidenschaft. Am Ammersee malte der Künstler eines seiner bedeutendsten Bilder „Der Jäger“. Der Dargestellte war sein Jagdfreund Anton Freiherr von Perfall. Gerade dieses Bild zeigt uns, daß Leibl auch etwas von einem großen „Landschaffer“ in sich hatte.

1876 malte Leibl in Schloß Holzen das Bildnis der Gräfin Treuberg. Hier verlebte er die Zeit eines genußreichen Schloß- und Jägerlebens. Schloß Holzen ist heute „Kloster Holzen“, zur Gemeinde Allmannshofen, Kreis Wertingen gehörig. Nach dem ersten Weltkrieg kaufte die St.-Josefs-Kongregation in Ursberg das Schloß vom Grafen Treuberg. Das Kloster wird jetzt von Nonnen geführt, ihm ist ein Altersheim angeschlossen.

Ein Zufall führte Leibls Bahn ins Alpenvorland. Kooperator Blank von Emmering war Pfarrer von Berbling bei Aibling geworden. Der Freund überredete ihn, sich die Gegend einmal anzusehen, und sie und ihre Menschen gefielen Leibl so, daß er dorthin übersiedelte.

Es war ein goldener Novembertag, als wir uns Kutterling näherten. Gelbe Birken und grüne Tannen standen seitlich neben der Straße in den Filzen, deren Braun einen herben Kontrast zu den bunten Farben des Herbstes bildete. Über den Nordhängen der Berge lagen noch Nebelschwaden, die die Sonne nur zögernd auflöste. Langsam fuhren wir auf der Straße, hielten an und genossen die Landschaft. Hier in dieser Gegend waren sie ja oft in dieistündigem Marsch von Kutterling nach Aibling gewandert, Wilhelm Leibl und sein Freund Johannes Sperl. Kutterling bestand vor hun-

Bayerisches Ärzteblatt 10/71

Bei pectanginösen Beschwerden

zur Prophylaxe und Therapie von Angina pectoris nervosa, Stenocardien und Altersherz.



**Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. in 100 Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Visci albi 55 40 g, Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 15 g, Tinct. Strophanthi 4 g, Chloral. hydrat. 1 g, Nitroglycerin. sol. (1:100) 0,4 g, 1 Drag.: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Visci albi 10 mg, Papaverin. hydrochlor. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

Flasche mit 25 g DM 3,45 · Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragées DM 3,45 · 60 Dragées DM 4,75

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 65, Tegeler Straße 14
Schrifttum und Muster von Esdesan cum Nitro erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)



**AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN**



Foto: H. Müller-Brunke, Grassau

Das Leibl-Haus in Kutterling

dert Jahren aus ein paar Häusern, und alle Gegenstände des täglichen Bedarfs mußten aus der Stadt Aibling geholt werden und auf dem Rücken oder in der Hand durchs Moor getragen werden. Die große Straße Feilnbach-Aibling, die heute gut geteert das Moor durchschneidet, war nur ein kleines „Straßerl“, und dazu gingen die beiden Freunde ja meist den Abschnelder über Wiechs und die Moosmühle über Eulenau nach Aibling. Ab 1897 fuhren sie dann mit der neu erbauten Bahn von Feilnbach nach Aibling.

Wir standen also am Wegesrand und sahen uns die Moorgegend mit ihren Gräben, schütterten Wäldchen und einzeln stehenden Birken und Erlen an. Dann fuhren wir weiter nach Kutterling. Der Weiler besteht auch heute nur aus einigen wenigen Häusern ohne Kirche und Wirtshaus. Wohl hat die Neuzeit schon Einzug gehalten, und eine geteerte Straße führt ins Dorf, das sich geraniengeziert mit frisch lackierten Balkonen an seinen umgebauten, fremdenzimmerspickten Häusern dem Ankömmling präsentiert.

Die Frage nach dem Leiblhaus wurde von dem mit einem elektrischen Mistgreifer beschäftigten Bauern unwirsch beantwortet und so merkwürdig beschrieben, daß wir erstaunt waren, schon kurz darauf zwei Grundstücke weiter vor dem gesuchten Objekt zu stehen.

Eine große Hecke umgibt das Haus. Eine an einem Balken befestigte Glocke tönt laut und fordernd in den frühen Morgen. Während wir noch wartend stehen, erscheint fahrradbewehrt der Postbote und nimmt uns mit hinein in den Garten. Es erscheint im Haustürrahmen eine grauhaarige Frau und ist ob unseres Besuches und unseres vorgetragenen Wunsches durchaus nicht erbost. Vielmehr strahlt ihr gütiges, weises Gesicht eine fast Leiblsche Erhabenheit aus. Die Haus-

besitzerin des früheren Leibl-Hauses ist die Frau Kammerbauer. Schon seit der Zeit nach dem ersten Weltkrieg haben sie und ihr Mann, der in der Zwischenzeit verstorben ist, das Haus erworben, und sie pflegt es noch als einen Schatz, rührend und besorgt.

Wir stehen vor dem Haus, das dem Meister Leibl 1892 bis 1900 stille Klausel, Heim und Herd war. Hier war er ganz der Mensch, der so anders war als seine Malerkollegen. Waren wir doch damals in der Zeit der Makart und Stuck. Es war die Zeit, die ihm den abträglich gemeinten Namen „Bauernmaler“ einbrachte, der ihm blieb. Zwei große Tannen stehen heute an der Giebelseite des bayerischen Oberlandhauses. Es liegt ganz im Grünen, zur Straße hin durch eine hohe Hecke abgeschirmt. Der Anger rund ums Haus ist mit Obstbäumen bestanden. Holunderbüsche wachsen um die Mauern und strecken ihre schwarzen Beerendolden jetzt in dieser Herbstzeit bis in die Fenster hinein. Eine breite Laube umzieht im ersten Stock das Haus, dessen Obergaden ganz aus Holzstämmen gezimmert ist.

Die Fenster sind klein, aber wohlproportioniert. Die Säulen, die von den Lauben zu den Fußpfetten ziehen, sind schön geschnitzt und gut erhalten. Auch die Jahreszahl über der Obergadentür ist gut erhalten. Die Zahl 1765 ist umrahmt von den Buchstaben KOTOS-NHSNHSPFMH, eine Inschrift, die bis heute ihr Geheimnis birgt.

Es liegt ein dämmriges Grün um das Haus, und es paßt gut in die Verlassenheit, die heute um den Menschen Leibl zu spüren ist. Hier ist wohl der einzige Ort, wo seine Erinnerung noch gegenwärtig gepflegt wird. Hier über diesen Boden ging er, dies Land und seine Menschen liebte er.

In fränkischer Mundart erläutert uns die Besitzerin ungezwungener, liebenswerter, menschlicher Art die Reliquien des Hauses. Rechts vom Eingang ist die Wohnstube. Sie wurde nach Leibls Tod der Stadt Köln vermacht, die diese Stube im Wallraf-Richartz-Museum aufstellen wollte, aber sie später der Stadt Aibling vermachte, die sie in ihr Heimatmuseum einbaute, in dem sie heute noch ihren Ehrenplatz hat.

Mit dem Verkauf war der Vertrag verbunden, eine Nachahmung aller Gegenstände, selbst der Böden und Holzdecken, die die Stube barg, auszuführen und wieder einzubauen.

Die Stube atmet trotz ihrer Nachkonstruktion Leiblsche Luft und Atmosphäre. Es fehlte nicht die Hühnersteige unter der Bank neben dem Ofen, nicht die Staffelei und der Aufgang zum ersten Stock, der als Wandschrank getarnt war.

Hinten rechts im Hause war früher die Küche. Hier entstanden die vielen Herd- und Küchenbilder Leibls in seiner Kutterlinger Zeit (Die Malresl, 1895; Alte Küche im Kutterlinger Haus, 1892; In der Küche, 1897). Heute birgt die Küche ein Gastzimmer. Im ersten Stock sind die Zimmer räumlich noch so, wie sie vor 80 Jah-

Arznei Müller Bielefeld



Contramutan®

- steigert die körpereigene Abwehr
- verstärkt die Serum-Bakterizidie
- aktiviert die Phagozytose
- verbessert Antibiotika- und Sulfonamid-Behandlung

Verschreibungsformen:

Tropfen 20 und 50 ml · Dragees 40 und 100 Stück

Suppositorien 10 Stück · Saft 165 g

Klinikpackungen

Auch für Diabetiker

Gegen Grippe immun



ren waren. Sie zeigen eine quadratische Form mit Holzfußböden und Holzdecken. Die Fenster sind klein und eisenstabvergittert. Das ganze Haus strahlt noch die biedere, bäuerliche Einfachheit des vorigen Jahrhunderts aus.

Wir machten uns dann auf den Weg zur Höhe hinter dem Dorf Kutterling, wo früher das sogenannte „Schlößl“ stand. Es war ein goldener Herbsttag. Eine herbe Kühle stieg vom nordseitig graubereiften Boden auf. Dort, wo die Sonne die Erde erwärmt hatte, war ein helles Braun über den Ackerschollen im Tal zu sehen. Ich mußte unwillkürlich an das Wort eines alten Freundes aus dem Norden des Restvaterlandes denken, der sagte: „Das Land in Oberbayern schaut so aus, als ob immer Sonntag wäre.“

Wir gingen nach Derndorf hinüber, immer am Hang entlang. Der Blick schweifte hinaus ins weite Moor, aus dem verloren in ihrem Weiß die Birken leuchteten. An einem Hof oberhalb des Dorfes machten wir halt und sahen hinunter ins flache, weite Land. Der Bauer, ein junger Mensch, kam vorbei. Wir kamen ins Reden. Er bat uns ins Haus, und er zeigte uns von der obersten Laube aus den Blick hinunter ins Tal. Ein goldübersäter Graben mit alten Buchen war eine Grenze gegen Osten. Unten im Grund standen spielzeugartig die Häuser.

Unten im Hof stand der für die Leonhardifahrt aufgeputzte Wagen. Leibl hatte sich schon an dem kraftvollen Bild der Rösser und Menschen, die zum Feste des Schutzpatrons des Viehs die Wallfahrt nach Lippertskirchen unternahmen, erfreut.

Wir gingen den Weg über die Wiesen am Waldrand zurück nach Kutterling. Auf halbem Wege begegnete uns ein Jäger mit seinem Jagdherrn und einem Träger. Sie kamen von der „Hohen Leite“, einem Vorberg des Farrenpoint, herab. Es war einst Leibls bevorzugtes Jagdrevier. Hier ging er oft auf die Pirsch.

Als sie so den Berg herabkamen, gaben sie so recht ein Leiblsches Bild ab. Der Träger war ein hagerer Mann mit scharf geschnittenen Zügen. Er trug die Jagdtrophäe, den Kopf eines Zwölfenders, über der

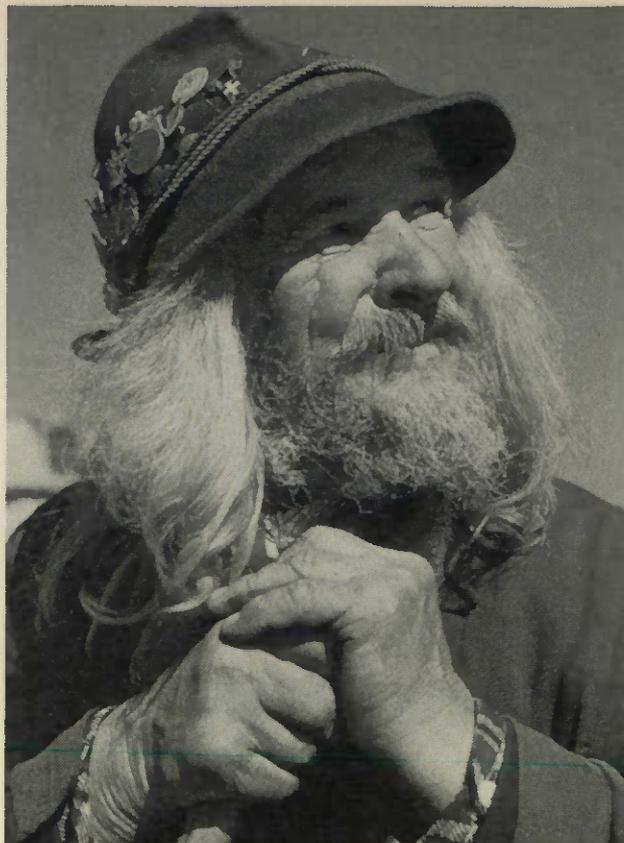


Foto: H. Müller-Brunke, Grassau

Dieser Mann könnte Leibls Vorbild für sein 1893 in Kutterling gemaltes Bild „Der alte Stöckl“ gewesen sein

Schulter. Schweren Schrittes ging er dahin. Als ich ihn so schreiten sah, dachte ich, daß zwei Menschenalter im Waidmannsberuf keine Zeit waren. Die Tracht der Jäger, ihre Leidenschaft und Freude am Waidwerk waren dieselben geblieben.

Es war Mittag geworden. In Feilnbach kehrten wir ein. Die Gespräche bei Tisch drehten sich um das heute Gesehene. Es war uns wie ein Wunder erschienen, daß fast acht Jahrzehnte nach Leibls Wirken hier in der Gegend sein Andenken noch sehr lebendig war.

Schon in der Kutterlinger Zeit machte sich bei Leibl ein Herzleiden bemerkbar, und er wandte sich geruh-

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

sameren Sportarten zu. Im Frühjahr, wenn der Boden eben erweicht war, betrieben sie das sogenannte „Stöckeln“. Es ist dies das Werfen mit Hufeisen nach einem Holzstöcklein. Leibl war darin Meister und tat es allen Bauern zuvor.

