



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

April 1972

## Aktion „Grün für unsere Kinder“ \*

von Dr. Fritz P i r k l

Bayerischer Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung

Auf der Suche nach den Ursachen gesellschaftspolitischer Fehlentwicklungen mit oft gefährlicher Wirkung stoßen wir auf eine Einstellung der Menschen unserer Zeit gewissen Gruppen der Bevölkerung gegenüber, die man als schizoides Verhalten bezeichnen kann. Solche Einstellungen finden wir gegenüber den alten Menschen oder gegenüber der Gruppe der behinderten Menschen. Leider finden wir die gleiche Einstellung auch unseren Kindern gegenüber. Solange die Kinder nicht stören, gibt sich unsere Gesellschaft kinderliebend. Wo diese Einstellung dagegen gefordert wäre, weil eben Kinder manchmal stören, dort endet die Kinderliebe.

Ähnlich ist das Verhalten gegenüber den Alten und gegenüber den Behinderten. So kann es aber nicht bleiben. Unsere Gesellschaft muß, wenn sie sich friedlich und glücklich weiter entwickeln will, harmonische Lebensräume schaffen, in denen alle gut zusammenleben vermögen.

So verstehen wir den Sinn der Aktion „Grün für unsere Kinder“. Unseren Kindern soll in ihrer unmittelbaren Erlebniswelt, in ihrer Wohnungsnachbarschaft, die notwendige Entfaltung in sinnvoller Regelung ermöglicht werden. Die Aktion ist für alle demokratischen Kräfte aufgeschlossen und soll weder parteipolitisch noch gewerkschaftlich noch ideologisch oder konfessionell auf irgendeine Richtung festgelegt werden. Sie soll als allgemeines humanes Anliegen von allen mitgetragen werden.

Dankbar sei erwähnt, daß die Initialzündung zu unserer Aktion von der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft ausgelöst wurde. Der Mann, der das Zündholz an die Zündschnur legte, Herr DAMKÖHLER, hat wiederholt hervorgehoben, daß die Aktion besonders für die Kinder in den Städten, in den verdichteten Wohngebieten bedeutsam sei. Diese Feststellung ist

zu unterstreichen, hat aber keinen Ausschließlichkeitscharakter. Denn Kinder in ländlichen Gegenden leben oft nicht weniger unfallgefährdet als Stadtkinder.

Manche mögen gefragt haben, wieso diese Aktion von einer Gewerkschaft gestartet worden ist. Genau so gut könnte man fragen, warum sich der Sozialminister einer solchen Aktion mithandelnd zur Verfügung stellt. Als Antwort darf ich einen Abschnitt aus einem Vortrag von Herrn Professor Hans ZBINDEN über „Die Lage des Kindes in der technischen Welt von heute“ zitieren<sup>1)</sup>:

„Jede Epoche wird vor andere Aufgaben gestellt. Im Verlauf der letzten 100 Jahre war es der Kampf um den Acht-Stunden-Tag, für obligatorische Alterspensionen, Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit, Krankheit und Armut. Dieser Kampf liegt heute größtenteils hinter uns; dank ihm sind diese Aufgaben heute von unserem sozialen Gewissen als selbstverständliche Forderungen anerkannt. Jetzt und in den kommenden Jahrzehnten werden wir für die Verwirklichung höherer geistiger Forderungen und die Verbesserung des psychologischen Klimas sowohl für das Kind als auch für die Alten kämpfen müssen. Auf diese Weise sollte es im Verlaufe der nächsten 30 Jahre ein selbstverständliches moralisches Gebot der modernen Gesellschaft werden, daß neben dem Alten auch dem Kind inmitten der Veränderungen der technischen Welt der lebenswichtige Raum für freies und unbehindertes Spiel gegeben werde.“

Der erste Aufruf der DAG vom 3. Juli 1970 und die Derlegungen der DAG vom 31. Juli 1970 waren recht drastisch, zeigten aber, wo es fehlt: „Hausordnungen, die sich wie ein Auszug aus dem Strafgesetzbuch lesen, wichtigsterische Hausverwalter, Hausmeister, die sich als Hilfspolizisten aufspielen, Wohnungsgesellschaften, die ihre Grünanlagen als Freilichtmuseum betrachten, grentige alte Leute, die vergessen, wer einmal ihre Renten beziehen soll – sie alle wirken zu-

<sup>1)</sup> Überarbeitete Fassung eines Referates vor dem Kuratorium „Grün für unsere Kinder“ am 20. Januar 1972 in München.

sammen, Jugendliche von den Rasenflächen auf schmutzige Sandplätze oder Ödflächen oder die Straße zu vertreiben“.

Die Reaktion auf solche Zustände und ihre öffentliche Schilderung ist sehr leicht eine Übertreibung nach der anderen Seite. Etwa der Ausspruch: „Stürmt doch einfach die Grünanlagen . . . laßt euch vom Hausmeister nicht verjagen“<sup>2)</sup>). So radikal meinen wir unsere Aktion nicht. Dies wäre mehr oder weniger eine Vorstufe zu Hausbesetzungen, ein Aufruf zur Antiautorität. Vor allem muß man viele Hausmeister und -verwalter in Schutz nehmen, wenn ihre persönliche Einstellung zum Kind an dem abgelesen wird, was sie als beauftragte Vertreter einer Mietergemeinschaft oder eines Hausbesitzers tun müssen. Sie sind auch keine psychologisch geschulten Pädagogen. Man soll sie nicht überfordern.

Wir stellen uns vor, daß die Eltern sich für ihre Kinder zusammenschließen und einen Stimmungsumschwung in ihren Wohngemeinschaften einleiten. Denn erzwungene Freiheit der Kinder schlägt in vermehrte Kinderfeindlichkeit der überrumpelten Mitbewohner um. Damit ist nicht gedient, denn es geht nicht nur um den grünen Rasen, sondern um „Grünes Licht für unsere Kinder“ im gesamten nachbarschaftlichen Lebensbereich. Natürlich geht es sehr wesentlich um die Aufhebung mancher Verbote, denn wo ihr Sinn nicht mehr erkennbar ist, werden sie auch nicht mehr beachtet. Guter Wille und Toleranz und ein unvermeidbares bleibendes Stück Ordnungsliebe der Kinder lassen den richtigen Weg finden.

Dieser richtige Weg muß in einer freiheitlichen, auf demokratische Selbstbestimmung gegründeten Gesellschaft von der Mehrheit der Bevölkerung getragen werden. Sehr richtig haben deshalb mehrere große Wohnungsunternehmen Mieterbefragungen durchgeführt, um festzustellen, welches Maß an „Grün für unsere Kinder“ durchsetzbar erscheint und wo die Grenzen der nachbarlichen Toleranz liegen. Die Befragungsergebnisse zeigen, daß sehr viel guter Wille auch kinderloser Nachbarn da ist, daß sich andererseits zahlreiche Eltern nicht an solchen Umfragen beteiligen, obwohl ihre Kinder von einem positiven Ergebnis den Nutzen gehabt hätten. Bemerkenswert ist, daß die überwiegende Zahl der Stimmen gegen eine Freigabe von Grünflächen von Mietern abgegeben wurden, die selbst keine Kinder im Haushalt haben. Von den Stimmen für eine Freigabe dagegen stammen immerhin auch 40 % von Haushalten ohne Kinder. Die Befragungsergebnisse zeigen im Durchschnitt der Antworten, daß kinderlose Haushaltungen meist gegen Kinderspiel auf wohnungsnahen Anlagen sind. Sie zeigen aber auch, daß starke Minderheiten der kinderlosen Haushaltungen für das erlaubte Spiel der Kinder in den Grünanlagen vor den Wohnungsfenstern eintreten, während ein beachtlicher Teil der Eltern selbst an Befragungen nicht teilnimmt. Die Auswertung der Befragungen durch Wohnungsgesellschaften brachte über-

einstimmend das Ergebnis, daß manches mit Zustimmung der Mehrheit der Bewohner möglich ist und —, daß mehr möglich wird, wenn man das Anliegen mit den Mietern diskutiert. Deshalb scheint mir der Schlüssel zu weiteren Erfolgen in einer Einflußnahme auf das Maß der Kinderfreundlichkeit in der Mieterschaft und in den Verwaltungen der Wohnungsgesellschaften zu liegen. Nur so kann die Problematik bewältigt werden, die in der Begründung des Urteils im Frankfurter „Rasenprozeß“ des Frankfurter Amtsgerichts vom 20. Oktober 1970 in grotesker Deutlichkeit sichtbar wird:

„Die für die Erhaltung der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit notwendige Ruhe und Entspannung können die Bewohner der an die Grünanlagen angrenzenden Reihenhäuser nicht finden, wenn diese Rasenflächen zwischen den einzelnen Häuserzeilen den Kindern als Spielplatz dienen sollen. Kinder pflegen bei ihren Bewegungsspielen sehr laut zu sein. Nach der Ansicht des Gerichts müssen Kinder bei ihren Spielen auch toben und schreien können. Das gehört notwendig zu ihrer gesunden Entwicklung und kann und darf ihnen nicht verboten und verwehrt werden. Um so notwendiger ist es, daß die Spielplätze der Kinder zwar in der Nähe der elterlichen Wohnung, aber doch so gelegen sind, daß möglichst wenige Anwohner durch den Lärm der spielenden Kinder in ihrem Ruhebedürfnis beeinträchtigt und gestört werden.“ — Soweit aus der Urteilsbegründung. Ein wirklich salomonisches Urteil: Kinder müssen spielen und müssen beim Spielen toben und schreien dürfen. Aber weil sie dies dürfen müssen, dürfen sie es nicht dort, wo andere in einem anderen Bedürfnis gestört werden, nämlich in ihrer berechtigten Erwartung, in ihren Wohnungen Ruhe und Entspannung zu finden. Arme Hausverwaltung, die hier den richtigen Kompromiß treffen soll. Geht das überhaupt? Oh ja! Wir haben genug Beispiele, daß es beim notwendigen Maß an Toleranz, Ideenreichtum und einem Mindestmaß an Ordnung, die auch Kinder einhalten müssen, ganz gut geht.