Wir fahren auf Aibling zu. Über der Weite des Moores erhoben sich vor uns im blauen Dunst des Nachmittages die Berge. Klar und scharf gezeichnet stand der Wendelstein vor südlichem Himmel. Oft wohl haben Leibl und sein Freund Sperl, wenn sie von Aibling heimwärts durchs Moor nach Kutterling zogen, dieses Bild vor sich gehabt. Für beide war ein Gang durch die Natur immer ein Erlebnis. Während es Leibl wohl mehr von der jagdlichen Seite sah, war es für Sperl die Schönheit der Formen der Bäume und Sträucher, die ihm zum Erlebnis wurde. So ergänzten sich beide ausgezeichnet. Manches Bild schufen sie sogar gemeinsam. Sperl malte die Natur, und Leibl setzte die Personen ein. Sei es einen Jäger mit Hund oder einen Bauern.

Vor uns zur Linken tauchte Berbling auf. Beherrschend liegt das Dorf auf der Höhe an einem Moränenendhügel am Abbruch zum Moor. Die breiten, behäbigen Bauernhöfe sind, wie die Küken um die Glucke, um die Kirche geschart. Schlank und fein gegliedert steht der Kirchturm vor spätnachmittäglichem Himmel. Der Föhn treibt große, weiße Fische über das Firmament. Es ist ein Bild in Blau und Weiß, so recht bayerisch, will es mir scheinen.

In dieser Stimmung empfängt uns der Ort, in dem Leibl vier Jahre seines Lebens an seinem berühmten Bild (1878–1881) malte: „Bäuerinnen in der Kirche“.

Als wir den Friedhof durchschreiten, der die Kirche umgibt, sind alle Gräber mit Blumen geschmückt und mit schwarzer Kohle statt Erde bedeckt. Einsam und verlassen liegt der Gottesacker da. Eine große Ruhe geht von ihm aus. Wir betreten die unverschlossene Kirche. Die lichte Weite des süddeutschen Barock umfängt uns. Schindler nennt die Kirche eines der originellsten Produkte ländlicher Rokokoarchitektur. Hier saßen sie also vier Sommer lang, „die drei Frauen in

der Kirche“, und waren ihrem Meister Leibl einmalige Modelle. Vielleicht die berühmtesten, die je gemalt worden sind.

Je länger wir uns in der Kirche aufhalten, desto vertrauter wird sie uns. Wir fühlen die Einheit von Menschen draußen im Land, den Häusern und dem Gotteshaus. Es hängt wohl damit zusammen, daß ein Sohn der Gegend, Kilian Ignaz Dientzenhofer, der auf dem Gugghof bei Degerndorf daheim war, die Kirche erbaut hat. Aus dieser Landschafts-Menschen-Einheit wird uns klar, warum gerade für Leibl die Berblinger Kirche ein wunderbarer Rahmen für sein Bild wurde.

Das Schmiedeanwesen ist ein wunderschönes, mit allegorischen Fresken bemaltes Bauernhaus. Als wir noch stehen und schauen, erscheint die Hausfrau. Sie erklärt uns, daß ihr Haus das gesuchte Schmiedeanwesen und im Haus daneben noch heute die Schmiede untergebracht sei. Dort sehen wir auch einen Gesellen bei der Arbeit. Es ist noch derselbe Raum, in dem auch Leibl aus Spaß arbeitete. In seinem Brief vom 31. Oktober 1878 berichtet er darüber seiner Mutter: „Meine Beschäftigung hier ist, wenn ich nicht male, daß ich schmiede, und zwar lauter Hufeisen.“ Hier war es auch, als er einen eben angelieferten Amboß, den vier Männer nicht vom Wagen heben konnten, mit einem Ruck herabhob und zur Erde stellte. So hatte auch dieser Raum den Meister Leibl bei seinem Kraftsport gesehen.

Der Künstler wurde von Berufenen in vielen Werken zu Lebzeiten und nach seinem Tode gewürdigt und geehrt. Aber die Naturverbundenheit, die das „Jagern“ mit sich brachte, war wohl der ruhende Pol in dem Menschen Leibl, der sich uns als das stille Wunder offenbarte.

Leibl war nicht der selbstsichere Mensch, der geraden Weges durch den dornenreichen Alltag des Lebens ging. Wie oft bei äußerlich robusten Menschen wohnte in ihm eine feine, zarte Seele. Er hatte oft Stunden leichter Depressionen, wohl am meisten nach einem Ausstellungs- oder Malmißerfolg. Viel hat er in solchen Stunden unwiederbringlich an seinen Werken



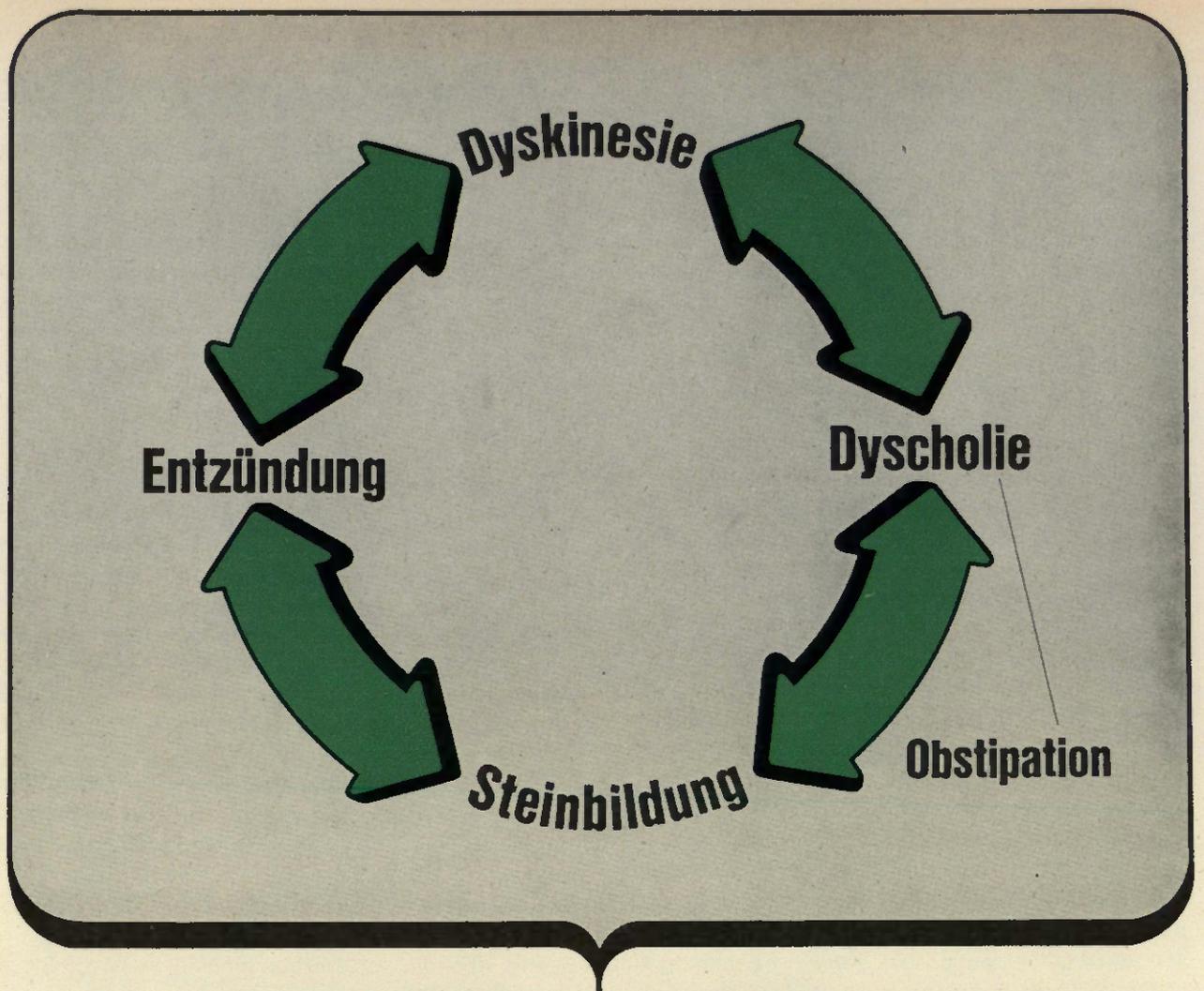
**Wer heute spart,
lebt morgen besser.**

29. Oktober 
WELTSPARTAG

Wir wissen, daß Sie am 29. Oktober sehr viele wichtige Dinge zu erledigen haben. Aber vergessen Sie das Wichtigste nicht: Sparen – damit Sie morgen besser leben. Kommen Sie einfach zu uns. Und bringen Sie Ihr Spargeld mit. Sie sind herzlich willkommen.



**wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE**



spasmo-gallo-sanol[®] unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasmo-gallo-sanol wirkt cholekinetisch, choloretisch, spasmolytisch, bakterizid und mild laxierend

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:
 N-14-Diphenylmethyl-atropiniumbromid 7,5 mg
 Fel. Tauri sicc. stand. 100 mg Extr. Frangulae sicc. 20 mg
 Extr. Aloes sicc. 10 mg Acriflaviniumchlorid 3 mg

Indikationen:

Bei allen Cholezystopathien

Dosierung:

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

Kontraindikationen:

Verschluß-Ikterus, akute Hepatitis

Hinweis:

Bei fortgeschrittenen Fällen von Prostatahypertrophie kann eine Erschwerung der Blasenentleerung durch höhere Dosen des Spasmolytikums N-14-Diphenylmethyl-atropiniumbromid auftreten. Bei klinischen Prüfungen wurden allerdings substanzbedingte Entleerungsstörungen dieser Art nicht beobachtet.

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

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

Zusammensetzung:

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

Dosierung:

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

Kontraindikationen:

Verschluß-Ikterus, akute Hepatitis

Verschreibungsform:

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

spasmo-gallo sanol[®]

gallo sanol[®]



Bäuerinnen in der Kirche*

zerstört. Das Bild des Wildschützen fiel einem solchen Augenblick zum Opfer.

Aber nicht nur sein Seelenleben war labil. Leibl war auch als Mensch oft hilflos den natürlichsten Dingen gegenüber. So hatte er keinen Orientierungssinn in der Landschaft und verstieg sich oft auf der Jagd, sehr zum Leidwesen des Jägers Karebacher, der seine liebe Not hatte, den Jagdgefährten wieder zu treffen.

Ein milder Spätnovembertag lag über dem Lande. Die Sonne schien wie im Frühling über den Kurgarten von Aibling. Hier am Eingang zum Park steht das Heimatmuseum, das einstige Armenhaus, in dem die Kutterlinger Leiblstube untergebracht war. Ein körperbehinderter Rußlandkämpfer führte uns. Das Haus, vollgepfropft mit Museumsgut aller bayerischen Zeiten, war kalt und feucht. Doch im ersten Stock, nach Süden gelegen, war Sonne im Raum der Leiblstube. Es war eine alte, solide Bauernstube, angefüllt mit zweckmäßigem Mobiliar, so wie es vor etlichen Jahren noch Tausende in Altbayern gab. Es herrschte trotz der Primitivität eine einfache Gemütlichkeit. Der Herrgottswinkel im Eck, wo der große Tisch mit der an der Wand umlaufenden Bank stand, war hinterglasbildgeschmückt. Von der Decke hing die alte Petroleumlampe. Breite Dielen gaben Fußboden und Decken ab. Große Balken

erzeugten an der Decke eine wohlabgewogene Geometrie. Im Eck neben der Tür war der große Ofen mit den Schlafplätzen auf den breiten Bänken, darunter waren die Hühnersteigen, wo früher im Winter die Bauern ihr Federvieh hielten. Ein alter Uhrkasten wies die Zeit. An der Stirnseite des Raumes waren Jagdtrophäen, ein Speißeer und zwei Rehgewichtl, angebracht. Sie zeugten von der Jagdleidenschaft des früheren Bewohners. Im Eck rechts von der Türe ging ein Aufgang, türgetarnt, ins höhere Stockwerk hinauf. Den benützte der Meister oft, um unliebsamen Besuchern zu entfliehen. Wir waren ob des Gesehenen stark beeindruckt. Draußen vor den Fenstern stand die Spätherbstsonne und tauchte das Inventar in ein warmes Licht.

Die Städte, die Leibls Leben berührten, Köln, München, Paris, haben sich in dem vergangenen Jahrhundert stark verändert. In ihnen sind keine Spuren des Meisters mehr zu finden. Aber die Landschaft, die Leibl bevorzugte, ist größtenteils noch so geblieben, wie sie zu seiner Zeit war. Das gilt auch für Leibls Lieblingsjagdgebiet zwischen Brannenburg und Wendelstein. Hier erlebte er seine glücklichsten Stunden beim Jagen und Pirschen. J. Mayr berichtet, daß sie einmal über die Soinalm auf den Wendelstein gestiegen sind, und Leibl war von dem großartigen Blick über Berge und Täler, deren Abschluß gegen Südosten das Kaisergebirge bildete, sehr angetan. Aber heftige Kritik übte er am Wendelsteinhaus. Es war ihm zu modern, zu sachlich und touristenhaft. Da lobte er seine Almen, die er mit dem Jäger Karebacher oft besuchte. Es waren dies die Riederalm, die Arzmoosalm und die Kronberger Alpe.

Fast 80 Jahre sind seit Leibls Leben in dieser oberbayerischen Landschaft vergangen, die er liebte, wie selten einer. War er doch ein Mensch, der in sie hineinpaßte wie dafür geformt. Leibl war kein Landschaftsmaler, das, was er malte, waren Personen dieser Landschaft. Sie leben alle nicht mehr. Aber bei der Fahrt durch seine Gegend wurde all das wieder lebendig, was seine Augen gesehen. Es stehen noch Häuser, die er bewohnte, es gibt noch Gegenstände, die er benutzte, es gibt noch Menschen, die denen gleichen, die er gemalt hat. Sein Biograph J. Mayr war uns ein wertvoller Führer. Nach seiner Schilderung folgten wir den Spuren des Meisters. Sie sind noch lebendig für den, der zu sehen vermag. Und so wird dieser seiner Zeit Vorausgelebte weiter leben in unserem Herzen, wie es nur bei ganz großen Menschen unserer Zeit geschehen kann. Aber es ist hohe Zeit, die Dinge festzuhalten und nicht zu vergessen, denn wir leben in einer Zeit des Umbruches aller Werte, die über die Dinge hinwegschreitet mit kühler Sachlichkeit und dabei manches verleugnet, was früher Ewigkeitsbestand haben wollte. Die Großen dieser Welt sterben nicht, sie schlafen nur, so wollte es uns scheinen.

*) Mit freundlicher Genehmigung des Verlages F. Bruckmann KG, München

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Armin Jungling, 8211 Unterwössen, Josef-Aberger-Straße 9

Brief aus Bonn

Die Regierung hat, wie zu erwarten war, die Schlacht um den Haushalt 1972 und um die Finanzplanung, die bis 1975 reicht, bestanden. Das gemeinsame Interesse der beiden Koalitionspartner und der Ressortminister, bis 1973 und möglichst auch darüber hinaus zu regieren, hat sich als stärker erwiesen als der Wunsch einzelner Minister, sich durch Geldausgaben zu profilieren. Das Ergebnis des tage- und nächtelangen Tauziehens ist freilich nicht so, daß es Begeisterung zu wecken vermag. Zufrieden zu sein, gibt nur Superminister Schiller vor.

Er hat freilich wenig Grund dazu. Weder ist es ihm gelungen, ein wirklich überzeugendes Stabilitätssignal zu setzen, noch kann davon die Rede sein, daß die Bundesfinanzen konsolidiert seien. Und genau darauf kam es Schiller an. Der Bundeswirtschafts- und Finanzminister hat mit seiner Zähigkeit das gegenwärtig Mögliche erreicht, das Vernünftige aber politisch nahezu Unmögliches nicht durchsetzen können. Schiller wollte den Anstieg der Ausgaben des Bundes im kommenden Jahr auf den zu erwartenden Zuwachs des Sozialproduktes begrenzen. Das mögen 7, das mögen 8 Prozent sein. Tatsächlich werden die Ausgaben des Bundes schon nach dem jetzt vorliegenden Entwurf des Haushalts 1972 um mehr als 12% steigen.

Die wichtigsten Beschlüsse der Regierung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der Bund wird 1972 etwa 106,6 Milliarden Mark ausgeben. Neben diesen Kernhaushalt tritt ein Eventualhaushalt in Höhe von 2,5 Milliarden Mark, der aber nur bei einer beträchtlichen Konjunkturabschwächung in Kraft gesetzt werden kann. Der Bund ist bereit, den Anteil der Länder an den Einnahmen aus der Umsatzsteuer von 30% auf 33% zu erhöhen. Um den eigenen Mehrbedarf zu decken und um den Gemeinden und den Ländern mehr Geld geben zu können, müssen die Verbrauchsteuern erhöht werden. So soll zum 1. Januar die Mineralölsteuer um 4 Pfennig je Liter angehoben werden. Davon sollen die Einnahmen aus drei Pfennig Steuererhöhung den Gemeinden zugute kommen, ein Pfennig wird für den Bau von Fernstraßen reserviert. Am 1. Januar werden auch die „scharfen Sachen“ teurer, die Branntweinsteuer wird ebenfalls fühlbar angehoben. Schließlich wird im September 1972 die Erhöhung der Zigaretten- und Tabaksteuer folgen.

Durch die Branntwein- und Tabaksteuererhöhung nimmt der Bund 1972 etwa 900 Millionen Mark mehr ein. Aus der Mineralölsteuererhöhung erhält der Bund 330 Millionen Mark; den Gemeinden fließen 990 Millionen Mark zu. Die jetzt beschlossenen Steueranhebungen bringen 1973 zusammen dem Staat aber schon 3,5 Milliarden Mark und 1975 schon 4,25 Milliarden Mark mehr ein. Bei ihrem Amtsantritt sprach die Regierung noch davon, Steuern senken zu wollen.

Schiller hat den Zuwachs der Ausgaben mit 8,4% beziffert. Daß dies nicht stimmt, hat sich inzwischen herumgesprochen. Am Etat ist kräftig „frisirt“ worden, um ihn konjunkturgerechter erscheinen zu lassen als er ist. So wird das Geld, das die Gemeinden aus der Mineralölsteuer erhalten, nicht in den Haushalt eingestellt. Dieses Verfahren ist bisher nicht üblich gewesen und mit dem Haushaltsrecht kaum zu vereinbaren. Die Rentenversicherung erhält ihre Zuschüsse wieder einmal nicht bar ausgezahlt, sondern zum Teil in der Form von Wertpapieren, die verzinst werden müssen. Das hat für Schiller den Vorteil, daß nur die zu erwartende Zinsbelastung im Etat berücksichtigt werden muß. Außerdem stehen in dem Etat noch Ausgaben in Höhe von 1,2 Milliarden Mark, für die keine Deckung vorhanden ist. Dafür ist, wie die Haushaltsexperten sagen, eine globale Minderausgabe in den Etat eingestellt worden. Das signalisiert, daß dem Kabinett gezielte Kürzungen nicht mehr gelungen sind. Ob Schiller diese Kürzungen im nächsten Jahr nachholen kann, bleibt abzuwarten. Auch dies ist also ein dubioser Posten.

Mit einer Zuwachsrate von rund 12% ist es Schiller also nicht gelungen, ein „Signal für die Stabilitätspolitik“ zu setzen. Das wäre nur dann möglich gewesen, wenn sich die Regierung entschlossen hätte, in die konsumorientierten Ausgaben einzugreifen. Am Mut dazu hat es gefehlt. Die Folge ist nun, daß die öffentlichen Investitionen wieder einmal zu kurz kommen. Die Regierung bleibt hier weit hinter ihren früher proklamierten Zielen zurück. Noch schlimmer aber ist, daß die Bundesfinanzen trotz der Steuererhöhungen keineswegs als konsolidiert zu gelten haben. Der Haushalt und die Finanzplanung enthalten hohe Risiken. Es brauchen nur die Stichworte: Devisenausgleich, Lohnrunde im öffentlichen Dienst, Steuererschätzung, Folgekosten der früher oder später zu erwartenden Aufwertung, Bundesbahn, Post und Ruhrkohle genannt zu werden. Die Länder werden sich kaum mit einem Anteil von 33% an den Einnahmen aus der Umsatzsteuer zufrieden geben. Und der Kreditpielraum wird bereits heute bis an die Grenze des Möglichen ausgeschöpft. Mit weiteren Steuererhöhungen muß also gerechnet werden. Die Koalition wird freilich versuchen, bis zu den nächsten Wahlen über die Runden zu kommen.

Zählt man alle Sozialausgaben zusammen, so ergibt sich der stolze Betrag von rund 30 Milliarden Mark. Der Etat des Arbeitsministers steigt um mehr als 14%. Stark schlagen wiederum die Bundeszuschüsse an die Rentenversicherung zu Buch. Die Krankenversicherung für die Landwirte soll nun Mitte 1972 in Kraft gesetzt werden; der Bund kann die Zuschüsse für die Altersgeldempfänger aber nur bezahlen, wenn die gewerbliche Wirtschaft an den Kosten für die landwirtschaftliche Unfallversicherung beteiligt wird. Das wird noch viele Kämpfe kosten. Die Regierung hofft auch, das Krankenhausfinanzierungsgesetz wieder flott

machen zu können. Der Bund will sich verpflichten, stets ohne Abstriche ein Drittel der Investitionskosten der Krankenhäuser zu übernehmen. Ob die Länder damit zufrieden sind, bleibt abzuwarten.

Schiller hat seinen Kabinettskollegen viele Illusionen über die Möglichkeiten der Reformpolitik genommen. Gelingt es nicht bald, die Preise zu stabilisieren und die Einkommensexplosion im öffentlichen Dienst unter Kontrolle zu bringen, so wird die Regierung noch weiter zurückstecken müssen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Weltraum und Schrifttum

Die Kongresse der UMEM (Union mondiale des écrivains médecins) stehen immer unter einem bestimmten Leitthema, zu dem sich die Schriftstellerärzte aus allen Ländern unserer Erde äußern. Es ist zweifellos ein schöner Gedanke, die Problematik unseres Lebens von allen Seiten von Schriftstellern zu durchleuchten, die dem gleichen Berufe, aber den weit verstreuten Ländern der ganzen Menschheit angehören. Noch schöner aber wäre es, wenn es möglich wäre, diese Dichtungen und Meditationen in einem Buche zusammenzufassen, so daß sie allgemein zugänglich und auch in einer stillen Stunde zu lesen wären. Da es sich hierbei aber um Ausgaben in verschiedenen Sprachen handeln würde, die neben der Buchherstellung auch gute Übersetzungen erfordern, so wird dies vorerst wohl ein frommer Wunsch sein und bleiben.

Für das „Bayerische Ärzteblatt“ haben wir nun im folgenden die Beiträge unserer engeren Kollegen vom 16. Weltkongreß der UMEM zusammengestellt. Dieser stand unter dem Thema „L'espace et la littérature“ (Weltraum und Schrifttum). Unser Präsident Heinz SCHAUWECKER, Berching, hat dazu eine Gedichtfolge „Der Raum und wir“ vorgetragen, die durch ihre philosophische Gedankentiefe und ihren lyrischen Schwung mit viel Beifall aufgenommen wurde. Der Sekretär unserer bayerischen Gruppe Hans WEIGOLD, Regensburg, hat seine Gedanken während des Fluges nach Athen, die „In übermächtigen Zwang in Raumes Weite entflochten“, in flüssige Verse gegossen und diese sollen nicht nur die Teilnehmer des Kongresses erfreuen. Confrère A. JÜNGLING, Unterwössen, las

eine Kurzgeschichte aus dem transzendenten Raum „Das Pferd und die Schlange“, die wir leider aus Platzmangel nicht zum Abdruck bringen können; sie erscheint in der „Stroh puppe“. Eine kurze Inhaltsangabe dieser eindrucksvollen und ahnungsschweren Geschichte sei hier gegeben: Traumwelt und Wirklichkeit bilden einen unendlichen Raum. Vorahnungen sind Verbindungen dazwischen. Ein amerikanischer Fischer hat einen Traum, in dem ihn ein Pferd warnt. Auch Naturerscheinungen wollen ihn vor einem Unglück bewahren. Er aber fühlt sich durch diese Warnungen unangesprochen. Sein vorgezeichnetes Schicksal erfüllt sich durch einen Schlangenbiß, vor dem ihn nichts retten kann. Eine nachdenkliche Geschichte zwischen Traum und Wirklichkeit, auf den Keys im Süden Floridas erlebt. Confrère Jüngling war lange auf seiner Reise unterwegs und kam direkt von ihr nach Athen. Anstelle jener Kurzgeschichte bringen wir von ihm zwei Gedichte, die ebenfalls auf seiner Reise entstanden sind.

Das Leitthema des 17. Weltkongresses 1972 in Regensburg lautet: homo ludens. Beiträge dazu können bei unserem Präsidenten Dr. Heinz Schauwecker, 8434 Berching, Egerlandstraße 4, eingereicht werden; sie unterliegen jedoch einer Jury, da die Vortragszeit begrenzt ist.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Das Tier im Raum von Heinz Schauwecker

Du machst dir nicht Gedanken, kleine Fliege,
auch du nicht, Vogel, Walfisch, Elefant,
was außerhalb des Lebenskreises spielt,
der dich umgibt, der dir bekannt.

Du tummelst dich und lebst in ihm,
der Erde nah, verschwistert ihrem Bann,
und keine Bangnis quält dich um das Ende,
was deinem Tode folgen kann.

Du fühlst dich frei in deinen Grenzen,
versuchst nicht auszubrechen aus dem Ringe,
der dich umschließt, was kümmert dich der Raum,
die Zeit – was kümmern dich die letzten Dinge?

Der Mensch und der Raum von Heinz Schauwecker

Als erstes fühltest du des Mutterleibes Enge,
sahst dann das Bettchen, drauf das Zimmer und das Haus,
die Straße und das Dorf, die Stadt, das Land.
Die See erblicktest du. Da zog es dich hinaus
in alle Ferne und die unermeßne Sehnsucht
verlieh dir Flügel, hob dich in die Luft,

Sinupret[®]

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

trug dich zum Mond — du trachtest nach den Sternen —
und doch — am Ende harrt wieder nur die Enge:
eine Gruft.

Die Maschne und der Traum

von Heinz Schauwecker

Der Mensch erfand dich, Werkzeug, ihm zu dienen.
Mit dir schwang er sich von der Erde auf zum Himmel.
Er wagte sich in deiner Hülle Schutz ins All hinaus.
Du trugst ihn in den Weltraum bis zum Mond.
Er jagte dich als Späher zu den Sternen
und dennoch — immer wieder dehnen sich die Fernen —
auch du wirst nie den Horizont erreichen —
und überwändest du die letzte Erdschwere;
denn — hinter jedem Ziel gähnt neue Weite —
einmal verglühst du in des Weltraums Leere.

Der Raum und der Dichter

von Heinz Schauwecker

Der Raum ist Weite — oben oder unten,
ist rechts, ist links, hat jeder Seite Gunst,
ist um uns, außen ebenso wie innen,
lebt in Musik, in Dichtung — aller Kunst.
Der Raum — er hat kein Ende irgendwann
wie alles unser Tun und Lassen,
das immer anfängt, aufhört irgendwo.
Beim Eintritt steht man schon vorm Ziele aller Gassen.
Kein Wissenschaftler wird ihn je ergründen,
den Raum in letzter Tiefe, Länge oder Breite —
allein der Dichter mag ihn ahnen, er nur
in seiner Träume Flug, ist Herrscher aller Weite.

Weltraum und Lebensraum

von Heinz Schauwecker

Du greifst, Freund Mensch, nach fremden Sternen,
schweifst in des eisigen Weltenraumes Fernen — —.
Siehst du nicht, was du tust, die eigne Umwelt zu
zerstören,
den Lebensraum der mütterlichen Erde, die dich trägt,
da du dich immer mehr abkehrst, entfernst
von ihres Seins Gesetzen, vergewaltigst und verkaufst
das Eigenleben der Natur, der Wasser Klarheit,
der Lüfte Reinheit immer mehr sinnlos verschmutzest
mit deines Werkens, deiner Habgier, deiner Süchte
Abfall,
der Pflanzen und der Tiere Fortbestehen stellst in
Frage —
damit des eignen Lebens sicheren Urgrund untergräbst?
Wohin willst du dich rettend bergen aus der Weite
kaltem Traum,
heimkehren, wenn du selbst beendest deine Erdentage,
wenn du vernichtet hast der Nähe Wärme, deiner
Umwelt Lebensraum?