Durch eine geschickte Anordnung von Geräten, Abschirmung zu den Wohnhäusern und Einführung von Spielzeiten kann schon von der Anlage und Organisation her vielen Wünschen Rechnung getragen werden. Die ersten Erfahrungen mit der Aktion „Grün für unsere Kinder“ beweisen aber, daß wir nur wirklich vorankommen werden, wenn es gelingt, eine allgemeine Rückbesinnung auf das Wesen und die Welt des Kindes in der Öffentlichkeit zu ermöglichen. Der lärmgeplagte Mensch des technischen Zeitalters empfindet offenbar Kinderspiel zunächst nur als den am leichtesten „abstellbaren“ Lärm und setzt sich dagegen zur Wehr. Das Kind bleibt dabei auf der Strecke. Wer von den Erwachsenen denkt dabei daran, daß ein Kind täglich soviel Zeit aufs Spielen verwendet wie der Erwachsene auf seine Arbeit? Früher dachte man daran offenbar mehr als heute. Aus der Gründungszeit der Schrebergartenvereine wird uns berichtet<sup>3)</sup>:

„Das erste ist die Spielwiese, das zweite sind die Gärten! Der Tummelplatz für die Kinder beherrscht zentral und bestimmend das Vereinsgelände; er dient den Kindern für ihre Sing-, Lauf-, Kampf-, Wettspiele sowie der Turnerei ohne Geräte oder mit diesen und im Winter dem Schlittschuhlauf. Dort hält man die Kinderfeste ab, von dort beginnen die Wanderungen der Jugend, dort schalten sich die Spielleiter und seine Helfer ein. Wird an der Spielwiese ein Vereinshaus gebaut, so umfaßt es als Zentrum einen weiten Raum oder eine Halle, in der die Kinder bei ungünstigem Wetter unter Aufsicht spielen und turnen, wo auch Weihnachtsfeiern, Rosenfeste, Gartenbauausstellungen, Familienabende und Vorträge stattfinden.

Was immer in Schrebervereinen geschieht, steht zuerst unter dem Leitwort: Kommt, laßt uns unseren Kindern leben!“

Das alles möchte man sich doch heute für jede größere Wohnanlage für die Kinder und auch für das gesellige Zusammensein der Erwachsenen wünschen, um der Platznot der Kinder und der Vereinsamung der Großen zu begegnen. Das alles müssen wir fordern, weil uns die Wissenschaft sagt, daß Mangel an schöpferischem und aktivem Spiel bei Kindern Phantasiearmut, Nervosität und Gereiztheit, Freizeitvergeudung und Vergnügungssucht, Aggressivität und Rowdytum vieler Halbwüchsiger auslösen kann. Professor Hans Zbinden, den ich schon zitierte, sagt mit Recht (aaO): „Wir sind heute Zeuge von Ausbrüchen wilder Zerstörungsinстинkte in jungen Menschen; sie sind nichts anderes als mißleitete Kampflust, verdrängter Abenteuerlenn, die sich in der Kindheit nicht in normaler Weise ausleben konnten.“

Fragen wir zunächst nach den Spielbedingungen, die das kleine Kind erwarten darf: Es braucht den wohnungsnahen Spielplatz, aber nicht einen perfektionierten Spielplatz mit vielen Geräten, sondern einen Garten, in dem es spielen darf. Kinder mögen nur ungern von allen Seiten beguckt werden, der Garten soll ihnen nicht nur bis zum Knöchel gehen, sie sollen darin „versinken“. Nur die ganz Kleinen erleben noch das Wunder, daß ihnen die Rosen über den Kopf wachsen.

Schnellwachsende Hecken müssen gepflanzt werden, mammothafte Herkulesstauden, Goldruten und Mauern von Sonnenblumen. Kinder brauchen einen Rasenfleck, wo sie auf dem Rücken liegend Schäfchenwolken zählen, oder eine Hecke zum Verstecken, ein Gebüsch zum Hineinkriechen, ein paar Treppenstufen zum Darüberspringen. Keine dieser Glückseligkeiten bedarf eines großen Aufwandes. In einem Feuilleton-Artikel \*) las ich: „Ist es nicht wunderbar: Die Menschen fast aller Religionen stellen sich unter dem Paradies einen Garten vor. Einen Garten voller Sichvertragen, voll Blumenduft und Vogelsang, geheimnisvoll im Zauber seiner Quellen, voll süßer Frucht und voller Spiel.“ Diese Gärten sind auch in unseren städtischen Wohnsiedlungen vielfach vorhanden. Denn im Gefolge der

Charta von Athen haben wir in unserer bundesdeutschen und bayerischen Bauordnung eine Durchgrünung der vielen neuen großen Wohnanlagen erreicht. Sollen unsere Kleinkinder und unsere kleinen Kinder tatsächlich aus diesem Paradies verbannt bleiben? Nur weil sie manchmal laut sein könnten und nur, weil auch größere Kinder mitunter von der gewährten Freiheit Gebrauch machen werden? Unsere Aktion ist berechtigt. Wir müssen sie weiterführen!

Wir kommen zum Für und Wider des Problems. Nicht vor jeder Wohnung kann ein Kleinkinderspielplatz eingerichtet werden. Muß auch nicht. Doch vor jeder Wohnung, wo ein Stückchen Rasen besteht und ein Busch gepflanzt ist, kann bei Sonnenschein ein kleines Kind mit seiner Puppe oder seinem Spielzeugauto im Rasen sitzen und spielen. Der große Bruder mit seinen Freunden dagegen kann dort nicht Fußball spielen. Es erscheint sehr wichtig, klarzumachen und durchzusetzen, was wo möglich ist und was wo nicht. Und auch: Was wann möglich ist und wann vermieden werden sollte. Um es klarzustellen, sei unterstrichen: Die Öffnung von Grünanlagen in unseren Wohnsiedlungen für Kinder kann kein Ersatz sein für die Notwendigkeit von Kinderspielplätzen für die Kinder und Bolzplätzen für die Jugendlichen. Aber auch umgekehrt gilt, daß Kinderspielplätze und Bolzplätze, die notwendigerweise etwas entfernter von den elterlichen Wohnungen liegen werden, kein Ersatz sein können für das wohnungsnah erlaubte Spiel der Kinder auf dem Rasen und am Ziergebüsch.

Mit Befriedigung darf ich feststellen, daß der Staat seine Aufgabe, die gesetzliche Regelung für Kinderspielplätze zu schaffen, durch die Bayerische Bauordnung vom 1. August 1962 weitgehend erfüllt hat. Diese Vorschrift regelt, daß bei Neuerrichtung von Gebäuden mit mehr als drei Wohnungen auf dem Baugrundstück in der Regel eine Fläche als Kinderspielbereich vorzusehen ist. Die Bayerische Bauordnung gibt darüber hinaus den Gemeinden das Recht, Vorschriften zur Errichtung von Kinderspielflächen auch in bestehenden Wohnanlagen zu erlassen<sup>5)</sup>. Es gilt nun, durch die Behörden diese Vorschriften maximal auszulegen und auf Gemeindeebene das erteilte Recht auch auszu-schöpfen.

Wenn wir zehn Jahre nach Erlass dieser Bauordnungsvorschriften nach der Verwirklichung fragen, werden wir herrliche Beispiele von Kinderspielplätzen in neuen Wohnanlagen finden, und zwar bei gemelnützigen wie bei privaten Wohnungsunternehmen und privaten Bauherren. Wir werden aber auch klägliche Miniausführungen mit verrottetem, verschmutzten Sand in schäbigen Sandspielkisten vorfinden. Hier ist der Bürgersinn, hier ist die Nachbarschaftshilfe aufgerufen, um den Kindern den Raum tatsächlich zu schaffen, der gesetzlich vorgesehen ist.

Kinderspielplätze haben zwei Schwächen: Einmal muß man sie fast notwendigerweise nach Altersgruppen

aufgliedern, damit beim Zusammentreffen sehr vieler Kinder verschiedenen Alters, verschiedener Vitalität, verschiedener körperlicher und geistiger Kraft keine Unannehmlichkeiten ausgelöst werden. Dagegen steht aber, daß gerade eine zu starke altersmäßige Trennung den pädagogischen Wert des Spiels einengt. Gerade die Geschwistergruppen oder vergleichbar altersmäßig gemischte Gruppen sind für das heranwachsende Kind sehr wertvoll. Diese Form des Spiels allerdings läßt sich nur wohnungsnah, unter den Augen der Erziehungsberechtigten, wirklich empfehlen. Der zweite Nachteil aller Kinderspielplätze ist das regelmäßige und lang andauernde Zusammentreffen vieler Kinder in einem engen Bereich. Das macht die Standortlösung für Kinderspielplätze schwierig und eine wohnungsnah Standortlösung manchmal fast unmöglich. Dem steht die Erfahrung gegenüber, daß die allgemeine Öffnung der wohnungsnahen Grünanlagen und Höfe für das Spiel der Kinder eine Verteilung der Kinder nach sich zieht. Damit wird auch der Lärm verteilt und für jeden einzelnen Anwohner vermindert. Damit wird den Kindern, besonders den Kleineren, die Möglichkeit eröffnet, wohnungsnah Spielplätzchen zu wählen. Man darf deshalb feststellen, daß die Schaffung von Kinderspielplätzen und die Öffnung von Grünanlagen im allgemeinen einander sehr gut ergänzen und die Problematik des Kinderspiels in Wohnungsnähe entschärfen. Dies ist überhaupt die ermutigendste Erfahrung im Verlauf der bisherigen Aktion, daß überall, wo mit gutem Willen an das Problem herangegangen wird, die ursprünglich häufige Konfrontation zwischen Kinderwünschen und Erwachsenenvorstellungen in ein Miteinander mündet.

Wer sich zum Sprecher der Kinder macht, muß im Interesse der übrigen Bewohner allerdings auch einige notwendige Einschränkungen akzeptieren. Dazu gehört eine Übereinkunft über die Spielzeiten. Nach vorliegenden Berichten aus Wohnanlagen, die ihre Höfe und Grünanlagen geöffnet haben, machte man mit solchen Übereinkünften beste Erfahrungen. In einer Wohnanlage ist beispielsweise festgelegt worden, daß die Kinder im Sommerhalbjahr vor acht Uhr morgens, zwischen zwölf und vierzehn Uhr mittags und nach achtzehn Uhr abends keine lauten Spiele machen dürfen. Dafür werden sie aber weder vom Hausmeister noch von der Mehrzahl der Bewohnerschaft während ihrer Spielzeiten wegen Lärms kritisiert. Im Winterhalbjahr hat man sich dort, um die kurze Mittagssonne zugunsten der Kinder auszunützen, auf eine durchgehende Spielzeit von acht Uhr bis siebzehn Uhr geeinigt.

Eine andere notwendige Übereinkunft ist es, daß aus Gründen des Wachstums immer Teilflächen zur Schonung gesperrt bleiben müssen. Außerdem eignen sich nicht alle Randrasenflächen für eine allgemeine Öffnung, insbesondere solche in unmittelbarer Gebäudenähe oder in der Nähe von empfindlichen gärtnerischen Anlagen. Man muß deshalb, wenn man für Öff-

nung der Grünanlagen zugunsten der Kinder (und spielender Erwachsener) eintritt, auf jeden Fall die notwendigen Regelungen zur Schonung akzeptieren.