Flug nach Athen

von Hans Weigold

Jetzt starten wir — — —
Der Jet hebt leicht von Münchens Piste,
Eine ganz moderne Kiste;
Begrüßungscocktail, etwas schwer,
Vielleicht der Magen noch zu leer.
Von den schlanken Stewardessen
Bekommen wir alsbald zu essen.
Die Reise geht nach Griechenland,
Baedekers Bibel in der Hand.
Ich bin ein wenig aufgeregt,
Ein Druck sich auf die Ohren legt.
Da tret' ich geistig etwas weg,

Das war nicht eigentlich der Zweck.
Die Alpen wollt' ich nicht versäumen,
Doch fang' ich langsam an zu träumen:

Ein Drang von übermächtigem Zwang
Hieß mich, den Globus zu verlassen,
Mich sublimieren von den Massen,
In Raumes Weite zu entfleuchen,
Nicht immer auf der Scholle kriechen.

Mit Flügeln wollte ich beginnen,
Und nach und nach hinzugewinnen
Geheime Kräfte ohnegleichen,
Der Erdschwere zu entweichen.

Ich suchte mir den ersten Meister,
Ingenius der Griechengeister:
Bei Dädalos, dem Erechthyden,
Begann ich Bienenwachs zu siedeln.
Knüpfte Federn, schwang die Flügel,
War bereit zum Sprung vom Hügel —
Da — kam Ikaros von oben,
Im Sonnenglast die Federn stoben.

Zu vermessen war sein Flug!
In der Opfer langem Zug
Flogen Helden und Phantasten,
Abenteurer, Kineasten:

Von Ulm ein Schneider, Lilienthal,
Montgolfiere, Parseval,
Gebrüder Wright und Zeppelin,
Alle wollten sie entflieh'n.

Leichter als die Luft zu sein,
War ihr Streben, ihre Pein.
Höhe, Raum, Unendlichkeit,
Frei, entlassen aus der Zeit. —

Doch ich übertraf sie alle,
War sogar in einem Falle
Der erste Kreisbahnsatellit,
Gagarin nahm mich einmal mit.

Auf Weltraumkurs schoß mich von Braun,
Noch weiter, denk ich, geht es kaum.
Ritt auf einer Venussonde,
Betrat Planeten, streifte Monde.

Da landen wir — — —

Die Stewardess hat mich erweckt,
Die Gurte in das Schloß gesteckt,
Denn unter mir liegt schon Athen,
Ich werde die Antike sehn.

Da ist mir, ehrlich, leichter.
Warum Weltraumtiefe? Auch ein wenig seichter
Läßt sich leben, wenn die Musen Verse geben.
Ich seh' die Stadt mit ihren Hügeln
Und bin mit Pegasus zufrieden —
Und mit seinen Flügeln.

Lissabon im November

von A. Jüngling

Wie auf einem alten
Bilde
kreuzen dunkle Boote
segelschwer
durch die Fluten
ihres Tejos
Weite Plätze
öffnen ihre
grauen Quader
Flußwärts
stehen sockelträchtig
grünbespante Reiter
Turm von Belem
morgenmüde

Arznei Müller Bielefeld



Monapax®

Verschreibungsformen:

Monapax® - Tropfen 20 und 50 ml

Monapax® - Dragees 40 und 100 Stück

Monapax® - Hustensaft 165 g

Monapax® - Kinderzäpfchen 10 Stück

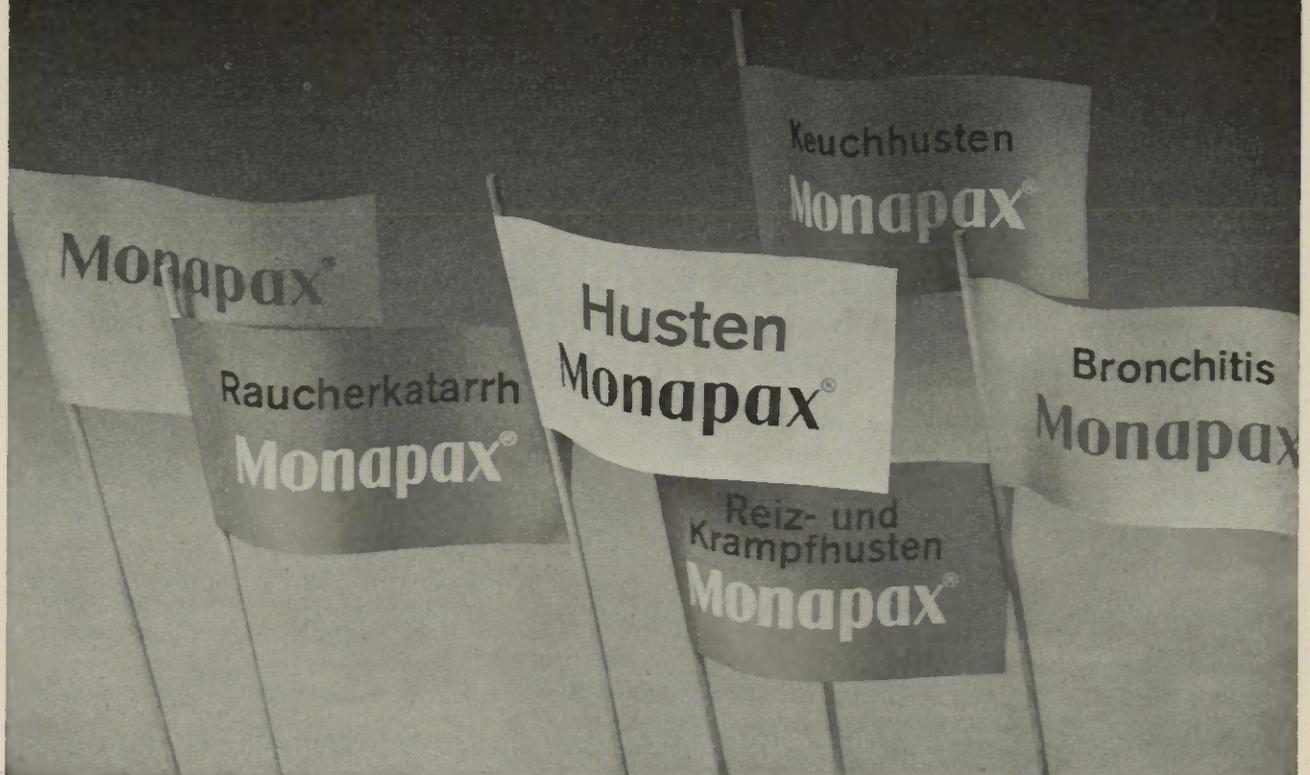
Monapax® - Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax® - Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

Der Arzt bezwingt den Husten



Gold der Kathedrale
blaßt im Regen
Schleim der Straßen
läßt die Menschen
rutschen
Nur der Wächter
auf dem Platz
der Blechkarossen
lacht und Wasser
rinnen über seine
braunen Backen

Sanla Marla am Kai von Tenerlle
von A. Jüngling

Ich gehe am Kai
der Wind bläht
meine Jacke
Es ist derselbe noch
der vor fünfhundert Jahren
Columbus Wangen
umschmeichelte
Ich gehe an Bord
mit dem selben
Gedanken von
Furcht und Wehmut
wie der Entdecker
vor einem halben
Jahrtausend

Kongresse

Fortbildungskurs der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

vom 2. bis 5. November 1971

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

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

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

Fortbildungskurs der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

vom 15. bis 20. November 1971

Vom 15. bis 20. November 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. Kühn ein Fortbildungskurs in der Medizinischen Klinik (Luitpoldkrankenhaus) der Universität Würzburg statt.

Folgende Veranstaltungen bzw. Demonstrationen sind geplant:

Gastroenterologie - Hepatologie - Nephrologie - Pulmonologie und Kardiologie - Praxis der Intensivbehandlung - Hämatologie - Endokrinologie - Laborchemische Untersuchungsmethoden

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

Fortbildungskurs „Chirurgie“ in der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

vom 25. bis 30. Oktober 1971

Vom 25. bis 30. Oktober 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. Hegemann ein Fortbildungskurs statt.

Der Kurs wird wie folgt durchgeführt:

Beginn täglich um 6.00 Uhr. Anmeldung II. Stock (Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg) Zimmer 307 bei Frau Engelmann. Dort wird auch das tägliche Programm ausgegeben.

Op-Programm:

8.00 Uhr bis 14.00 Uhr (einschließlich klinische Visiten)
15.30 Uhr bis 16.30 Uhr Röntgendemonstrationen

Neben Operationsdemonstrationen aus den Gebieten der Herz-, Thorax-, Gefäß- und Abdominalchirurgie sowie Extremitätenchirurgie, Kinderchirurgie und Urologie (vormittags) sind an den Nachmittagen klinische Visiten auf allen Stationen vorgesehen. Besonders weiter Raum soll dabei der Möglichkeit zur regen Diskussionen bleiben.

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

Kurs für Laborhelferinnen

vom 2. bis 12. November 1971 in Nürnberg

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

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich.

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

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

vom 8. bis 12. November 1971 in München

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

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

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

22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer verbunden mit Praktischem Laborseminar und Geräteausstellung (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

vom 3. bis 5. Dezember 1971

Ort: Melstersingerhalle — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. S c h u b e r t, Nürnberg

Freitag, 3. Dezember 1971

Tagesthema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.05 Uhr:

Prof. Dr. F. W. A h n e f e l d, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie der Universität Ulm

Soforttherapie des Schocks

10.05—10.35 Uhr:

Prof. Dr. L. K o s l o w s k i, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Tübingen

Erste ärztliche Hilfe am Unfallort und im Krankenhaus

10.35—10.50 Uhr:

Dr. H. B i r k n e r, Direktor der 2. Chirurgischen Klinik Nürnberg

Organisation des Rettungsdienstes

10.50—11.30 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.30—11.55 Uhr:

Dr. H. E h r l i c h e r, Leiter der Betriebshygienischen Untersuchungsstelle der Farbenfabriken Bayer-Leverkusen

Soforttherapie bei gewerblichen Unfällen

11.55—12.20 Uhr:

Prof. Dr. L. P r o k o p, Direktor des Österreichischen Instituts für Sportmedizin an der Universität Wien

Soforttherapie bei sportlichen Zusammenbrüchen einschließlich Doping

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.20—14.50 Uhr:

Filmvorführung — Boehringer-Mannheim GmbH
Risikolaktor Übergewicht

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. J. B o c h n i k, Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Frankfurt/M.

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei deliranten Zuständen

15.30—15.55 Uhr:

Dr. H. L. S t a u d a c h e r, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten Vergiftungen

15.55—16.15 Uhr:

Dr. H. W. O p d e r b e c k e, Direktor der Anästhesieabteilung Nürnberg

Zwischenfälle bei Lokalanästhesie und Narkosen

16.15—16.50 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

16.50—17.15 Uhr:

Prof. Dr. W. S t r a u b, Direktor der Augenklinik der Universität Marburg

Schnelldiagnostik und Solorttherapie In der Ophthalmologie

17.15—17.35 Uhr:

Prof. Dr. F. W a c h s m a n n, Leiter der Gesellschaft für Strahlenforschung und Umweltschutz Neuherberg

Solorteinsetz bei Reaktorunfällen

17.35—18.00 Uhr:

Prof. Dr. G. W e b e r, Direktor der Hautklinik Nürnberg
Solorttherapie bei Verbrennungen und Verätzungen der Haut

18.00 Uhr:

D i s k u s s i o n



leichter verdaut mit

Eupeptum

O. P. 24 DRAGEES
O. P. 100 DRAGEES

IFAH GMBH HAMBURG



Samstag, 4. Dezember 1971

Tagesthema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie

9.30–9.55 Uhr:

Prof. Dr. H.-G. L a s c h , Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Gießen
Pathophysiologie und therapeutische Grundlagen bei thromboembolischen Erkrankungen

9.55–10.20 Uhr:

Prof. Dr. G. H e g e m a n n , Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten arteriellen Gefäßverschlüssen

10.20–10.40 Uhr:

Prof. Dr. H. D i t t r i c h , Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Lungenembolie

10.40–11.25 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.25–11.45 Uhr:

Prof. Dr. A. B e c k e r , Direktor der HNO-Klinik Nürnberg
Diagnostik und Soforttherapie bei Aspiration von Fremdkörpern

11.45–12.10 Uhr:

Dr. O. L i n d n e r , Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg
Soforttherapie bei lebensbedrohenden Asthmaanfällen

Mittagspause – Restaurant im Hause

14.20–14.50 Uhr:

Filmvorführung – Farbenfabriken Bayer AG
Husten, Auswurf, Atemnot

15.00–15.25 Uhr:

Prof. Dr. W. M o h r , Chefarzt der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenkrankheiten Hamburg
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Erkrankungen in der Ferntouristik

15.25–15.55 Uhr:

Prof. Dr. J. B. M a y e r , Direktor der Kinderklinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar
Sofortmaßnahmen bei akut bedrohlichen Zuständen im Säuglings- und Kleinkindesalter

15.55–16.25 Uhr:

Prof. Dr. K.-G. O b e r , Direktor der Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Notfallsituationen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

16.25–17.00 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

17.00–17.25 Uhr:

Prof. Dr. D. M ü t i n g , Chefarzt der Spezialklinik für Leberkrankheiten Bad Kissingen
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuter Leberinsuffizienz

17.25–17.50 Uhr:

Prof. Dr. U. G e s s i e r , Direktor der 4. Medizinischen Klinik Nürnberg
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akutem Nierenversagen

17.50–18.15 Uhr:

Prof. Dr. H. S a c h s e , Direktor der Urologischen Klinik Nürnberg
Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten Harnwegsobstruktionen

18.15 Uhr:

D i s k u s s i o n

Sonntag, 5. Dezember 1971

Tagesthema: Krebsfrüherkennung

9.30–10.00 Uhr:

Prof. Dr. C.-E. A l k e n , Direktor der Urologischen Klinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar
Früherkennung des Prostatakarzinoms

10.00–10.30 Uhr:

Prof. Dr. F. N ö d l , Direktor der Hautklinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar
Früherkennung der Hauttumoren

10.30–11.00 Uhr:

Prof. Dr. R. S c h u b e r t , Direktor der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg
Früherkennung des Bronchialkarzinoms

11.00–11.40 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.40–12.10 Uhr:

Prof. Dr. G. S t a r k , Direktor der Frauenklinik Nürnberg
Klinische Früherkennung des Karzinoms in der Gynäkologie

12.15–12.40 Uhr:

Prof. Dr. G. P l i e ß , Direktor des Pathologischen Instituts Nürnberg
Vorsorgeuntersuchungen und Frühdiagnostik des Zervixkarzinoms

12.40 Uhr:

D i s k u s s i o n

Das Programm wurde allen Ärzten der Bundesrepublik zugesandt

V. Ärztliche Vortragsreihe

am 13. November 1971 in Bad Wörishofen

Am 13. November 1971 findet in der Medizinischen Kurklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben die V. Ärztliche Vortragsreihe mit dem Thema „Thromboseprophylaxe und -therapie“ statt.