Man muß auch bestimmte Arten von Spielen ausschließen. Darauf sollte man von vornherein deutlich und konsequent hinweisen. Je nach Lage und Größe von Rasenflächen können auch nur bestimmte Altersgruppen geduldet werden. Insbesondere das so populäre Fußballspiel muß leider häufig untersagt werden, denn es gefährdet Kleinkinder am Rande des Spielbereichs durch scharfe Schüsse, ist als flächenbeanspruchendes Spiel geeignet, den Hauptteil einer Rasenfläche für wenige Spieler zu beanspruchen, wodurch die übrigen Kinder, die den Rasen auch benützen möchten, zu einer Randexistenz verurteilt werden, und überdies bringt Fußballspiel die stärkste Abnützung des Resens mit sich.

Dem bisherigen Verlauf der Aktion „Grün für unsere Kinder“ entsprechend, habe ich überwiegend vom Kinderspielplatz und vom Spiel der Kinder in Grünanlagen gesprochen und auf die bereits gesammelten überwiegend guten Erfahrungen verwiesen. Die Aktion soll allerdings weitergreifen. Zum wohnungsnahen Spiel gehören gerade in unserer Klimazone auch die Möglichkeiten der Kinder, außerhalb der Wohnung, aber in der Nähe der Wohnung und geschützt vor den Unbilden unseres Wetters, spielen zu können. Was ist hier möglich? In manchem Wäschespeicher, in mancher aufgelassenen Waschküche könnte man etwa Tischtennisplatten aufstellen oder Hobbyräume einrichten. Und in manchem Hof könnte man ein Häuschen oder ein Vordach bauen, das Kinder mit Vorliebe für ein Spiel im Freien, z. B. bei leichtem Regen, aber auch als Sonnenschutz bei starker Hitze benützen.

Die wirklichen Spielbedürfnisse der Kinder, die Nachbarschaft und Heimatgefühl brauchen, werden verkannt, wenn man glaubt, die beste Form des gemeinsamen Spiels von Kindern und Eltern sei ein dann und wann möglicher Spaziergang in den öffentlichen Park, wo dann Eltern und Kind anonym in einer von fremden Menschen bevölkerten Umgebung irgendetwas spielen. Nein, in der unmittelbaren Nachbarschaft, zusammen mit den Spielkameraden vom Nebenhaus, unter den Augen der Menschen, die das Kind kennt — vielleicht sogar wegen häufigen Schimpfens fürchtet —, sollten Eltern mit ihren Kindern spielen. Das wäre doppelter Gewinn. Wenn Erwachsene dabei sind, verläuft das Spiel meist auch etwas ruhiger — und kritikfreudige Nachbarn fassen weniger Mut.

Ich habe versucht, am Beispiel des wohnungsnahen Spiels zu zeigen, daß Kinder und Erwachsene zusammengehören und in einer gemeinsamen glücklicheren Welt leben könnten, wenn genügend guter Wille aufgebracht wird, um entstandene Spannungen abzubauen und Versäumnisse aufzuholen, die Ursachen für das Wachsen der Spannungen waren. Es geht um das Recht unserer Kinder, mehr als bisher — wenn auch

nicht unbeschränkt – in den grünen Anlagen rund um ihre Wohnung spielen zu dürfen. Es geht um die Fortsetzung erfolgreicher Bemühungen zur Schaffung von Kinderspielflächen, Bolzplätzen und Sportstätten für unsere Kinder und heranwachsenden Jugendlichen, aber auch für die Erwachsenen selbst. Es geht auch um jede alte Waschküche und jeden ungenutzten Trockenspelcher, der ein paar Quadratmeter für Kinderspiel und Heimспорт abgeben könnte. Es geht vor allem um einen Klimawandel im wohnungsnahen Verhältnis zwischen Jung und Alt. „Grün für unsere Kinder“ soll im Sinn der Verkehrsampel grünes Licht bedeuten für notwendige Entfaltungen, auch wenn wir auf das gelbe Licht, das Achtung bedeutet, und auf das rote Licht, auf manches unvermeidbare Verbot auch in Zukunft nicht ganz verzichten können. Kinder, die mehr dürfen, werden manches, was auch in Zukunft nicht sein kann, doch besser verstehen. Verbote sollen einsichtig sein. Sie sind um so einsichtiger, je seltener und je begründeter sie sind.

Was bisher schon erreicht wurde, geschah nicht von selbst. Was wir zukünftig noch zu erreichen hoffen, wird nicht von alleine kommen. Was wir brauchen, was die Aktion „Grün für unsere Kinder“ sein will, ist eine Lobby für unsere Kinder, ist eine Lobby der Humanität. Schließen wir uns zusammen im Kuratorium der Aktion „Grün für unsere Kinder“. Schaffen wir nicht eine neue Organisation mit großem Apparat, sondern bilden wir eine Aktion zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung und zum Austausch von Erfahrungen und Anregungen.

#### Anmerkungen:

- 1) Prof. Dr. Hans ZÖNDEN: „Die Lage des Kindes in der technischen Welt von heute“, erschienen in „Pro Juventute“, August/September, 1959.
- 2) Münchens Pressereferent HEGER nach „Bild“, 8. 7. 1970.
- 3) W. KILIAN und P. UIBE: „Daniel Gottlob Moritz Schreber“, in „Forschungen und Fortschritte“, 1958, S. 338, zitiert nach Dr. med. et. phil. Erich Grassl, „Der familiennahe Spielplatz“, Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1965.
- 4) Süddeutsche Zeitung, August 1959, „E. v. S.“
- 5) Bayerische Bauordnung vom 1. 8. 1962, § 8 Abs. 2 und § 107 Abs. 2, Ziff. 2.

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. L. Demling)

## Konservative Ulkustherapie \*

von M. Classen

Wir haben in eigenen Untersuchungen festgestellt, daß ein als Säurelocker geltendes, gebackenes Fleisch die Azidität des Mageninhaltes stärker zu senken vermochte als das adäquate Quantum des „blanden“ Kochfleisches (2). Bei Überprüfung äquikalorischer Kostformen stellte sich heraus, daß fettreiche Kost die Azidität des Mageninhaltes weniger senkte als eine kohlenhydratreiche Mahlzeit. Die höchste Pufferkapazität besaß proteinreiches Essen (2). Tierversuche ergaben, daß die Fähigkeit einer bestimmten Nahrung, Säure intragastral zu puffern mit ihrer stimulierenden Wirkung auf die  $H^+$  Ionensekretion parallelverläuft. Andererseits kann man nach Untersuchungen der Londoner Gruppe von LENNARD JONES die Aziditätsgipfel zwischen den Mahlzeiten dadurch vermindern, daß man häufige kleine Mahlzeiten gibt (1). Daraus ergibt sich zwanglos, daß die diätetischen Beschränkungen für den Ulkuspatienten auf wenige Punkte reduziert werden können.

1. Eine normal zusammengesetzte, appetitliche Kost mit hohem Eiweißgehalt (20–25 kcal %), die in Abständen von zwei Stunden zugeführt wird, stellt eine geeignete Ulkusdiät dar.

2. Appetitlich zubereitete Speisen von fester Konsistenz haben eine vermehrte Absonderung von bikarbonatreichem Speichel, der die Pufferkapazität der Speisen erhöht, zur Folge.
3. Enthaltbarkeit gegenüber Coffein und Colagetränken, Alkohol und Nikotin ist wesentlich. Für das Ulcus ventriculi ist eine Heilungsverzögerung durch Rauchen erwiesen (4).
4. HAFTER empfiehlt, der Arzt solle alle Speisen, die der Patient selbst als unverträglich bezeichnet, anschließend verbieten (5).

Die Diagnostik des peptischen Geschwürsleidens im Magen steht seit geraumer Zeit auf sicheren Füßen. Dies gilt seit nunmehr etwas mehr als einem Jahr auch für das Ulcus duodeni, dessen Existenz und Abheilungstendenz auf endoskopischem Wege festgestellt und verfolgt werden kann (3). Abgesehen vom Carbenoxolon-Natrium, dessen praktischer Wert vielfach bewiesen ist (Lit. bei 7), gibt es für die Behandlung des Geschwürsleidens allenfalls mehr oder weniger zukunftssträchtige Konzepte, die ich am Schluß meines Referates nur erwähnen möchte.

Die Ulkusbehandlung hat im wesentlichen drei Ziele:

1. Beseitigung der Beschwerden
2. Beschleunigung der Ulkushheilung
3. Verhinderung von Rezidiven

\*) Vortrag anlässlich der 11. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns a. V. in München am 11. Dezember 1971.

Alle Vorträge dieser Fortbildungsveranstaltung erscheinen in einem weiteren Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe.

Für die symptomatische Behandlung stehen uns eine Fülle von Medikamenten, die als „bewährt“ gelten, diätetische und sonstige Verhaltensmaßregeln zur Verfügung, die WATKINSON einmal treffend als „alternde Primaballerinen“ bezeichnet hat.

### Diät

Seit Jahrhunderten wurden peptische Ulzera unter der Vorstellung, daß „Magendiäten“ durch eine Ruhigstellung der sekretorischen Funktion des Magens den Heilungsprozeß von Geschwüren förderten, postuliert. Noch immer ist die Frage der diätetischen Behandlung des Ulkuspatienten mehr von Tradition und Gefühlen als von überprüfbareren Tatsachen geleitet. Die Speisen sollen „bland“ sein, obwohl keiner diesen Begriff definieren kann. Sogenannte Säurelocker gelten als besonders schädlich.

Dieses Verfahren wird — als HAFTERScher Trick bezeichnet — vielfach in der Praxis eingesetzt und gepriesen.

Schmerzlinderung wird ferner durch Einnahme von Antazida rasch erzielt. Flüssige, gut dispersierbare Antazida verteilen sich etwas besser als gekaute Präparate auf der Magenschleimhaut, obwohl jeder Gastroskopiker sich sehr leicht davon überzeugen kann, daß kein Antazidum die Magenschleimhaut mit einem kontinuierlichen Schutzfilm überzieht. Neben der Beseitigung des Ulkusschmerzes sollen die Antazida eine Verschiebung der intragastralen Azidität über pH5, wo die proteolytischen Enzyme ihre Wirksamkeit verlieren, erzielen. Bei nüchternem Magen kommt es nach Gabe von Antazida zu einem raschen Anstieg des intragastralen pH, der jedoch nach wenigen Minuten wieder auf die basalen Werte abfällt. Die Säurepufferung wird erheblich hinausgezögert, wenn z. B. Kalziumkarbonat unmittelbar nach dem Essen gegeben wird. Hierdurch wird dessen Pufferwirkung auf drei Stunden ausgedehnt. Die sogenannten potenten Antazida können systemische Komplikationen zur Folge haben. Natriumbikarbonat führt bei zu häufiger Gabe oder zu hoher Dosierung zu einer metabolischen Alkalose, Magnesiumoxyd kann Durchfälle und bei renaler Insuffizienz zur Magnesiumvergiftung führen. Kalziumkarbonat kann absorbiert und bei hohen Dosen zu einer Hyperkalzämie mit Steigerung der gastralen Basalsekretion und zu Nierenschäden führen (Milch-Alkali-Syndrom). Schwerlösliche Präparationen, z. B. von Aluminiumhydroxyd-Gel, die keine obstipierende Wirkung haben, puffern erheblich weniger Säure als die reaktiven, d. h. leicht löslichen Formen. Aluminiumhydroxyd kann darüber hinaus Anticholinergika und Antibiotika adsorbieren und wirkungslos machen. Diese Nebenwirkungen haben zur Folge, daß die meisten Pharma-Hersteller dazu übergegangen sind, Mischpräparate herzustellen. — Schmerzlinderung kann auch mit Polymethylsiloxan (z. B. Paractol) erzielt werden.