P r o g r a m m :

Dr. K. S i g g , Basel-Binningen:
Varizen-Ulcus cruris-Thrombosen, moderne Therapie und Prophylaxe

Priv. Doz. Dr. V. H i e m e y e r , Medizinische Universitätsklinik Ulm

Medikamentöse Thrombolysen

Priv. Doz. Dr. K. B r e d d i n und
Frau Dr. J. S c h a r r e r , Medizinische Universitätsklinik Frankfurt/M.

Neue Therapieprinzipien antithrombotischer Behandlung (experimentelle Grundlagen – klinische Ergebnisse)

Priv. Doz. Dr. G. B l ü m c h e n , Medizinische Universitätsklinik Freiburg/Br.

Thromboseprophylaxe durch Zirkulationsförderung

Auskunft: Chefarzt Dr. med. T e i c h m a n n ,
8837 Bad Wörishofen, Am Tannenbaum 8, Telefon
(0 82 47) 90 07

Fortbildungskurs der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg (Klinisches Wochenende)

vom 5. bis 7. November 1971

Vom 5. bis 7. November 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. Grill ein Fortbildungskurs der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg (Klinisches Wochenende) statt.

5. November 1971

Vormittag:

Operationssaal: **Einriff an den Gallenwegen und am Magen, A-O-Verfahren**

Nachmittag:

Vorträge: **Probleme der Gallenwegschirurgie**
6. November 1971

Vormittag:

Vorträge: **Probleme der Magen Chirurgie**

Nachmittag:

Vorträge: **Probleme des A-O-Verfahrens**
7. November 1971

Vormittag:

Rundtischgespräche und Diskussion

Anmeldung und Auskunft: Professor Dr. Werner Grill, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg, 8130 Starnberg, Telefon (08151) 7471

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

vom 8. bis 12. November 1971 in München

Vom 8. bis 12. November 1971 veranstaltet die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München den Sozialmedizinischen Informationskurs (1).

Rahmenthema: Rehabilitation aus medizinischer, beruflicher und sozialer Sicht

Auskunft und Programmversand: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0811) 2184/259-260

4. Diagnostik-Woche

vom 22. bis 26. März 1972 in Düsseldorf

Vorankündigung

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

Leitung: Professor Dr. med. E. Fromm, Hamburg

Veranstalter und Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2, Telefon (0711) 761454

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

Neben den Vorträgen werden zahlreiche Kurse und Seminare sowie Firmendemonstrationen durchgeführt.

Mitteilungen

Kurs „Aktiva Übungstherapie“ der Münchner Volkshochschule

In der Hoffnung, eine echte Lücke auf dem Gebiet der Rehabilitation und Zweitprävention in der Kardiologie schließen zu können, nimmt die Volkshochschule München in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für Kardiologische Langzeitstudien an der Klinik Höhenried einen Kurs „Aktive Übungstherapie“ in ihr Programm auf. Namhafte Ärzte und Fachleute der verschiedenen Versicherungsträger haben uns dazu veranlaßt und ermutigt.

Dem soll vor allem Patienten, die an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung leiden (z. B. Stenokardien, Zustand nach Herzinfarkt) und aktive Bewegungstherapie benötigen, in einer Übungsgemeinschaft die Gelegenheit geboten werden, sich in der für ihre Erkrankung speziell notwendigen Art körperlich zu aktivieren. Jede Übungsstunde beginnt mit einem Gruppen-

gespräch, in welchem mit den Teilnehmern u. e. die nötigen physiologischen und anatomischen Kenntnisse zum Verständnis des Infarktgeschehens sowie des Infarktergebnisses selbst erarbeitet werden. Ausserdem wird ausführlich in der gleichen Art über die verschiedenen Risikofaktoren gesprochen mit dem Ziel den Patienten mit einer neuen für seine weitere Rehabilitation notwendige Lebensweise vertraut zu machen. Nach der jeweiligen Belastbarkeit dosierte Bewegungstherapie schließt sich an das Gruppengespräch an als Abschluß der Übungsbehandlung.

Zur Abrundung des Programms sind auch Wanderungen, Schwimmen, Rudern oder ähnliche Kreislaufbelastungstests geplant. Die Übungen werden mit einem Arzt und einer staatlich geprüften Gymnastiklehrerin, die auf dem Gebiet der Übungsbehandlung besondere Erfahrungen haben, durchgeführt.

Die Kollegen in München und der näheren Umgebung werden gebeten, den entsprechenden Patientenkreis

auf die Möglichkeit dieser „Übungsbehandlung“ hinzuweisen.

Ort: Keth. Altenpflegezentrum, München 21, Mitterfeldstraße 20

Zeit: Dienstag von 18.30 bis 20.00 Uhr (13 Abende, Zeitraum: 5. Oktober 1971 bis 25. Januar 1972)

Kursbeitrag: DM 65,-

Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

Nähere Auskunft und Anmeldungen: Frau Kerin Zweig – Münchner Volkshochschule, 8000 München 2, Rheinbergerstraße 3, Telefon (0811) 288081

Steuerliche Subventionierung der Ärzte

Pressemeldungen zufolge soll der unter dem Vorsitz des Ministers im Bundeskanzleramt, Professor Ehmke, stehende Staatssekretär-Ausschuß, der die Aufgabe hat, vorhandene steuerliche Subventionen zu überprüfen, in Aussicht genommen haben, die Umsatzsteuerfreiheit für ärztliche Leistungen ebenso aufzuheben wie die nach § 18 Abs. 4 EStG den freien Berufen eingeräum-

ten Freibetrag von max. DM 1200,— pro Jahr.

Auf eine diesbezügliche Anfrage des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV, hat Bundesminister Ehmke, wie wir soeben vom NAV erfahren, folgendes mitgeteilt:

„Ich kann Ihnen versichern, daß die Meldungen in der Presse, die vom Bundeskabinett eingesetzte Kommission zur Überprüfung der Steuervergünstigungen beabsichtige die Aufhebung der Steuerbefreiung der Ärzte von der Umsatzsteuer sowie des Freibetrages für freie Berufe vorzuschlagen, nicht zutreffen. Es ist selbstverständlich, daß die Kommission in ihre Überlegungen auch die beiden genannten Steuervergünstigungen einbezogen hat. Das ergibt sich schon daraus, daß beide Vergünstigungen in dem dem Deutschen Bundestag am 16. 2. 1970 zugeleiteten Subventionsbericht (Bundestags-Drucksache VI/391) aufgeführt sind. Die Kommission ist aber einstimmig zu dem Ergebnis gelangt, daß beide Vergünstigungen unangetastet bleiben sollen.

Alle anderslautenden Meldungen entbehren jeder Grundlage und müssen leider als Teil einer gezielten Verunsicherungskampagne angesehen werden.“

Aussendung der Roten Liste 1971 abgeschlossen

Die Aussendung der Roten Liste 1971 ist nach Mitteilung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie abgeschlossen worden.

Alle Ärzte, die ihr Freixemplar noch nicht erhalten haben, werden gebeten, dies dem Editio Cantor Verlag, 7960 Auiendorf, mitzuteilen.

Anspruch auf ein Freixemplar hat jeder in seinem Beruf tätige Arzt. Alle Ärzte, denen die Rote Liste bisher nicht zugesandt worden ist, werden deshalb gebeten, in der Anforderung an den Editio Cantor Verlag anzugeben, welche ärztliche Tätigkeit sie ausüben, soweit dies nicht schon aus dem Briefkopf oder dem Stempel hervorgeht.

Willi Heitzer neuer Vorstandsvorsitzender der LVA Oberbayern

Als Nachfolger für den ausgeschiedenen Vorstandsvorsitzenden der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, Wenzel Bredl, MdB, wählte der Vor-

stand am 16. Juli 1971 Willi Heitzer in dieses Amt.

Bredl gehörte dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt Oberbayern seit 15 Jahren an. Als Versichertenvertreter war ihm die Betreuung dieses Personenkreises stets ein besonderes Anliegen. Durch seine Tätigkeit in der Gewerkschaft und im Bundestag erwerb er gerade im sozialpolitischen Bereich große Verdienste. Die berufliche Überlastung durch die Wehrnehmung aller seiner Ämter und Funktionen zwangen ihn zum Ausscheiden aus dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt Oberbayern.

Sein Nachfolger, Willi Heitzer, ist seit ca. acht Jahren hauptamtlich in der Gewerkschaftsarbeit tätig. Seit 1. Januar 1971 leitet er die Abteilung „Sozialpolitik und Arbeitsrecht“ des DGB Landesbezirk Bayern. Daneben bekleidet er eine Reihe wichtiger Ämter in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung und verschiedenen Organisationen.

Grußkarten aus dem Himalaya

Im Olympiajahr 1972 wird die Erste Deutsche Mount Everest Expedition von München aus nach dem fernen Nepal starten.

Die Mannschaft besteht aus 22 Teilnehmern. Auf 4 LKWs wird das gesamte 15 t schwere Expeditionsgepäck transportiert. Da die Finanzierung der Expedition auf große Schwierigkeiten stößt, wird eine Grußkarten-Aktion durchgeführt.

Gegen Einzahlung von DM 15,— erhalten die Einzahler ein farbiges Originalfoto vom Mount Everest (8848 m) mit nepalesischen Sondermarken.

Die oben angegebenen Karten werden ein Grußwort und die Unterschriften sämtlicher Expeditionsteilnehmer mit dem Datum der Errichtung des Hauptlagers enthalten, außerdem noch mit dem Expeditionsstempel und dem Fingerabdruck des einheimischen Schreibkundigen Posttäufers versehen sein.

Einzahlung sind zu leisten auf folgende Konten: Postscheckkonto München Nr. 885, „Deutsche Himalaya-Expedition“ oder auf das Bankkonto: „Deutsches Institut für Auslandsforschung“ bei der Bayerischen Hypothek- und Wechsel-Bank München, Nr. 4 052 820.

Dr. Herrligkoffer, Deutsches Institut für Auslandsforschung, 8000 München 25, Pillinganserstraße 120 a

Pharma-Kooperation zwischen Bayer und Lek, Jugoslawien

Bayer Leverkusen und das jugoslawische Pharma-Unternehmen Lek, Ljubljana, haben einen Vertrag über die Zusammenarbeit und gemeinsame Investitionen auf dem pharmazeutischen Gebiet abgeschlossen. In Übereinstimmung mit dem Vertrag hat Lek im Februar 1971 ein neues Unternehmen unter dem Namen „Bayer Pharma Jugoslavija“ mit Sitz in Ljubljana gegründet, für deren Tätigkeit seitens Lek 51% und von Bayer 49% der gemeinsamen Mittel beigetragen werden.

Die Bayer Pharma Jugoslavija übernimmt die Erzeugung und den Vertrieb pharmazeutischer, chemischer und veterinär-medizinischer Produkte aus dem Bayer-Sortiment. Das neue Unternehmen wird vor allem den jugoslawischen Markt beliefern. Außerdem sollen verschiedene Produkte exportiert werden.

Das Bundessekretariat für Wirtschaft in Belgrad hat den Vertrag über die gemeinsamen Investitionen vor kurzem genehmigt.

Preis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der unspezifischen Krankheiten der Atmungsorgane

Der Vorstand der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt hat in seiner Sitzung vom 4. Dezember 1970 die Stiftung eines Geldpreises in Höhe von DM 5000,— beschlossen. Durch ihn sollen wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der unspezifischen Krankheiten der Atmungsorgane (klinisch, klinisch-experimentell, therapeutisch) angeregt und ausgezeichnet werden. Diese Arbeiten können sich auf alle medizinischen Gebiete beziehen.

Noch nicht veröffentlichte Arbeiten können bis zum 31. März jedes Jahres — erstmals zum 31. März 1972 — eingereicht werden an den jeweiligen Leiter der Forschungsanstalt.

Die Beurteilung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch ein Gremium, das sich aus Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats der Forschungsanstalt zusammensetzt.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte des In- und Auslandes mit Ausnahme derjenigen Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats, die das Gremium zur Auswahl geeigneter Arbeiten bilden.

Hyperurikämie Gicht

Dauertherapie mit
Uricovac[®]
einfach + sicher

1 Tablette täglich

„... die Pille des nierensuffizienten Gichtpatienten ...“

D. P. MERTZ: Gicht, Thieme-Verlag, Stuttgart 1971

Ausgezeichnete Verträglichkeit

Monatspackung = 30 Tabletten mit je 100 mg Benzbromaronum

DM 29,- incl. Mwst. (Tagesdosis unter DM 1,-)

Kontraindikation: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz



Labaz GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf, Postfach 5126

Zuerkannt wird der Preis jeweils einschließlich des jährlichen Kolloquiums der Bad Reichenheller Forschungsanstalt.