### Anticholinergika

Sie reduzieren die basale Säure- und Pepsinproduktion des Magens. Ältestes Medikament aus dieser Gruppe ist das Atropin, dessen Wirkung auf einer kompetitiven Hemmung von Acetylcholin am peripheren Rezeptor beruht. Vagale Impulse auf die Belegzelle werden trotzdem nur teilweise mit Atropin gehemmt. Eine komplette medikamentöse Vagotomie existiert also nicht. Die Dosierung der Anticholinergika muß individuell nach dem Auftreten von Nebenwirkungen wie Akomodationsstörungen oder Trockenheit im Mund gesteuert werden. Die meisten synthetischen Anticholinergika stellen quaternäre Ammoniumverbindungen, die eine gewisse ganglienblockierende, d. h. spasmolytische Wirkung besitzen, dar. Für die Behandlung des Ulkusschubes nehmen Anticholinergika einen begründbaren Platz ein, obwohl bislang kein Nachweis einer Heilungsbeschleunigung gelang. Doppelblindversuche von zwei amerikanischen Autoren zeigten, daß die Rezidivquote und die Komplikationen des Geschwürsleidens erheblich durch eine Langzeittherapie reduziert werden können (9, 10). NORGAARD fand jedoch bei einer Langzeitmedikation keine Wirkung auf die stimulierte Säuresekretion (6). Die von SUN festgestellte Abnahme der Rezidivquote könnte somit nicht auf einer progressiven Verminderung der Belegzellzahl unter der Anticholinergikabehandlung zurückzuführen sein.

Medikamente, deren pharmakologischer Wert belegt ist, sollten in der Praxis Anwendung finden. Hierzu gehören Propantelinbromid, Hyoscin-N-Butylbromid, Hexozykliliumsulfat, Isopropamid und einige andere.

### Promethazin

Promethazin, eine tertiäre Ammoniumverbindung mit Phenothiazin, senkt nach eigenen Untersuchungen in einer Dosierung von 2 mg/kg KG die Säureproduktion beim Hund um durchschnittlich 65%. Auch beim Menschen vermochte dieses Medikament die postzönale Azidität signifikant zu reduzieren. Bei peroraler Gabe scheint die Wirkung darauf zu basieren, daß die Freisetzung von Gastrin gehemmt wird (2). — Präparate auf Lidocainbasis sind bedeutungslos (2).

Auch Antazida weisen keine nachweisliche Beschleunigung der Ulkushellung auf.

### Carbenoxolon-Natrium

Carbenoxolon-Natrium ist unseres Wissens derzeit das einzige Medikament, das in zahlreichen Doppelblindstudien eine signifikante Beschleunigung der Ulkushellung erzielte. Dieses Medikament besitzt eine entzündungshemmende Wirkung, die etwa  $\frac{1}{3}$  derjenigen von Hydrokortison entspricht. Auch bei peroraler Gabe erreicht es hohe Serumkonzentrationen und wird zu einem großen Teil mit der Galle ausgeschieden. Die Wirkung beruht nicht auf einer Beeinflussung der Magensekretion, sondern wahrscheinlich auf einer

qualitativen Änderung der Mukoproteinproduktion der Magenschleimhaut. Die unter Carbenoxolon neu gebildeten Epithelzellen des Magens weisen ferner eine längere Lebensdauer auf. Abgesehen von Patienten mit renaler, kardialer und hepatischer Insuffizienz ist dieses Präparat in Klinik und Praxis anwendbar. Die Nebenwirkungen, wie Hypokaliämie, Hypernaträmie, Ödemneigung und Blutdruckanstieg, verlangen jedoch nach einer sorgfältigen Überwachung des Patienten. Die Ursache der genannten Nebenwirkungen beruht nach Untersuchungen von WERNING und STADELMANN (11) nicht auf einer Zunahme des frei zirkulierenden endogenen Aldosterons, das durch die große Albuminaffinität der Substanz aus seiner Eiweißbildung verdrängt wird (8). Es kommt diesen Autoren zufolge vielmehr zu einer Abnahme des Serumaldosterons durch Carbenoxolon-Natrium, das durch seine aldosteronähnliche Aktivität die Aldosteronproduktion hemmen soll (11).

Während die Wirkung von Carbenoxolon-Natrium auf das Magengeschwür durch radiologische und endoskopische Studien erwiesen ist, sind die Meinungen beim Zwölffingerdarmgeschwür noch geteilt. Dies mag zum Teil darauf beruhen, daß die röntgenologische Ulkusdiagnostik bei narbig veränderten Bulbi problematisch und eine exakte Kontrolle der Abheilung des Geschwürs nicht immer möglich ist. Publikationen von endoskopischen Studien liegen noch nicht vor. Nach mündlicher Mitteilung eines britischen Kollegen ist jedoch eine signifikante Beschleunigung der Heilung des Ulcus duodeni bei Gabe von 300 mg Carbenoxolon-Natrium/die endoskopisch zu verifizieren.

Die Existenz einer sicheren konservativen Rezidivprophylaxe wird bestritten. Nach Angaben von RUFFIN und SUN kann sie angeblich durch eine Langzeittherapie mit Anticholinergika erzielt werden. Uns hat sich dieses Vorgehen als nicht sehr praktikabel erwiesen, da die meisten Patienten wegen der — wenn auch geringen — Nebenwirkungen die Therapie nach Entlas-

sung aus stationärer Behandlung nicht mehr fortsetzen. Darüber hinaus werden die positiven Langzeitergebnisse der Anticholinergika von anderen Autoren bestritten.

Diätetisch ist im Intervall lediglich eine Restriktion der oben erwähnten Genußmittel, wie Nikotin, Alkohol, Coffein und Colagetränken sinnvoll.

Moderne Konzepte, wie Sekretin, Prostaglandine und Heparin bedürfen der klinischen Erprobung. Ausichtsreich erscheinen Pepsininhibitoren wie das Ulzermin, das sich bereits im Stadium der klinischen Prüfung befindet.

#### Literaturverzeichnis

1. BABOURIS, N., J. FLETSCHER, J. B. LENNARD JONES: Effect of varying the size and frequency of meals. Gut 6 (1965), 118.
2. CLASSEN, M.: Neubewertung der herkömmlichen Behandlung des unkomplizierten Ulcus duodeni Leidens. Medizin + Ernährung 1+2 (1971), 1—5; 30—36.
3. CLASSEN, M.: Fibreendoscopy of the intestines. Gut 12 (1971), 330.
4. OOLL, R.: Medical treatment of gastric ulcer. Scott. med. J. 9 (1964), 183.
5. HAFTER, E.: Praktische Gastroenterologie. Thieme, Stuttgart, 1970.
6. NORGAARD, R. P., D. E. POLTER, J. W. WHEELER, J. S. FORDTRAN: Effect of long term anticholinergic therapy on gastric acid secretion, with observations on serial measurements of peak histolog response. Gastroenterology 58 (1970), 750.
7. ROSCH, W.: Konservative Therapie des Ulcus pepticum. Arztl. Praxis 23 (1971), 513.
8. ROSCH, W.: Was ist gesichert in der Therapie des peptischen Ulkus? Vortr. 6. Kurs f. Prakt. Gastroenterologie, Erlangen, 1971.
9. RUFFIN, J. M., D. CAYER: The role of anticholinergic drugs in the treatment of peptic ulcer disease. Ann. N. Y. Acad. Sc. 99 (1962) 179.
10. SUN, D. C. H.: Long term administration of anticholinergics for prevention of recurrence of duodenal ulcer. Amer. J. dig. Dis. 9 (1964), 706.
11. WERNING, C., O. STADELMANN: Persönliche Mitteilung.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. M. C l a s s e n, Oberarzt, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

**Band 20**  
unserer Schriftenreihe

**BORELLI/DÖNGEMANN:**

**Beiträge zur  
Rehabilitation von  
chronisch Hautkranken  
und Allergikern**

(360 Seiten, 16 Abbildungen, 75 Tabellen, broschiert)  
kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter  
Beifügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, angefordert werden.

# Gesundheitsgefährdung der Hausfrauen \*

von J. Reinhardt

Vergegenwärtigen wir uns zunächst einmal die allgemeine Belastung: Beim Hin- und Hergehen in der Wohnung und beim Einholen legt eine Hausfrau durchschnittlich 4000 bis 5000 km im Jahr zurück. Das Treppensteigen zum vierten Stock bedeutet pro Jahr eine Sonderleistung von 2,2 Mill. m/kg (das entspricht der dreizehnmaligen Besteigung der Zugspitze). Tägliche Schritte in der Küche wurden mit dem Schrittzähler zwischen 9000 bis 19000 gezählt. Der Energieumsatz einer Aufwartefrau wurde mit 81 bis 157 cal/Std., einer Maschinennäherin mit 24 bis 50, einer Handnäherin mit 4 bis 34 cal/Std. festgestellt.

Die Arbeiten im ständigen Stehen oder mit häufigem Bücken sind besonders anstrengend, ebenso war früher die Pflege von Parkettfußböden, die noch nicht versiegelt waren, besonders belastend (Stundenleistung von 80 bis 100 Kal. pro qm!) Für schweres Heben und Tragen gibt es im Haushalt keine Begrenzung und auch kein Mutterschutzgesetz tritt in Kraft, wenn Arbeiten anfallen, die man im Betrieb keiner Schwangeren mehr zumuten dürfte.

Früher gab es auch für die Hausfrau „berufstypische“ Schäden, z. B. die Schleimbeutelentzündung vor dem Kniegelenk (Bursitis praepatellaris) auch „Dienstbotenknle“ genannt, als Folge von häufigen Arbeiten im Knien. Die moderne Fußbodenpflege hat diese Arbeiten stark zurückgedrängt.

Zu den seltener gewordenen Ereignissen gehören Frostbeulen durch Arbeiten bei Nässe und Kälte oder Zellgewebeerkrankungen (Panaritium) und Erysipeloidinfektionen infolge Eindringen von Erregern in aller kleinste Hautverletzungen.

Erwähnt seien auch Kratz- und Bißwunden oder auch Infektionen durch Haustiere (z. B. auch eine Psittakose-/Ornithoseinfektion).

Besonders wichtig sind heute die chronischen Hauterkrankungen der Hände und Arme, verschiedene Ekzeme und Überempfindlichkeiten durch moderne Waschmittel, sowie durch die verschiedenen Spülmittel und alle Sorten von Spezial-Reinigungsmitteln, eventuell durch Bade- und Seifenzusätze; auch die Syndets oder Tenside können zu Hautschäden führen, da sie eine stark entfettende Wirkung haben (ursprünglich wurden Tenside für Wollwäschereien entwickelt, pH-Wert 7).

Bei den Ekzemen der Hausfrauen handelt es sich vorwiegend um toxische Alkalieekzeme, häufig in fließendem Übergang zur Abnutzungsdermatose. Echte Kontaktekzeme sind seltener, eventuell kommen Nickel-ekzeme durch Ösen und Schnallen oder billigen Mode-

schmuck vor. Auch sogenannte Parasensibilisierungen durch Anilinabkömmlinge werden beobachtet. Nicht selten sind früher berufstätig gewesene Hausfrauen schon sensibilisiert durch irgendwelche Berufsstoffe, z. B. Näherinnen durch die Anilinabkömmlinge in stark gefärbten Stoffen, oder Friseurinnen durch Haarfarben mit Anilinabkömmlingen. Wenn diese vorsensibilisierten Frauen dann im Haushalt mit entsprechenden Stoffen Umgang haben, kann es zu Rezidiven kommen, z. B. beim Umgang mit konservierten Nahrungsmitteln (Nipa-Ester) oder durch Salben und Kosmetika aller Art.

Man muß bei der Hausfrau auch an Hautsensibilisierung durch Lebensmittel denken, z. B. Sellerie, Petersilie, Möhren, Lorbeer, Zimt, Vanillin. Auch bestimmte Küchenkräuter, Orangen, Tomaten, Karotten, Zwiebelsaft, begünstigt eventuell durch Schweißhände und langes Tragen von Gummihandschuhen oder Naßarbeit, können zu Hautkrankheiten führen. Glücklicherweise sind solche Hautsensibilisierungen sehr selten. Ferner könnten Schäden auftreten durch Formalin, was z. B. in neueren Appreturen enthalten ist, in Schweißpulvern und Desinfektionsmitteln.

Hautschäden sind ja nur zu oft Kombinationschäden. Bekanntlich können bei berufstätigen Frauen die außerberuflichen Schädigungen, also die Hautbelastung durch den Haushalt als Schrittmacher für Sensibilisierungsvorgänge durch Berufsnoxen wirken. An die Doppelbelastung der berufstätigen Frauen muß immer gedacht werden. — Die vielfach angenommene Behauptung, daß bei Frauen gegenüber Männern eine niedrigere Hautreizschwelle für exogene Reize existiere, ist noch immer umstritten.

Die Schädigung der Haut durch moderne Waschmittel wird schon seit langem mit zunehmender Häufigkeit beobachtet. In letzter Zeit aber sind auch schon vereinzelt bei Verbrauchern (also nicht nur bei der Fabrikation) toxisch-allergische Reaktionen beobachtet worden durch die sogenannten bioaktiven Waschmittel, denen ja ein Enzymrohmaterial zugesetzt wird. Es ist also damit zu rechnen, daß nicht nur Ekzeme, sondern auch vereinzelt bei besonders empfindlichen Personen Bronchospasmen und asthmaartige Zustände auftreten können.

Man muß auch an Hautschäden durch Bastelarbeiten und Liebhabereien denken, so z. B. wurden Schäden beobachtet durch Farben, Lösemittel (Tetrachlorkohlenstoff, Terpentin, Benzin u. a.).

Lösemittel verwendet man, um feste Stoffe streich- oder sprühfähig zu machen, oder um die Konzentration von Flüssigkeiten zu verändern. Verwendet werden u. a. Benzol und seine Abkömmlinge, gechlorte Kohlenwasserstoffe, wie Tetra und Tri und verschie-

\*) Nach einem Referat gehalten anlässlich des „B-Kurses für Arbeitsmedizin“ vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 7. Februar 1972.

# Magen-Probleme?

**Gelusil-Lac eine Schutzschicht  
für die Magenschleimhaut!**

## Indikationen:

<b>Gastritis</b>	akute + chronische
<b>Säurebeschwerden</b>	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saures Aufstoßen, Völlegefühl
<b>Reizmagen</b>	nervöser Magen
<b>Ulcus</b>	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Stressulcus

## Refluxoesophagitis

in der Gravidität, bei Hiatushernie, bei Schwangerschafts-erbrechen, bei gehäuften Erbrechen anderer Art

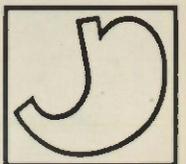
## „verdorbener Magen“

nach Ernährungsfehlern, Alkohol- und Nikotinabusus

## Kortikoid-Therapie

zur besseren Magenverträglichkeit systemisch gegebener Kortikoide bei Erkrankungen z. B. des rheumatischen, bronchospastischen oder nephrotischen Formenkreises.

# Gelusil<sup>®</sup>-Lac



**GÖDECKE**

### Gelusil-Lac-Tabletten

Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,8 g und 0,3 g fettfreies Milchpulver. 40 Tabletten DM 4,60 m. MWSt., 100 Tabletten DM 9,90 m. MWSt.

### Gelusil-Lac-Pulver

1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,158 g in fettfreiem Milchpulver. 10 Beutel zu 6,5 g DM 4,75 m. MWSt., Dose mit 150 g DM 7,90 m. MWSt.

### Gelusil-Lac-Quick

1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,1 g und 0,9 g fettfreies Milchpulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 4,75 m. MWSt., Dose mit 100 g DM 7,90 m. MWSt.

### Gelusil-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente. 40 Tabletten DM 3,85 m. MWSt., 100 Tabletten DM 7,90 m. MWSt.

Keine Kontraindikationen – Vorsicht bei urämischen Zuständen – Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

dene Alkohole und auch weniger toxische Substanzen.

Fast alle im Haushalt vorkommenden Lösemittel fallen unter die sogenannte *Lösemittelverordnung*. Für den Haushalt wird diese Verordnung aber meist unwirksam, weil sie eine Kennzeichnungspflicht für gefährliche Lösemittel erst dann vorschreibt, wenn der Behälter mehr als 1/2 l davon enthält. Zum Einatmen von Lösemitteln kommt es z. B. durch die Dämpfe von Reinigungsmitteln, Fleckentfernern, Entfettungsmitteln oder Fußboden- und Schuhpflegemitteln und vielen anderen neueren Produkten für den Haushalt. Lösemittelschäden sind bekanntlich sehr vielseitig und werden gerade im Haushalt nicht immer so rasch diagnostiziert und geklärt wie etwa an einem bestimmten Arbeitsplatz, an dem die Verwendung des Schadstoffes bekannt ist.

Vor wenigen Jahren wurde über einen Todesfall berichtet nach Einatmen von Dämpfen, die aus frisch aus der Reinigung kommenden schweren Übergardinen ausströmten. Die Gefahr besteht nicht nur durch das Einatmen der Lösemitteldämpfe, man muß auch an ihre Feuergefährlichkeit denken.

Gefahren können auch entstehen durch gesundheitsschädliche Flüssigkeiten, die in Bier- oder Mineralwasserflaschen aufbewahrt werden. — Neues Beispiel von Mißverständnissen: neues Spülmittel, das auf der Flasche eine aufgeschnittene Zitrone zeigt.

Vergiftungen können auch eufreten durch Schädlingsbekämpfungsmittel, durch Tier- oder Pflanzengifte, auch verdorbene Lebensmittel können gefährliche Krankheitszustände hervorrufen. Sehr häufig werden auch diese Krankheitszustände zunächst nicht ursächlich erkannt. Gefährlich sind die Arzneimittel, die ungeordnet und unbeschriftet herumliegen.

Bei den Gesundheitsgefahren, denen die Hausfrauen (und auch die Kinder in Haus und Garten) ausgesetzt sind, nehmen die mannigfaltigsten *Unfälle* einen breiten Raum ein.

Wenn wir einen Blick auf die Unfallstatistik werfen, müssen wir berücksichtigen, daß die Unfälle im Haushalt nicht annähernd so vollständig erfaßt werden wie die Betriebsunfälle, die ja meldepflichtig sind.

Nur die tödlich verlaufenden Unfälle im Haushalt sind statistisch erfaßt und dabei ergibt sich folgendes Bild:

Die Zahl der tödlichen Haushaltsunfälle in der BRD betrug 1968 11 528! In Nordrhein-Westfalen gab es 1968 in Haus, Hof und Garten 3445 tödliche Unfälle durch Stürze, davon betrafen 2335 Frauen und Mädchen. Durch Verbrühen starben 40 Personen, davon 20 weibliche, durch Feuer und Explosionen 106, davon 59 weibliche. Durch Vergiftungen kamen 163, davon 63 weibliche ums Leben, durch Ersticken verstarben 234 Personen, 84 waren Frauen. Durch elektrischen Strom starben 26 Menschen, davon 11 weibliche.

Weitere spezielle Zahlen haben wir ebenfalls nur aus einigen Bundesländern, weil in der Gesamtmortalitäts-

statistik der BRD Unfälle, die im Hause erfolgen, nicht besonders aufgeführt werden. Nur aus den Bundesländern Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen gibt es eine solche Aufstellung. Im Jahre 1966 ereigneten sich in diesen Bundesländern auf je 10 000 Einwohner 1,8 tödliche Hausunfälle.

Zum Vergleich zwei andere große Unfalldesgruppen: Verkehrsunfälle auf 10 000 Einwohner: 2,7 Todesfälle  
Arbeitsunfälle auf 10 000 Einwohner: 0,7 Todesfälle

In den Zahlen über private häusliche Unfälle sind nicht die Unfälle enthalten, die in landwirtschaftlichen Familien mit Familienbetrieben vorgekommen sind.

Als äußere Todesursachen bei Hausunfällen wurden z. B. in Hessen 1966 folgende Ursachen ermittelt (in der Reihenfolge der Häufigkeit):

Sturz auf gleicher Ebene

Sturz aus der Höhe

mechanisches Ersticken

Vergiftungen und innerliche Verletzungen durch Chemikalien

Verbrennen und Verbrühen, ausgenommen durch Feuer

Unfälle durch Feuer mit Explosion brennbaren Materials

andere Ursachen.