Nähere Auskünfte: Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Wissenschaftlicher Leiter der Bad Reichenheller Forschungsanstalt, B230 Bad Reichenheller.

Der Modus des Einreichverfahrens ist so vorgesehen, daß die Einreichung mit einer fünfstelligen Kennziffer ohne Namen und Klinik erfolgen soll.

Die Adresse des Autors soll in einem verschlossenen Umschlag beilegen und außen die gleiche Kennziffer enthalten.

Preis der Stadt Bad Kissingen

Der Stadtrat Bad Kissingen hat zur Förderung der balneologischen Forschung am 1. August 1970 den „Preis der Stadt Bad Kissingen“ gestiftet.

Dieser Preis wird alle zwei Jahre in Höhe von DM 5000,- für wissenschaftliche Arbeiten verliehen, die die Einsicht in die Wirkprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertiefen.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Kuratorium.

Die Entscheidungen des Kuratoriums sind endgültig und unanfechtbar.

Die Preisverleihung nimmt der Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen auf Vorschlag des Kuratoriums jeweils in einer Festsetzung des Stadtrates vor.

Der Stadtrat Bad Kissingen lädt hiermit öffentlich ein zur Teilnahme an der Ausschreibung des „Preises der Stadt Bad Kissingen“ 1972.

Für die Teilnahme an dieser Ausschreibung gelten folgende Bedingungen:

Die wissenschaftliche Arbeit muß ein Thema beinhalten, das die Einsicht in die Wirkprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertieft.

Die Arbeit muß auf eigenen Erkenntnissen beruhen, die von dem Kuratorium als wesentlich und wissenschaftlich begründet angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter Tatsachen erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Die Arbeit ist mit Name und Vorname des Verfassers, genauer beruflicher

Stellung und Tätigkeit zu kennzeichnen.

Die Arbeit darf vor dem 1. Januar 1972 nicht veröffentlicht worden sein. Nach dem 1. Januar 1972 bis zur Entscheidung des Kuratoriums darf die Arbeit veröffentlicht werden; die Veröffentlichung muß jedoch den Vermerk tragen: „Eingereicht zum Preis der Stadt Bad Kissingen“.

Die Arbeiten sind in fünfzehner Ausfertigung bis zum 1. Januar 1972 an folgende Anschrift zu senden: Stadt Bad Kissingen, B730 Bad Kissingen, Rathaus.

Arbeiten, die nach dem 1. Januar 1972 bei der Bundespost eingeleistet werden, können nicht berücksichtigt werden.

Der „Preis der Stadt Bad Kissingen“ im Werte von DM 5000,- wird dem Einsender zugesprochen, dessen Arbeit vom Kuratorium als beste bewertet ist.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Bedingungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden. In Ausnahmefällen kann der Preis geteilt werden.

Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieser Ausschreibung und gibt für den Fall, daß seine Arbeit ausgezeichnet wird, seine Zustimmung zur Veröffentlichung in einer von dem Kuratorium zu bestimmenden Fachzeitschrift.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Ausschreibung der Stiftung „Hufeland-Preis“

Für die beste Arbeit über „Vorbeugende Gesundheitspflege“ ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von DM 10 000,- ausgesetzt worden.

Der Hufeland-Preis kann auch zwei Autoren, deren Arbeit als gleichwertig anerkannt worden sind, je zur Hälfte zugesprochen werden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf

Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Noters.

Die Entscheidung des Kuratoriums ist unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1972 auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs - Aktiengesellschaft, - Deutsche Ärzteversicherung -, Köln, zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

1.

Die Arbeit muß zum Inhalt haben ein Thema auf dem Gebiet der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

Unter den genannten Themenkreis fallen auch Arbeiten, die Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Frühgeschädigten oder sozialhygienische oder psychohygienische Fragen behandeln.

2.

Die Darstellung muß durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form erfolgen.

Wissenschaftlichen Gepflogenheiten entsprechend soll jede Arbeit möglichst eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse sowie des Ergebnisses und ein Quellenverzeichnis enthalten.

3.

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter

medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht, es sei denn, daß sie in einem bestimmten neu erarbeiteten Zusammenhang gesetzt und dadurch neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Arbeit darf noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Das Kuratorium kann auf Antrag die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Jede Arbeit darf nur einmal eingereicht werden. Sie darf auch nicht zu anderen medizinischen Preisschreibern eingereicht worden sein oder bis zur Verleihung des Hufeland-Preises des betreffenden Jahrgangs eingereicht werden.

Das Kuratorium kann auf Antrag gestatten, daß von diesen Bestimmungen abgewichen wird.

Nach dem 31. März 1972 abgesandte Arbeiten können nicht berücksichtigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Sofern gegen die Person des Verfassers aufgrund der Gesetze Bedenken nicht zu erheben sind, wird der Preis von DM 10 000,- dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter 1. bis 3. erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden.

Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preiseusschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung, daß die Festlegung von Form und Ort der Erstveröffentlichung im Einvernehmen mit dem Kuratorium

der Stiftung erfolgt. Das Kuratorium behält sich das Recht vor, Form und Ort der Erstveröffentlichung zu bestimmen.

Die Arbeit ist bis zum **31. März 1972** an folgende Anschrift zu senden: „Hufeland-Preis“, Notariat, 5000 Köln, Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit des oder der Verfasser sowie des Kennwort der Arbeit. Die Arbeit ist in doppelter Ausfertigung einzureichen.

Der Einsender einer Arbeit verpflichtet sich, für den Fall, daß seine Arbeit mit dem „Hufeland-Preis“ ausgezeichnet wird, ein Exemplar der Stiftung für ihr Archiv zu überlassen, ohne daß seine Urheberrechte dadurch beeinträchtigt werden.

Buchbesprechungen

Prof. Dr. J. STOCKHAUSEN: „**Programmierte Krankheitsfrüherkennung**“ – Vorsorgeuntersuchungen in der Krankenversicherung.

Mit Beiträgen der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Vorbeugende Gesundheitspflege“ der Bundesärztekammer, C. E. Alken, G. Döring, J. Stockhausen, P. Stoll, W. Theopold, E. Ungeheuer; herausgegeben von Prof. Dr. J. Stockhausen. 244 S., flexibler Plastikeinband, DM 24,-. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Autoren dieser von Prof. Stockhausen, Köln, herausgegebenen Schrift sind an der Entwicklung der Vorsorgeprogramme maßgeblich beteiligte Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses

„Vorbeugende Gesundheitspflege“ der Bundesärztekammer.

Das Buch soll interessierten Ärzten die notwendigen Informationen über die wissenschaftlichen, rechtlichen und materiellen Grundlagen der Prävention durch programmierte Krankheitsfrüherkennung als Pflichtleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vermitteln.

In fünf Einzelabschnitten werden die Sachzusammenhänge insgesamt und die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen im einzelnen, und zwar für Schwangere, Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder sowie auf bestimmte Krebsformen bei Frauen und Männern knapp und trotzdem interessant dargestellt. Dabei wird vor allem Wert darauf gelegt, Zielsetzung und Durchführung der einzelnen Untersuchungen sowie die Beurteilung ihrer Ergebnisse in instruktiver Form – durch zahlreiche Illustrationen erläutert – darzustellen.

Der Vollständigkeit halber wird auch die bereits 1965 als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte Schwangerenvorsorge mit abgehandelt.

Die jeweiligen Einzel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die für die Durchführung der verschiedenen Untersuchungen verbindlich sind, sind jedem einzelnen Sachgebiet im Original vorgelegt; ebenso sind die dazugehörigen Formulare und Dokumentationsunterlagen, die der Arzt bei der Durchführung der Untersuchungen zu benutzen verpflichtet ist, mit abgedruckt.

Prof. Dr. H. BLÖMER: „**Auskultation des Herzens und ihre hämodynamischen Grundlagen**“. 2. Aufl., 348 S., 209 z. T. farbige Abb., kart., DM 34,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die Auskultation des Herzens ist für den Medizinstudenten und den Arzt draußen in der Praxis das Grundgerüst der kardiologischen Diagnostik.

RECORSAN[®]

- LIQUID . c. Rutin

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Bücher zur Rezension

Erst nach ihrer Ausschöpfung werden die Weichen für weitere Untersuchungen (Röntgen, EKG, Herzkatheter u. e.) gestellt.

Blömer versteht es meisterhaft in seinem jetzt in zweiter Auflage vorliegendem Buch die didaktischen Gegebenheiten einer Vorlesung in ein flott zu lesendes Buch umzumünzen.

Der allgemeine Teil enthält nach physiologischen Vorbemerkungen eine Erklärung der Herzschallphänomene nach dem heutigen Stand, während der spezielle Teil die Auskultationsbefunde bei Herzkleppendefekten, angeborenen Herzfehlern und entzündlichen Herzerkrankungen behandelt.

Das Buch kann in gleicher Weise dem Medizinstudenten als Lehrbuch wie dem praktisch tätigen Arzt, aber auch Facharzt, als Nachschlagewerk dienen, seine Anschaffung kann daher nur wärmstens empfohlen werden.

KELLER/WISKOTT: „Lehrbuch der Kinderheilkunde“. 1172 S., 526 Abb. In 678 Einzeldarstellungen, 97 Tab., Ganzleinen, DM 89,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das bekannte von den Verfassern herausgegebene Lehrbuch stellt sich im deutschen Sprachraum in seiner dritten Auflage vor. Unter Mitarbeit vieler Wissenschaftler, vorwiegend der Freiburger und Münchener Schule, ist auch jetzt wieder ein Werk entstanden, das unter Berücksichtigung auch der theoretisch ausgerichteten pädiatrischen Randgebiete wie Psychologie und Erziehung, soziale Pädiatrie, Vererbung usw. ein Nachschlagewerk sowohl für den Studenten als auch für den praktisch tätigen Arzt, den Facharzt, den Schularzt und andere mit Problemen der Pädiatrie konfrontierte medizinische Disziplinen darstellt.

Einzelne Kapitel, bei denen die Überschneidung mit angrenzenden Fachgebieten nahelegt, sind von den Autoren mehr informatorisch ausgelegt worden, wie es sich u. e. für chirurgische Probleme der Pädiatrie oder für orthopädische Erkrankungen ergibt. Literaturhinweise als Anhang ermöglichen hier ein vertieftes Studium. Insgesamt liegt ein Werk vor, das begründet seinen festen Platz in der Reihe bedeutender pädiatrischer Lehrbücher einnimmt.

Dr. H.-W. Eeslrey, München

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (08 11) 47 60 87 (Apparat 76).

BANZER: Medikamentenlehre für Krankenschwestern

BAUER Karl: Oktobertest

BAUER Robert: Einführung in die Röntgendiagnostik Innerer Organe

BEHLER: Das Kind (Eine Anthropologie des Kindes)

BIRKMAYER: Neurologie für die Praxis

BÖHLAU: Alter und Physiotherapie (Bad Sodener Geriatriisches Gespräch)

BORNEFF: Hygiene (Ein Leitfaden für Studenten und Ärzte)

BRÜCK: Kassenabrechnung für die Praxis

BRÜHL: Leber- und Gallenwegserkrankungen

BUCHENAU/SCHULTE-MARMELING: Diabetes-Diät für Kinder und Jugendliche

BÜCHNER: Die Koronarinsuffizienz in alter und neuer Sicht

BÜCHNER/ONISHI: Herzhypertrophie und Herzinsuffizienz in der Sicht der Elektronenmikroskopie

COMFORT / JOST / MANN / MOSHER / PETROV / RATNER / SINSHEIMER /

TRUXAL / BRAUN: Die biologische Zukunft des Menschen

CONDRAU: Einführung in die Psychotherapie

CONSTAM: Leitfaden für Zuckerkranken

COTTA: Orthopädie für die Praxis

CRONHOLM / EKMAN / ERIKSON / GUNNE / IDESTRÖM / KAIJ / KIHLOBOM /

MARTENS / STRÖM: Rauschmittel (Mißbrauch und Wirkungen Abhängigkeit erzeugender Drogen)

CZYCHOLL / DICHTL / FISCHER / KEESE / PENZKOFER / WALTER: Ratgeber für Wissenschaftliche Assistenten

DAVENPORT: Physiologie der Verdauung

DEMLING: Der kranke Magen

DENGLER: Pharmacological and Clinical Significance of Pharmacokinetics (englisch)

EGLI: Natur in Not (Gefahren der Zivilisationslandschaft)

FEY/KAISER: Knieppkur richtig durchgeführt

GAUER/KRAMER/JUNG: Physiologie des Menschen (Bd. 2: Energiehaushalt und Temperaturregulation; Bd. 4: Muskel; Bd. 5: Blut; Bd. 7: Niere und Wasserhaushalt; Bd. 10: Allgemeine Neurophysiologie)

GIBBS: Elektroencephalographie

GOLDECK: Das Symptom (Differentialdiagnostisches Skizzenbuch der Inneren Medizin)

GÖPPERT / GREINER / HEPP / HOFMANN / LORETZ / MOHR / SPECHT / WICKLER: Sexualität und Geburtenkontrolle

GREUER: Taschenbuch der Antibiotika-Therapie

GROSCH: Der Orthopäde Friedrich von Hessing

HABRICH: Apothekengeschichte Regensburgs in reichsstädtischer Zeit

HEESEN: Krankenpflegehelfer – Krankenpflegehelfer (Lehrbuch und Leitfaden)

HEIM/AMMON: Coffein und andere Methylxanthine

HENSCHEL: Die Verizenverödung (Verödungstherapie mit Aethoxysklerol-Kreuzler)

HEROLD: Hellwerte aus dem Bienenvolk

HESS: Zerebrale arterielle Durchblutungsstörungen

HETMANN: Das schwarze Amerika

HOEPKE/KANTNER: Das Muskelspiel des Menschen

HOFMANN Dieter: Die Fehlgeburt

HOLLAND/SKINNER: Analyse des Verhelbens

JOPPICH: Lehrbuch der Kinderheilkunde (begründet von Emil Feer)