Die Art der tödlichen Verletzungen bei Hausunfällen im gleichen Jahr schlüsselt sich wie folgt auf (Art der Verletzung):

Knochenbrüche (ohne Bruch von Schädel oder Wirbelsäule)

Verletzung von Kopf-Schädel, Hirn und Wirbelsäule, sowie Rückenmark

Verbrennungen, Verätzungen

Schädigung durch Frost, Hitze, Strahlung, Elektrizität  
Vergiftungen und schließlich

Verletzungen oder Schädigungen anderer Art ohne Angabe.

Als gefährlichste Räume werden Küche und Badezimmer bezeichnet. Die häufigste Ursache tödlicher Haushaltsunfälle sind Stürze (an zweiter Stelle steht Ersticken).

Zu solchen Stürzen kommt es z. B. durch Ausrutschen auf zu glatt gebohnerten Fußböden oder durch das Wegrutschen von Brücken und Teppichen und durch Stolpern über Türschwellen. Häufig sind Unfälle durch ungeeignetes Schuhwerk (Unsitte: das Auftragen von alten, nicht mehr trittsicheren Schuhen) oder mangelhaft beleuchtete oder schadhafte Treppen, sowie Nässe und Glatteis und andere Ursachen.

Wieviel Unfälle passieren durch *schadhafte Leitern* oder Gegenstände, die als solche benutzt werden! So z. B. beim Fensterputzen, Gardinenabnehmen und wieder Aufstecken.

Falsche Bedienung von Kohlen-, Gas- und Ölföfen kann zu Explosionen, Verbrennungen und CO-Vergiftungen führen. Nach neueren Angaben sollen Gasunfälle noch häufiger sein als elektrische Unfälle.

Auch Verbrennungen und Verbrühungen durch kochende Flüssigkeiten, sowie spritzende Öle und Fette sind nicht selten (Gefahr für Kleinkinder!).

Bei der so beliebten „Do it yourself-Bewegung“ bei Reparaturen und Bastelarbeiten führen auch unzureichende Werkzeuge oft zu Unfällen.

Auch an Unfälle durch die immer häufiger verwendeten Spraydosen muß man denken (Explosionsgefahr bei Erwärmung über 50°).

Unfallgefahren drohen auch durch Gartengeräte, z. B. beim Rasenmäher durch rotierende Spindeln, Sichel und Messer für Hände und Füße. Die Gefahr des Eiektrounfalles besteht beim Überfahren des stromführenden Kabels.

Die elektrischen Unfälle im Haushalt durch schadhafte Stecker, defekte Geräte oder Bedienungsfehler sind häufiger als man denkt. Im Haushalt wer-

den zunehmend Elektrogeräte zur Erleichterung der Arbeit eingesetzt. Im Betrieb wird der Neuling mit neuen Geräten und Werkzeugen erst vertraut gemacht und eingewiesen, doch wie steht es damit im Haushalt?

Trotz VDE-Richtlinien sind ja längst nicht alle im Handel erhältlichen Elektrogeräte ganz vorbildlich und vor allen Dingen auch zu schnell defekt oder auch nicht immer einfach und gefahrlos zu bedienen.

Hinzu kommen elektrische Unfälle in Badezimmern und sonstigen NaBräumen.

Zu erwähnen sind auch Rauchvergiftungen und Brände durch versehentlich nicht abgeschaltete Elektrogeräte, wie Bügeleisen, Heizkissen, Elektrotöpfe und Heizsonnen. Wenn es auch über Haushaltsunfälle und speziell über elektrische Unfälle keine genauen Statistiken gibt, so weiß man doch, daß in der Bundesrepublik jährlich ca. 300 tödliche elektrische Unfälle in Betrieben vorkommen und etwa 100 tödliche elektrische Unfälle in Haushalten.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Johenne Reinherdt, Gewerbe-medizinaloberrätin, 3000 Hannover, Bertastreße 4/6

## Philosophie der Medizin

von Hans Hartmann

### I. Warum Philosophie der Medizin?

Gab es bisher keine Philosophie der Medizin? Diese verfängliche Frage muß ebenso den Arzt wie die Philosophen bewegen — In unserer Epoche stärker als je. Wir leben in einem Zeitalter der Frage, wie es bisher in der Weltgeschichte kein vergleichbares gab. Und die „Heiligen“ der Medizingeschichte, Hippokrates, Galien, Paracelsus, vielleicht auch noch Hufeland, entbehren zwar in ihrem Denken nicht der philosophischen Komponenten, aber einen Platz in den Werken zur Geschichte der Philosophie haben sie nicht gefunden. Man mag aufschlagen, wo man will: So sicher immer wieder die großen Bereiche der Philosophie ins Blickfeld rücken und sich ihre Zahl im Laufe der Jahrtausende vermehrte, so wenig kann man das von einer Philosophie der Medizin behaupten. Es gibt Philosophie der Erkenntnis, des logischen Denkens, der Geschichte, der Kunst (Ästhetik), des Rechts, der Moral (Ethik), des „Menschenbildes“ (Anthropologie), der Kultur, der Gesellschaft, ja der Wirtschaft. Am verblüffendsten ist die Tatsache, daß es seit einigen Jahrzehnten beachtliche Werke zur Philosophie der Technik gibt, erst jüngst ein solches von dem Bamberger Universitätsprofessor Heinrich Beck. Sie haben nicht nur unter Technikern, sondern in der Öffentlichkeit ein weites Echo gefunden. Von keiner einzigen Arbeit zur Philosophie der Medizin oder wenigstens an der Grenze von Philosophie und Medizin kann man das gleiche

behaupten, obwohl es fast unter Ausschluß der Öffentlichkeit solche gibt, stärker im Ausland als bei uns.

Auch von besonders wichtigen Werken zweier Medizinhistoriker muß das leider gesagt werden: dem Buche von Heinrich Schipperges „Lebendige Heilkunde / Von großen Ärzten und Philosophen aus drei Jahrtausenden“ von 1962 und „Der Wahnsinn / Geschichte der abendländischen Psychopathologie“ von Werner Leibbrand und Annemarie Wettley von 1961. Das erstere handelt wesentlich von „Gesprächen“ zwischen Ärzten und Philosophen, das zweite, das von Plato und Aristoteles oder Kant eingehend berichtet, zeigt im wesentlichen die psychiatrische Entwicklungslinie in der Medizin. Unter den Stichworten findet sich aber auch in diesem Buche nicht der Begriff Philosophie. Ein geschlossenes System der Philosophie der Medizin gibt es also im Unterschied von den anderen Bereichen der Philosophie bisher nicht. Und auch wenn wir mit den meisten Denkern der Gegenwart der Ansicht sind, daß in unserer Epoche vollkommen ausgebaute philosophische Systeme nicht mehr möglich sind, sondern nur ein offenes, von Axiomen und Prämissen freies Philosophieren, so werden wir ein solches doch mit Ungeduld erstreben. Wir glauben, uns nicht im Widerspruch zu Schipperges zu befinden, der schreibt: „Seit Aristoteles sind die Heilkunde und die Philosophie nicht mehr aus ihrem intimen Wechesgespräch herausgetreten.“ Denn die Medizingeschich-

**neu**  
von  
**Hoechst**

# Eryfer®



## Eisentherapie nach Maß

**Was ist das  
Besondere an  
Eryfer?**

1. Kalkulierbare Gesamtdosis und Behandlungsdauer
2. Genau bekannte Resorptionsquote\*
3. Bemerkenswert gute Verträglichkeit
4. Sichere Eisenaufnahme selbst bei Salzsäuremangel oder Magenteilresektion
5. Optimale Nutzung durch Nüchterneinnahme
6. Vollwertig wie parenterale Eisengaben

Die Summe dieser Eigenschaften ist das Besondere an Eryfer.

\* durch nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren gesichert

L63112



**Zusammensetzung:**

1 Steckkapsel Eryfer enthält als Wirkstoff  
152 mg Eisen-II-sulfat · H<sub>2</sub>O  
(entsprechend 50 mg Fe<sup>++</sup>),  
222 mg Ascorbinsäure (Antioxidans) und  
84 mg Natrium bicarbonicum (z. Feinverteilung).

**Indikationen:**

Eisenmangelzustände mit oder ohne Anämie.

**Kontraindikationen:**

Eisenverwertungsstörungen, Eisenüberladung bei chronischer Hämolyse, Hämochromatose.

**Nebenwirkungen:**

Gastrointestinale Störungen selten.

**Besondere Hinweise**

Die unter der Behandlung auftretende Dunkelfärbung des Stuhls ist unbedenklich. Die Benzidinprobe fällt hierbei positiv aus. Während einer Therapie mit Tetracyclinen sollte die Eisenmedikation ausgesetzt werden, da sich beide Medikamente in ihrer Resorption behindern können. Aus dem gleichen Grunde sollten nach Möglichkeit auch andere Arzneimittel nicht zum selben Zeitpunkt wie Eryfer eingenommen werden. Eine kombinierte Anwendung oraler und parenteraler Eisenpräparate ist zu vermeiden.

**Handelsform und Preis:**

Glas mit 60 Steckkapseln DM 14,65.

te schwankte immer hin und her zwischen einer Heilkunst für kranke Menschen und dem Vorrang der vorbeugenden Sorge für die Erhaltung der Gesundheit — im ursprünglichen Sinn der Griechen „Diätetik“ genannt. Aber das führt doch nur an den Rand der Philosophie.

Macht man sich aus vielen Quellen ein Bild über den Wert und Erfolg dieser Gespräche in philosophischer Hinsicht, so ergibt sich dies: Die ersten griechischen Denker wollten das Geheimnis des Kosmos ergründen. Woher kommt die Welt? Wie haben wir uns die wesentlichen Verlaufsgesetze vorzustellen, die in ihr herrschen? Die Methoden der Betrachtung lieferten Astronomie und Physik. Ferne stand diese „Philosophie“ dem ärztlichen Wissen, das sich nur auf technische Kenntnisse und Kunstfertigkeiten beschränkte und als priesterlich gehütete Geheimlehre in Orden und Schulen überliefert wurde. Diese waren in der griechischen Inselwelt beheimatet. Der führende Arzt war Hippokrates, der als erster nach den Ursachen für die Krankheiten suchte. Man weiß wenig Persönliches von ihm, kennt aber seine Lebenszeit (460 bis 377) in der großen Epoche der griechischen Kultur. Der Hippokratische Eid befaßt sich nur mit der Verantwortlichkeit des Arztes bei der Gesunderhaltung und Heilung der ihm anvertrauten Menschen. Da er durchaus ethisch bestimmt ist, kann man hier von einer Begegnung mit der Philosophie sprechen. Es drohte aber damals von seiten der Philosophen ein Übergewicht rein spekulativen, begrifflichen Denkens, wie es immer wieder den Zugang zur Philosophie erschwert hat, und man muß es Hippokrates danken, daß er die Medizin davon befreit und sie wieder zur reinen Kunst erhoben hat. In einem führenden Lehrbuch der Geschichte der Philosophie lesen wir: „Die Medizin, die ausdrücklich eine Kunst, aber keine Wissenschaft sein wollte (Hippokrates), ist erst spät und nur ganz vorübergehend mit der philosophischen Gesamtwissenschaft in Berührung gekommen.“

Bei den Arabern, die die geistige Vermittlung der Kultur des Altertums zu der des Mittelalters übernahmen, gab es Anklänge an medizinische Philosophie, aber erst bei Paracelsus darf man von einem „Medizinphilosophen“ sprechen. Man mag schiagwortartig bei ihm von magischer Medizin sprechen. Er lebte von 1493 bis 1541 in einem dem Magischen und Phantastischen sehr aufgeschlossenen Zeitalter, das erst durch das der Aufklärung abgelöst wurde. So wurde Paracelsus bald vergessen, man hielt sich nur an seine Einführung der Chemie in die medizinische Wissenschaft, nannte das Iatrochemie, und erst um die letzte Jahrhundertwende wurde der Medizinphilosoph Paracelsus wieder entdeckt. Seine Bedeutung ist noch nicht in vollem Umfang erschlossen.