KELLER Herold: Das Nechleben des antiken Bildnisses

KIRCHHOFF/MEYER-ERKELENZ: Präventive Kardiologie in der Bundeswehr

KLOSTERMANN/SÜDHOF/TISCHENDORF: Der diagnostische Blick (Atlas zur Differentialdiagnose innerer Krankheiten)

KUEMMERLE/GARRETT/SPITZY: Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie

LEVI: Vom Krankenbett zum Arbeitsplatz
 LUST/PFAUNDLER/HUSLER/MÖLLER: Krankheiten des Kindesalters
 MACEK: Neurologie in der ärztlichen Praxis
 MELZER: Wichtige Arzneimittel
 MERTZ: Elektrolytstoffwechsel und arterielle Hypertension
 NARCISS: Das große Buch der Gesundheit (Information und Vorsorge)
 NICKL: Strukturanalysen der Rehabilitation
 OHLER: Leitfaden der Blutstillungs- und Blutgerinnungsstörungen
 PETRIDES/WEISS/LÖFFLER/WIELAND: Diabetes mellitus
 ROSCHKE: Die proktologische Sprechstunde
 SOYKA: Kurzlehrbuch der klinischen Neurologie
 SCHEIDT: Naturkunde des Denkens (nach Beobachtungen an Kindern)
 SCHLAYER-PRÜFER: Lehrbuch der Krankenernährung
 SCHMIDT/MÖRIKE: Röntgenographisch-anatomischer Atlas
 SCHMIDT-VOIGT: Der Herzanfall
 SCHOLZ: Zuflucht bei Johann Schrotto
 SCHRIFTENREIHE der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft a. V.:
 Präventiva Medizin
 SCHÖTTERLE: Grundbegriffe der Ernährungslehre und Krankenernährung
 SCHÜTZ-ROTHSCHUH: Bau und Funktionen des menschlichen Körpers (Einführung in die Anatomie und Physiologie des Menschen für Hörer aller Fakultäten und für ärztliche Hilfskräfte)
 STINGL: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Krankheitslehre und Pflegetechnik)
 STRAUB: Augenspiegelkurs
 WOLFF: Die neue Praxis

Prof. Dr. Dr. H. E. GREWE/Dr. B. SACHSSE: „Der operierte Krenke — Die Nechsoorge in der Prexia“. 646 S., zahlreiche Abb. und Tab., Leinen, DM 88,—. Verlag Johann Ambrosius Barth, München-Frankfurt.

Hier wird Neuland geboten: Kliniker der verschiedensten Fachrichtungen referieren über postoperative Nachsorgemaßnahmen ihres Sachgebietes. Entstanden ist eine Synopsis, die dem in der Praxis tätigen Allgemein- wie Facharzt eine wertvolle Hilfe sein kann. Muß er doch nicht nur mit den Komplikationen und Folgezuständen nach Operationen vertraut sein, auch ihre Verhütung und Behandlung muß er kennen. Dabei muß er imstande sein, seine eigenen Grenzen abzustecken und genau zu wissen, was nicht mehr in seinen ambulanten Bereich, sondern in die Klinik gehört. Schließlich benötigt er Anhaltspunkte für eine sozialmedizinische Betreuung, wann er z. B. zu Fragen der Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit Stellung nehmen soll. Wenn dem Arzt in der Praxis die Art der Operation, die damit geschaffene anatomische Veränderung und die funktionellen Auswirkungen bekannt sind, so hat er die Grundlagen für eine sinnvolle Nachbehandlung der ihm anvertrauten Patienten. Somit ist das vorliegende Werk ein echtes Buch der Praxis, von Klinikern geschrieben, die Themen straff ge-

faßt, weitgehend frei von theoretischen Abschweifungen. Es ist einem weiten Kreis von Lesern zu empfehlen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Prof. Dr. Dr. Dr. W. HALLERMANN: „Forensische Jugendpsychiatrie“. 42 S., kart. DM 7,20. C. Marhold Verlag, Berlin.

Die Schrift erscheint als Heft 1 der Reihe „Sonderpädagogik und Medizin“. Hallermann, Kial, und v. Karger unternehmen es darin, eine Brücke zu schlagen zwischen Pädagogik und forensischer Psychiatrie. Die ersten beiden Abschnitte enthalten Begriffs- und Definitionen des Aufgabenbereiches, sowie eine kurze Schilderung der historischen Entwicklung des Zweiges forensische Jugendpsychiatrie. Die folgenden Kapitel führen in das noch junge, aber wichtige Grenzgebiet von Medizin und Recht gut verständlich und in knapper Form ein. Den zentralen Teil des Heftes bildet der Abschnitt über das Jugendgerichtsgesetz, weitere wichtige Abschnitte behandeln die Beurteilung der Glaubwürdigkeit und die strafrechtliche Verantwortlichkeit. Dem Ziel der Autoren entsprechend, eine Einführung zu geben, können die Probleme, bei dem geringen Umfang der Schrift, nur angerissen werden. Es ist dennoch erstaunlich, welche große Zahl

von Aspekten aufgezeigt wird, besonders dort, wo die Problematik der Lebensphasen und die ihrer Grenzen beim Jugendlichen und Heranwachsenden skizziert werden. Auf so knappem Raum einen Problemkreis souverän darzustellen ist möglich durch die besondere Erfahrung der Autoren auf forensisch-gutachterlichem Gebiet. Die Schrift wird dem forensisch interessierten Arzt eine gewinnbringende Lektüre sein, weil sie die Einstellung profilierter Kenner der Materie nahe bringt. Aus diesem Grund kann das Heft auch in der Praxis bei gutachterlicher Tätigkeit von Nutzen sein.

Dr. G. Reinhardt, Erlangen

Prof. Dr. G. W. KORTING: „Therapie der Hautkrankheiten“. 304 S., 137 Abb., Balacuir, DM 58,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die Therapie der Hautkrankheiten hat sich in den letzten Jahren wie auch in anderen Fachdisziplinen der Medizin wesentlich geändert. Die Konzipierung neuer Gesichtspunkte in Diagnostik und Therapie hat hierbei nicht unwesentlich zu einem Wandel beigetragen.

So nimmt es nicht Wunder, wenn bereits nach zwei Jahren eine Neuauflage des Buches von Korting „Therapie der Hautkrankheiten“ notwendig wurde. Die Einfügung neuer therapeutischer Aspekte bei verschiedenen Hautkrankheiten, wie z. B. die Wirkung des Kortisons bei schweren Hämangiomatosen oder der hochdosierte zytostatische Effekt bei manchen Karzinomen und Retikulosen, machen dies sicher verständlich. Das bewährte Prinzip eines Lehrbuches für die Praxis wurde aber beibehalten, das in knapper, konzentrierter Form in 33 Kapiteln nach Erörterung der Ätiopathogenese das Wichtigste über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Einschluß der venerischen und nicht venerischen Genitalerkrankungen und der Fertilitäts- und Potenzstörungen bündig bringt. Ausgezeichnet die reichhaltige Bebilderung, wann man auch sich das eine oder andere Bild gerne in Farbe wünschte. Zusammenfassend handelt es sich um ein sehr praxisnah geschriebenes Buch, das nicht nur der Dermatologe, sondern auch der an dermatologischen Fragen interessierte Praktische Arzt häufig zu Rate ziehen wird.

Dr. G. Vorberg, München

Die meldepflichtigen Übertragbaren Krenkheiten in Bayern im Monat August 1971*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scherlachfälle ging im Berichtsmonat zurück, wie dies auch bisher in den meisten Jahren im Ferienmonat August der Fall war. Auf 100 000 der Bevölkerung entfielen durchschnittlich 15 Meldungen (umgerechnet auf ein Jahr). Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung war gegenüber dem Vormonat nur wenig verändert.

An Typhus, Paratyphus und Ruhr erkrankten auch im August nur wenige Menschen. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erzeugte Darmentzündung) blieb im Berichtsmonat auf gleicher Höhe wie im Vormonat; auf 100 000 Einwohner trafen 28 Erkrankungen. Fälle von Hepatitis Infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden ebenfalls in einer Häufigkeit von 28 je 100 000 Einwohnern gemeldet.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. August 1971 (vorläufiges Ergebnis)

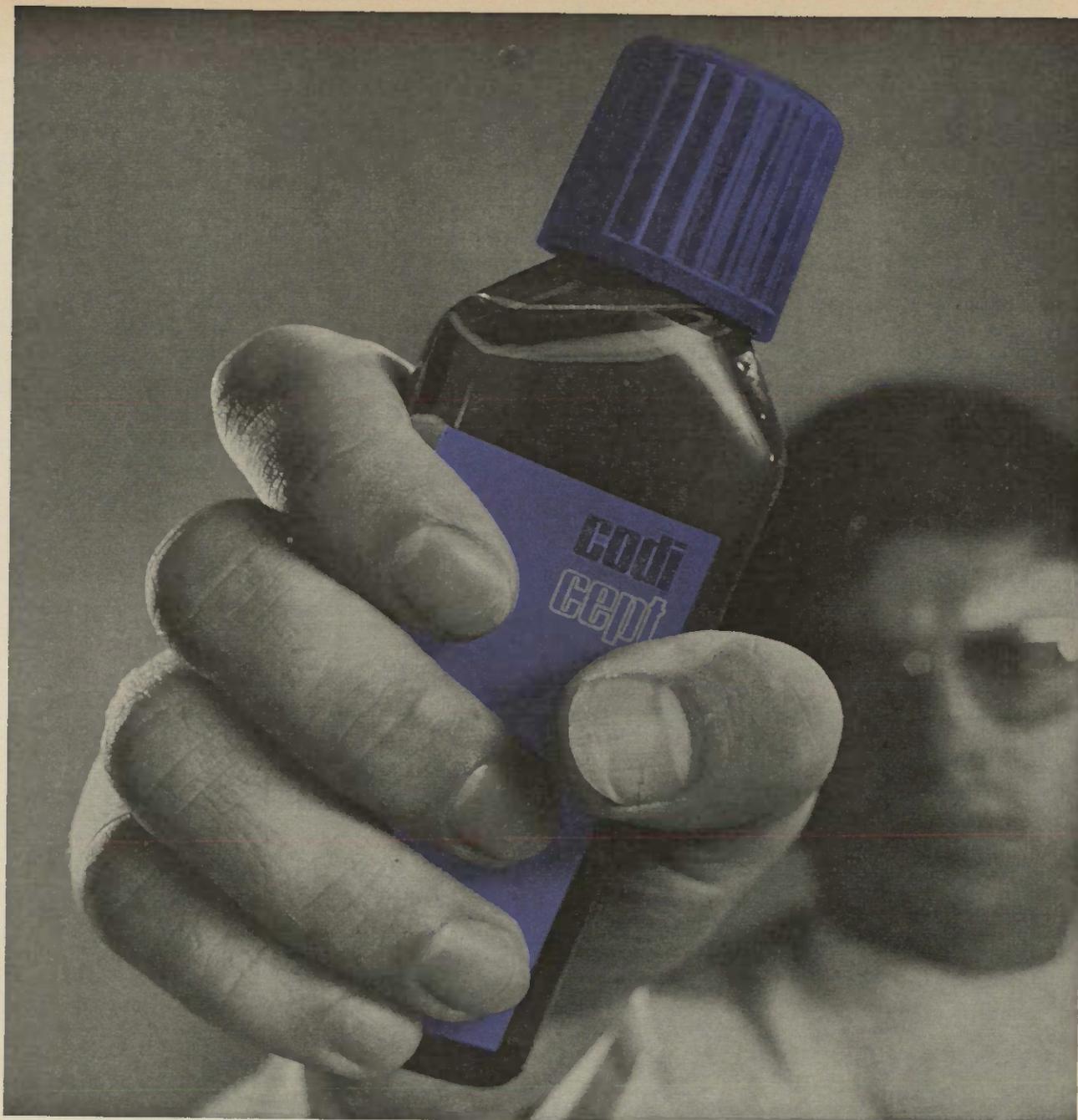
Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Sakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa		Sollulismus			
							Hirnhautentzündung		Salmonellose								übrige Formen							
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	2	—	41	—	—	—	7	1	17	2	2	—	2	—	3	—	11	—	87	—	2	—	1	—
Niederbayern	—	—	11	—	—	—	3	1	6	1	—	—	—	—	2	—	1	—	31	—	6	—	—	—
Oberpfalz	—	—	7	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	—	2	—	27	1	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	17	—	—	—	3	—	10	2	—	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	22	—	—	—	5	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	18	—	—	—	2	—	12	1	2	2	1	—	—	—	—	—	22	—	3	—	—	—
Schwaben	—	—	10	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	2	—	2	—	20	—	3	—	1	—
Bayern	2	—	126	—	—	—	25	3	64	6	4	2	3	—	8	—	16	—	231	1	15	—	2	—
München	—	—	24	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	1	—	10	—	44	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	10	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infectiosa		Milzbrand		Ornithose (übrige Formen)		Leptospirose				Malaria				O-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
							Well-sche Krenkhall		Feld-fieber		übrige Formen		Ersi-erkren-kung										Rück-ell	
							E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
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	67	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
Oberpfalz	31	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Oberfranken	21	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	13	—
Mittelfranken	28	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Unterfranken	28	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Schwaben	34	—	1	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	5	—
Bayern	228	3	3	—	1	—	2	1	1	—	1	—	2	—	1	—	1	—	3	—	8	4	25	—
München	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Serührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.



codicept[®]

für Ihren ungehorsamen Huster

- Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden
- Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten
- Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

codicept[®] Kapseln
 1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein
 morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

codicept[®] Retardsaft
 Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen
 Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren je 1/2 Teelöffel
 Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel
 Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel
 Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel
 Flasche mit 90 ml Retardsaft



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

Therapeutika

Aspirin® plus C

Zusammensetzung:

1 Brausetablette: 0,4 g Acetylsalicylsäure + 0,24 g Vitamin C

Indikationen:

Kopfschmerzen nach Überforderung, Überarbeitung, Abgespanntsein, (Stresskopfschmerzen) nach zuviel Alkohol- und Nikotingenuß, bei Wetterfühligkeit; Erkältung und Grippe.

Kontraindikationen:

Keine

Anwendung:

Brausetablette in einem Glas Wasser auflösen

Dosierung:

Einzelosis: 1–2 Brausetabletten

Tagesosis: bis 6 Brausetabletten

Handelsformen und Preise:

10 Brausetabletten in Aluminiumfolie eingesiegelt DM 3,20

Hersteller: Bayer, 5090 Leverkusen

Dioxinin®

Zusammensetzung:

1 Tablette: 0,2 mg α -Acetyldigoxin. Seine Vorzüge: Rascher Wirkungseintritt, volle Glykosidwirkung durch hohe Resorptionsquote, gute Steuerbarkeit.

Dioxinin® erwies sich in Klinik und Praxis als besonders gut verträgliches Herzglykosid.

Indikationen:

Herzinsuffizienzen aller Formen und Schweregrade, auch dekompensierte muskuläre Herzinsuffizienz, ferner akute, durch Vitien bedingte Herzinsuffizienzen sowie dekompensierte bradykarde Herzinsuffizienz.

Dosierung:

Mittlere Sättigungsdosis 4 x 1 Tablette tgl. 3–4 Tage lang. Nach Erreichen der Volllättigung Übergang auf mittlere Erhaltungsdosis mit 2 x 1 Tablette tgl. als Dauertherapie.

Handelsformen:

Packungen mit 20 und 50 Tabletten

Hersteller: C. H. Boehringer Sohn, 6507 Ingelheim

Ferrum Klinge®

Zusammensetzung:

Je Kapsel: 220 mg Eisenfumarat (= 70 mg Fe²⁺) 210 mg Bernsteinsäure

Indikationen:

Zur Substitution bei Eisenmangel

Eigenschaften:

In Ferrum Klinge sind alle Erkenntnisse und Erfahrungen genutzt, die nach dem heutigen Stand der modernen Wissenschaft geeignet sind, eine optimale Verträglichkeit bei hoher Resorptionsquote zu gewährleisten.

Ferro-Fumarat, eine Verbindung von zweiwertigem Eisen und Fumarsäure, hat sich als besonders verträglich erwiesen.

Bernsteinsäure fördert die Resorption von Ferro-Eisen. Bei niedrigerer Einzelosis – Ferrum Klinge enthält pro Kapsel 70 mg elementaren Eisens – wird in ihrer Anwesenheit etwa die gleiche Menge resorbiert wie aus 100 mg Eisen ohne Zusatz von Bernsteinsäure. Die Senkung der Einzelosis trägt zusätzlich zur Verbesserung der Verträglichkeit bei.

Überdies wirkt Ferrum Klinge durch sein Pellet-System schleimhautschonend. Es verhindert eine plötzliche Überflutung und setzt das Eisen so frei, daß es im resorptionsgünstigsten Bereich, dem Duodenum, die höchste Konzentration erreicht.

Dosierung:

1 Kapsel morgens nüchtern einnehmen, bei hohem Eisenbedarf gegebenenfalls eine zweite am Abend.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 20 Kapseln DM 9,50

Packung mit 50 Kapseln DM 22,60

Hersteller: Klinge, 8000 München 23

Kelk-xitix®

Zusammensetzung:

1 Kalk-xitix-Brausetablette enthält: Vitamin C 1000 mg, Vitamin D₂ 400 I.E., Calc. carbonic. 650 mg, Citronensäure 1600 mg

Indikationen:

Bei erhöhtem Bedarf an Vitaminen und Kalzium in der Wachstumsperiode, während der Schwangerschaft und Stillzeit, zur Sicherstellung des Kalkbedarfes im vorgerückten Alter, Förderung einer gesunden Skelett- und Zahnentwicklung im Wachstumalter, bei Kalkarmut der Knochen, zur Unterstützung der Knochen- und Wundheilung, bei starker körperlicher und geistiger Anspannung, Infektionskrankheiten, Rekonvaleszenz.

Dosierung:

Bei Bedarf 1–2 x tgl. eine Brausetablette in $\frac{1}{2}$ –1 Glas Wasser vollständig lösen, dann trinken.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 10 Brausetabletten DM 5,15

Packung mit 20 Brausetabletten DM 9,75

Hinweis:

Kalk-xitix-Brausetabletten sind zuckerfrei und für Diabetiker daher uneingeschränkt geeignet.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege

inimur®

multivalentes Spezifikum zur umfassenden Therapie vaginaler Infektionen

Zusammensetzung:

Es enthalten 1 Dragée 200 mg - 1 Vaginalstäbchen 250 mg 5- (Methylthiomethyl)-3- (5-nitro-2-turfurylidene-amino) - oxazolidin-2-on (Nifuratel)

Indikationen:

Fluor und Scheidenentzündungen bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau.

Kontraindikationen:

Bisher keine bekannt.

inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten.

Dosierung:

inimur-Dragees:

7 Tage lang 3 x tgl. 1–2 Dragées nach dem Essen einnehmen

inimur-Vaginalstäbchen: 10 Tage lang abends 1 Vaginalstäbchen, bei schweren Infektionen, insbesondere bei flächenhaften Soor-Kolpitis 10 Tage lang je 1 Vaginalstäbchen morgens und abends tief in die Scheide einführen.

Kombinierte Behandlung: Zur Erzielung optimaler Ergebnisse empfiehlt sich in allen Fällen von Trichomoniasis und Mischinfektionen stets die kombinierte orale und lokale inimur-Therapie.

Dosierung zur Partnerbehandlung: Bei einer Trichomonaden-Infektion der Frau sollte der Partner in jedem Fall mitbehandelt werden, da er prinzipiell als Reinfektionsquelle angesehen werden muß.

Bei symptomlosen Patienten 7 Tage lang 3 x tgl. 1 Dragée, bei entzündlichen Erscheinungen (Urethritis)

7 Tege leng 3 x tgl. 2 Dragées nach dem Essen einnehmen.

Handelsformen und Preise:

OP 21 Dragées DM 15,10

OP 10 Veginelstübchen DM 8,75

Kombinationspackung mit 10 Veg.-Stäbchen und 21 Dragées DM 23,85

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege

Microcillin®

rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

Jede Injektionsflasche enthält in Substanz 0,558 g bzw. 1,116 g bzw. 2,232 g α -Carboxybenzylpenicillin-Dinatrium, entspr. 0,5 g bzw. 1,0 g bzw. 2,0 g Microcillin.

Jede Infusionsflasche enthält in Substanz 5,58 bzw. 11,16 g α -Carboxybenzylpenicillin-Dinatrium, entspr. 5,0 g bzw. 10,0 g Microcillin.

Indikationen:

Bakterielle Infektionen mit Keimen, die in seinem Wirkungsbereich liegen, besonders jedoch mit Pseudomonas-aeruginosa und Proteusarten.

Kontraindikationen:

Erwiesene Penicillinüberempfindlichkeit.

Anwendung:

Microcillin eignet sich besonders zur i. v.-Injektion und Infusion in ca. 10%iger wäßriger Lösung. Die i. v.-Injektion sollte langsam, d. h. über mehrere Minuten, erfolgen. Empfohlene Laufzeit für die Infusion ca. 60–90 Minuten. I. m.-Applikation ist möglich (Injektionsvolumen berücksichtigen!)

Dosierung:

Richtet sich nach der Empfindlichkeit der Erreger und Schwere des Krankheitsbildes: durchschnittliche Tagesdosen für Erwachsene 4–30 g und mehr; Kinder bis 6 Jahre 100–300 mg/kg.

Handelsformen und Preise:

Schachtel mit 10 Inj.-Flaschen zu 0,5 g + 10 Ampullen zu 5 ml Wasser für Injektionszwecke DM 103,25

Schachtel mit 10 Inj.-Flaschen zu 1,0 g + 10 Ampullen zu 10 ml Wasser für Injektionszwecke DM 202,30

Schachtel mit 5 Inj.-Flaschen zu 2,0 g + 5 Ampullen zu 20 ml Wasser für Injektionszwecke DM 198,30

Schachtel mit 5 Infus.-Flaschen zu 5,0 g + 5 Flaschen zu 100 ml Wasser für Injektionszwecke DM 475,80

Schachtel mit 1 Infus.-Flasche zu 10,0 g + 1 Flasche zu 100 ml Wasser für Injektionszwecke DM 184,50

Schachtel mit 3 Infus.-Flaschen zu 10,0 g + 3 Flaschen zu 100 ml Wasser für Injektionszwecke DM 560,95

+ 3 Überleitungsgeräte

+ 3 Infusionsgeräte

Hersteller: Bayer, 5090 Leverkusen

Protasin®

Zusammensetzung:

1 Dregée enthält 0,5 mg Scillarenin- β -rhemnosid

Indikationen:

Dekompensierte und kompensierte Herzinsuffizienz, Altersherz. Bei Unverträglichkeit der Digitalistherapie sowie bei digitalis- und strophenthinrefraktären Fällen.

Kontraindikation:

nicht bekannt

Dosierung:

Je nach Schwere der Erkrenkung.

Empfohlene Dosen bis zur Kompensation: 3 x 1 Dregée tgl.; zur Erhaltung: 1–2 Dregées tgl.

Bei Bedarf können diese Dosen überschritten werden.

Handelsform:

OP zu 50 Dragées.

Hersteller: Bayopharm, 5000 Köln 80

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.

November 1971

1. – 4. 11. in Baden-Baden:

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

1. – 4. 11. in Bonn-Bad Godesberg:

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin. Auskunft: Dr. med. H. A. Gerlech, 8080 Fürstenfeldbruck, Kögelstraße 2.

1. – 7. 11. in Baden-Baden:

40. Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungshellkunde. Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungshellkunde, 6900 Heidelberg 1, Blumenthalstraße 38.

2. – 5. 11. in Neuherberg:

Strahlenschutzkure / 1. Fortbildungskure. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

4. – 6. 11. in Berlin:

4. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. E. Sellmg, 1000 Berlin 44, Mariendorfer Weg 28-38.

8. – 12. 11. in München:

Sozialmedizinischer Informationskure (I). Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

80 Tabl. (30 Tage) 9,35 DM
160 Tabl. (60 Tage) 15,40 DM

COGITAN

Bei arbeits- und altersbedingter Leistungsminderung, Konzentrationsmangel, Gedächtnisschwäche, nervöser und seelischer Erschöpfung

Synthera

BIOLOGISCHE
HEILMITTEL

bewährt seit über 30 Jahren!

DR. FRIEDRICHS & CO · 5630 REMSCHEID · LENNEP · POSTFACH 156



COGITO ... ERGO SUM

8. – 12. 11. in Neuherberg:
Strehlenschutzkurs / 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strehlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

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

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

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

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

13. 11. in Wiesbaden:
Europäisches Symposium „Hämorrhoiden, Sphinkterineuffizienz und Refluxösophagitis.“ Auskunft: Deutsche Klinik für Diagnostik AG, Frau Certes, 6200 Wiesbaden, Aukammallee 33.

14. – 15. 11. in Bochum:
Fortbildungsveranstaltung: Treumetologie. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6.

15. – 16. 11. in Buenos Aires:
XXXVI. Internationaler Homöopathischer Kongress der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis. Auskunft: Dr. med. K.-H. Illing, 3500 Kessel, Elsässer Straße 18.

17. – 21. 11. in Wiesbaden:
Wiesbedener Tagung der Arbeitskreise für Augenärzte. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, 4000 Düsseldorf-Oberkassel, Wildenbruchstraße 21.

20. 11. in Innsbruck:
Symposium: Psychomotorische Faktoren der sportlichen Leistung. Aus-

kunft: Bayerischer Sportärzte-Verband, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.

22. 11. – 17. 12. in Berlin:
Arbeitsmedizinischer Grundlehrgang, Stoffplan II. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

28. 11. – 4. 12. in Mexico:
5. Weltkongress für Psychiatrie. Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH – Kongressabteilung, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25/27.

29. 11. – 4. 12. in Wiesbaden:
Gynäkologisches und Geburtshilfliches Symposium am Krankenbett. Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.

29. 11. – 16. 12. in Berlin:
4. Klinische Fortbildung. Auskunft: Frau i. F. e. j. e (Sekretariat Prof. Dr. W. Helm), 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1.

Dezember 1971

3. – 5. 12. in München:
Tagung der Münchener Otolaryngologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Naumann, Direktor der HNO-Klinik der Universität, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 4e.

3. – 5. 12. in Nürnberg:
22. Nürnberger Fortbildungskongress der Bayerischen Landesärztekammer, verbunden mit Praktischem Laboremium und Geräteausstellung (Wissenschaftliche Ärzteschulung Nürnberg). Thema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie – Krebserkennung. Auskunft: Bayerische Lande-

ärztekammer, 8000 München 80, Mühlabaurstraße 16.

3. – 4. 12. in Höhenried:
4. Wissenschaftliches Symposium über Probleme und Praxis der Gesundheitsbildung. Auskunft: Sekretariat der Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

4. 12. in Wien:
Sitzung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Angiologie. Auskunft: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Angiologie, A-1090 Wien, Aiserstraße 4.

10. – 12. 12. in München:
11. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3.

10. – 11. 12. in Nürnberg:
Symposium über Immunsuppressive Therapie von Nierenkrankheiten nach Nierentransplantationen. Auskunft: Prof. Dr. med. Gessler, 4. Medizinische Klinik, 8500 Nürnberg, Konsumgarten 14–18.

10. – 12. 12. in München-Grünwald:
5. Internationale wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärzteverbandes. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzteverbandes, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.

Bellagenhinweis:
Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
**Swiss Pherme GmbH, Lörrech
Bene-Chemie, München-Solln
UCB-Chemie, Sindorf
Brücke Verlag, Melnz**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlabaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 80 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Zeugspreise vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 62 62, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41–48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegremmadresse: etles-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hene Zauner jr., 8080 Dachau.

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

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