Es erscheint uns bedeutsam, daß Schipperges in der neueren Zeit zwei wichtige Einschnitte annimmt, an denen der Ruf nach Philosophie der Medizin als einer notwendigen neuen Wissenschaft deutlich vernehm-

bar wird, die es also offenbar vorher noch nicht gab. Den ersten Einschnitt findet er bei dem romantischen Dichter Novalis (Friedrich Freiherr v. Hardenberg) 1772 bis 1801. Schipperges schreibt von ihm: „Novalis sieht einen Menschentypus kommen, der seiner Anlage nach durchaus medizinisch sei, ‚und diese haben Anlage, Weise im eigentlichsten Sinn zu werden‘. Er spricht von einem medizinischen Menschencharakter und beschwört die kommende Menschheit, in medizinischer Hinsicht mehr zusammenzuhalten.“ Novalis hat die Linien für eine Ordnung im Leben des gesunden wie des kranken Menschen aufgezeichnet, und (so Schipperges) „Mit dieser Lebensordnungslehre hat Novalis seiner Zeit eine völlig neue Aufgabe gestellt: die Philosophie der Medizin und ihre Geschichte. Vor seinen Augen tut sich hiermit ‚ein ganz ungeheures und noch ganz un bearbeitetes Feld‘ auf.“ Diese Vision des Novalis ist bis heute nicht erfüllt. Der zweite Einschnitt und zugleich Wendepunkt ist bei Nietzsche zu finden, der von der Zentralidee der „großen Gesundheit“ aus einer neuen, philosophisch gerichteten Medizin den Weg bereiten wollte.

Zieht man das Fazit, so wird der Ruf nach einer Philosophie der Medizin immer dringlicher. Die gelegentliche Übernahme ärztlicher Motive in die Philosophie der Großen wie Plato, Descartes, Kant, Hegel oder Nietzsche bedeutet noch nicht die Grundlegung, geschweige denn die Ausarbeitung einer Philosophie der Medizin. Und das zweifellos oft vorhandene Interesse von Ärzten an philosophischen Fragen ebenso wie das der Philosophen an der Medizin beweist noch nicht, daß die Bedeutung der Philosophie für den medizinischen Bereich von beiden Seiten wirklich erkannt ist. Es gibt ein unüberhörbares Zeugnis aus berufenem Munde dafür, daß sich unter dem Dach der Philosophie alle Wissenschaften zusammenfinden sollten. Ein Physiker hohen Ranges, Nobelpreisträger der Physik Max v. Laue, der den Wellencharakter der Röntgenstrahlen erkannte, schreibt in seiner Selbstbiographie, wie er durch Studien in Kants Schriften schon als Student reif wurde, Philosophie zu verstehen. „Sie hat mein Dasein von Grund aus umgestaltet, selbst die Physik scheint mir seitdem ihre eigentliche Würde nur daher zu beziehen, daß sie ein wesentliches Hilfsmittel der Philosophie abgibt. Wie ich denn überhaupt die Auffassung habe, daß sich sämtliche Wissenschaften um die Philosophie als ihr gemeinsames Zentrum herumgruppieren müssen, und daß der Dienst an ihr ihr eigentlicher Zweck ist. So und nur so ist gegenüber der unaufhaltsam fortschreitenden Spezialisierung der Wissenschaften die Einheit der wissenschaftlichen Kultur zu wahren, jene Einheit, ohne welche diese ganze Kultur dem Zerfall geweiht wäre.“

Sollte die Medizin in dieser Versammlung der Wissenschaften unter dem Dache der Philosophie fehlen dürfen? Wir glauben eher, daß sie dort eine ausgezeichnete Stelle finden kann und soll. Bei der Beantwortung der Frage, warum es bisher noch nicht zu dem ausge-

sprochenen Fachgebiet Philosophie der Medizin kam, stoßen wir neben den bisher angedeuteten Motiven noch auf ein allgemeines, das sich in allen, nicht nur ärztlichen Kreisen findet. Wir meinen damit eine falsche Auffassung der Philosophie, die so oft als begriffliche Haarspalterei erschien und es tatsächlich auch nicht selten war. Aber es gab doch immer auch jene andere, lebendigere Art von Philosophie, die ihr Wesen und ihre Aufgabe in einem Ineinander dreier Grundmotive sieht: Weisheit, Erkenntnis und Intuition. Wie bekannt, bedeutet das Wort Philosophie Liebe zur Weisheit, und so wird man die Weisen aller Zeiten zu den Philosophen rechnen müssen. Ein paar besonders helle Lichtpunkte aus der Vergangenheit: Der weise Sokrates, die Weisheit Salomos der Bibel, der Sklave Epiktet und der Kaiser Marc Aurel als Weise auf der Höhe des Römischen Reiches, der spanische Mönch Grazian mit seinem „Handorakel“ von 1657, das Schopenhauer übersetzte und das sich in dessen Werken findet, oder schließlich der amerikanische Unitarierprediger Ralph Waldo Emerson aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts.

Der Strom der Erkenntnisse, die die Philosophen zu finden glaubten, teilt sich einem Delta gleich. Zunächst entsteht immer wieder die Frage, was wir denn an der Natur und ihren Verlaufsgesetzen, im medizinischen Bereich insbesondere in Physiologie und Biochemie, wirklich zutreffend erkennen können. Schwierig ist auch der ganze Fragenkreis um die Begriffsbildung im naturwissenschaftlichen wie auch im psychischen Bereich. Man spricht da heute vielfach von der Enge der Begriffe, die die Sicherheit unserer Erkenntnis immer wieder bedroht. Das gilt auch von einem anderen Deltaarm, der Selbsterkenntnis. Dieses „Erkenne dich selbst“ der alten griechischen Philosophen bildet das schwierigste Grundproblem der Philosophie. Wie kann solche Selbsterkenntnis möglich sein, zumal nach den alarmierenden Erkenntnissen Freuds, der mehr und mehr unsere Philosophie nachdrücklich beeinflusst, wenn man ihm auch nicht in allen Einzelheiten zu folgen braucht. Die Selbsterkenntnis setzt doch voraus, daß der forschende Mensch sein Spiegelbild vor sich hinstellen und als Objekt gewinnen kann. Dieses verändert sich aber in allen Augenblicken der forschenden Selbsterkenntnis. Schon die einfache Weisheit Goethes von den zwei Seelen in unserer Brust muß jede voreilige Vereinfachung verhindern. Das soll hier gesondert dargestellt werden.

Bei der philosophischen Analyse des Ineinanders von Weisheit, Erkenntnis und Intuition ist die Intuition fast immer zu kurz gekommen. Bei vielen Denkern der Neuzeit, gerade auch den bahnbrechenden, gewinnen die Elemente der schöpferischen Intuition eine wesentliche Bedeutung. Phantasie, bis heute allzu oft mit Phantastik gleichgesetzt, ist im Laufe der letzten hundert Jahre mehr und mehr zu einem Baustein im Denkbau auch der exakten Forscher geworden. Der Pionier war der geniale Chemiker Jacobus Henricus

van't Hoff, der den ersten, im Jahr 1901 verliehenen Nobelpreis der Chemie erhielt. Er hat im Jahre 1877 als junger Amsterdamer Professor einen repräsentativen Antrittsvortrag über die Bedeutung der Phantasie in der Wissenschaft gehalten. Dieser wurde vor einigen Jahren durch den deutschen Chemiker Richard Kuhn, jahrzehntelang Direktor am Max-Planck-Institut für Medizin in Heidelberg (Nobelpreis 1939) wiederentdeckt und bekanntgemacht. Der Vortrag bezeichnet die Phantasie bei der Erforschung ursächlicher Zusammenhänge bei fünf Operationen als notwendig:

1. Bei der Wahl des Augenblicks oder des Beobachtungsobjekts –
2. Bei der beliebigen Änderung des Beobachteten –
3. Beim Auffinden der Hilfsmittel, die die Beobachtung erleichtern, ja, öfters erst ermöglichen –
4. Beim Beobachten einer Übereinstimmung oder eines Unterschiedes –
5. Beim Aufstellen der Hypothese

Fühlt sich da nicht auch der Arzt für Diagnose und Therapie angesprochen? So wird auch die Philosophie der Medizin nur mit Phantasie aufgebaut werden können wie jeder andere der großen Bereiche unter ihrem Dach.

## **II. Der Arzt und die komplexe Wissenschaft vom heutigen Menschen**

Die Grundthese, die sich aus unserer ersten Betrachtung ergab, bleibt bestehen. Wir dürfen mit hoher Sicherheit erwarten, daß die Medizin und damit die Philosophie der Medizin in Zukunft an die älteste des Hippokrates und seiner Nachfolger anknüpft und die Gesunderhaltung als oberstes Ziel erkennt, während das Gesundmachen als ein für den Kranken freilich entscheidendes Nebenergebnis anzusehen ist. Das wäre aber nur in einem sehr allgemeinen Sinn Philosophie. Diese Aufgabe gehört eher in die Kulturphilosophie, da sie kein speziell medizinisches, sondern ein soziologisches Grundproblem enthält, das auch nur mit soziologischen und vor allem finanziellen Mitteln zu lösen ist. In unserer Epoche ist die neue Grundfrage entstanden: Wer ist der Kranke? Psychologie, Psychiatrie, Psychoanalyse, Soziologie stellen diese Frage an den Arzt. Der Arzt muß sich ein Bild vom heutigen Menschen schaffen, das den heutigen Forschungsergebnissen, ihren Wahrscheinlichkeiten und womöglich ihren Sicherheiten besser entspricht als das früherer Zeiten. Auch in diesen wechselte der Schwerpunkt bei den Polaritäten des Menschseins häufig. Leib, Seele, Geist kämpften darum, der Mittelpunkt zu sein. Der Begriff Menschenbild ist leider vielfach zerredet und verschliffen worden, aber als Leitfaden führt durch das, was zu sagen ist, dieser Begriff einigermaßen sicher.

Es kommt heute wesentlich auf den Gedanken der Schichtung im Aufbau des Menschen und – auf höherer Stufe – im Aufbau seiner Persönlichkeit an. Das

ist die eigentlich philosophische Frage. Die Philosophie spricht heute von anthropologischer Philosophie, und dieser sind in gewisser Perspektive alle anderen philosophischen Bereiche untergeordnet, von der Philosophie der Kunst bis zur Philosophie der Wirtschaft. Die Erkenntnis der Natur wird heute von den Naturforschern immer auch als menschliche Tätigkeit angesehen, Werner Heisenberg spricht oft davon und betont, daß unsere Begriffe zu eng sind, um die Wirklichkeit vollkommen adäquat zu erfassen. Damit kommt ein Unsicherheitsfaktor in alle Erkenntnis, nicht nur auf dem speziellen Gebiet der von Heisenberg erkannten Unsicherheitsrelation (je schärfer man im atomaren Bereich einen Impuls feststellen kann, desto unschärfer den Ort, an dem er stattfindet), sondern in allen Fragen der Erkenntnis überhaupt. Sie ist und bleibt fragmentarisch, jede gelöste Frage führt zu neuen, und mit Bruchstücken der Erkenntnis müssen wir uns im Leben zurechtfinden. Alle unumstößliche Berechnung, wie sie die Mathematik vornehmen kann, scheidet bei den Fragen im Umkreis des Menschenbildes und der Persönlichkeit aus. Jeder Arzt weiß, welchen Überraschungen er da fast täglich begegnet. Alles, was man am Menschen wissenschaftlich erfassen will, bleibt überschattet von seinem oft so fragwürdigen und rätselhaften Menschsein.

Alle anderen Bereiche, Kultur, Recht, Sozialleben, müssen wir also von dem neuen Menschenbild der Schichtung aus betreten. Das Verhältnis des einzelnen zur Kultur, zum Schönen und Wertvollen (es gibt heute auch einen eigenen Bereich der Wertphilosophie), zu der von ihm erträumten Rangordnung dieser Werte hängt von den komplizierten Formen seiner Persönlichkeit ab. Von deren Existenz hat er aber oft selbst keine Ahnung oder gar ein deutliches Bewußtsein. Die Rechtswissenschaft der Zukunft kann man nicht – wie bisher – ohne Kenntnis der Schichtungen im Aufbau der Persönlichkeit weiter entwickeln, und rätselhaft bleibt auch vieles im Sozialverhalten in Familie, Gruppe, Gesellschaft. Insofern tritt das Ärztliche immer wieder auch in den Mittelpunkt der bevorstehenden Wissenschaftsentwicklung.

Welchen Weg muß die Wissenschaft von den Schichtungen im Menschen gehen? Wir knüpfen unsere Betrachtung an bei einem Wort des Bamberger (wie Schipperges christlich gerichteten) Psychiaters Viktor Emil v. Gebattel: „Man kann in einer Schicht gesund sein und in einer anderen krank zum Tode, ohne es zu bemerken.“ An mehreren anderen Beispielen aus der Medizingeschichte finden sich ähnliche Zeugnisse über die Gespaltenheit des Menschen, die oft zu sehr aus pädagogischen, sozialen oder verdächtig egozentrischen Interessen weggedeutet, ja geleugnet wird. Das Bild vom gespaltenen Menschen widerspricht dem immer in der Geschichte gesuchten und in diesem Jahrhundert angeblich endlich gefundenen Ganzheitsbegriff. Dieser besagt: Der Mensch ist ein ganzheitliches Gebilde aus Leib, Seele und Geist. Diese wirken

im Normalfall harmonisch zusammen und bedingen sich gegenseitig. Jede Störung des einen gegen andere Teilgebiete greift auf das Ganze über. Beseitigt man die Störung auf dem Teilgebiet, dann kommt das ganze Gebilde Mensch wieder in Ordnung.

So einfach ist das aber nicht. Denn in dieser gegenseitigen Bedingtheit gibt es zu viele Unbekannte, gleichsam Dunkelfelder, und die rein kausale Analyse ist oft nicht möglich. Der Schichtgedanke führt in sehr komplexe Zustände und Verlaufsgesetze. Eine kurze Skizze seiner Entwicklung zeigt das deutlich. Zunächst entstand ein in sich klares, kosmologisch begründetes Bild vom Ganzen der Wirklichkeit. Sein Schöpfer war Aristoteles, der einen Aufbau der Welt nach dem Schema von drei Seinsformen in einen schichtartigen Aufbau gebracht hat: die unbelebte Natur, die belebte Natur, der Mensch als Einheit aus Materie, Leben und Geist. Die jeweils höhere Stufe wird bedingt durch die vorhergehende, sie wäre ohne sie nicht denkbar. Unter den Philosophen der neueren Zeit hat besonders Nicolai Hartmann diesen Gedanken wieder aufgegriffen und sachverständig durchgeführt, gleichsam ein festes Gebäude damit errichtet. Man kann gewiß noch weiter differenzieren, etwa zwischen Seele und Geist.

Aber dieses Gebäude kommt stark ins Wanken, und der Vergleich mit einem Erdbeben wäre nicht übertrieben. Eine neue philosophische Denkweise wird nötig, genau wie in der Physik und in der Biologie, wenn man den Menschen in heutiger Sicht verstehen will. Es zeigt sich dann nämlich, daß man mehrere Schichtungsbilder zu Hilfe nehmen muß, die sich nicht logisch ineinander fügen und sinnvoll verschmelzen lassen. Zu der im Bilde von den drei Seinsbereichen geschilderten Schichtung kommt ein zweites Bild, das den Menschen über die Stufen des Unbewußten, Unterbewußten, Halbbewußten und Volibewußten aufbaut. Man kann es auch in drei Stufen versuchen und Unterbewußtes und Halbbewußtes in eine zusammenfassen. Wir lesen bei Schipperges: „Der Mensch in der Welt ist zwar durch seine vielschichtige Lebensweise mannigfaltig verschlüsselt, der Weise aber findet Fingerzeige genug, die verschiedenen Schichten aufzudecken, das Verschlüsselte zu entschlüsseln und so zur Unverborgenheit zu kommen, wofür die Griechen schlechthin Wahrheit sagen.“

Der Weise der Zukunft ist der philosophisch gerichtete Arzt, der sich um eine Philosophie der Medizin bemüht. Steht aber gerade der Weise nicht nach jeder gelösten – oder angeblich gelösten – Frage vor einer neuen Frage, von der aus es dann in unendlicher Fortsetzung weitergeht? Eine Philosophie der Offenheit gelangt nicht zu einem einfachen, linearen und den Gesetzen der Mathematik gehorchenden Denken. Das Denken des Weisen gleicht (nach einem altjüdischen Bild) einem Gang, der nacheinander durch 50 Tore hindurchschreitet, und nach dem letzten steht er vor einem Abgrund. In diesen muß er stürzen und den Gang von neuem beginnen.

Die Spannung in den Vorgängen, die zwischen dem Reich des Unbewußten und dem des Bewußten hin und hergehen, sind noch längst nicht ausreichend untersucht und verstanden, obwohl viele Kräfte in aller Welt daran arbeiten. Aber die Teilerfolge, die die Psychiatrie heute aufzuweisen hat und die nicht nur mit Medikamenten, sondern oft mit psychoanalytischen Methoden erzielt werden, beweisen, daß man auf dem Wege zu einem neuen Persönlichkeitsbild ist. Der alte absolute Freiheitsbegriff wird dabei als unerlaubte Vereinfachung, ja als Wunschtraum erkannt. Die Frage, in welchen Situationen der Mensch wirklich frei ist und wann etwa ein erb- oder situationsbedingter Faktor das Denken und Handeln in Freiheit hindert, bleibt unbeantwortet. Sie wird sich vermutlich nie beantworten lassen und als Scheinproblem abgestellt werden. Es sei daran erinnert, daß einer der ersten, der die Frage der Willensfreiheit nicht mehr mit der alten Alternative Psychischer Parallelismus o d e r Psychische Wechselwirkung lösen wollte, sondern als Scheinproblem erkannte, der Physiker Max Planck war. So sehr sich dieser als Physiker gern bei der Beurteilung biologischer Probleme als unzuständig erklärte, hat er sich doch als Philosoph auch um die letzten Fragen des Menschenbildes bemüht.

Wenn die beiden Schichtungsbegriffe, der kosmische mit seinen Gedanken über die drei Seinsbereiche und der psychoanalytische, nicht widerspruchsfrei verschmolzen werden können, so ist das nach der neuesten Entwicklung der Philosophie kein Grund für ihre Ablehnung. Man spricht heute von einer mehrwertigen Logik, die nicht mehr nur mit den alten einfachen Kategorien des Ja und Nein, der Zustimmung und der Ablehnung arbeitet, sondern eine dritte logische Möglichkeit des „non liquet“ offen läßt. Das bedeutet: Nicht lösbar, oder mit dem altgriechischen Begriff: eine Aporie.

Die beiden bisher behandelten Schichtungen wird jeder Arzt in seiner Tätigkeit vor Augen haben und trotz ihrer logischen Unvereinbarkeit, je nach der Lage des einzelnen Falles, einzeln, nacheinander oder gemeinsam anwenden. Der Vergleich mit der modernen Lichttheorie liegt nahe, nach der je nach der Lage des einzelnen, experimentell zu erforschenden Falles die Wellen- oder Korpuskulartheorie des Lichtes angewandt werden muß, um überhaupt zu einer Lösung zu kommen. Logisch lassen sich beide nicht vereinigen.

Der Arzt wird so in Zukunft weiter vordringen in Richtung auf den Kern der Persönlichkeit des noch Gesunden, des potentiell Kranken oder des manifest Kranken. Dabei wird er sehr behutsam den Begriff der einfachen oder komplizierten Spaltung der Persönlichkeit anwenden müssen. Er wird oft in der Lage sein, einseitig fixierte Persönlichkeitsbestandteile ausfindig zu machen und bei ihnen mit seinen Methoden der Heilung anzusetzen. Es gibt Menschen, die am stärksten an einen Bereich der Kunst fixiert sind, andere an die egozentrische Idee des Besitzes, wieder andere

sehen ihr Tun vorwiegend im Streben nach Aufstieg. Die Wirklichkeit ist in dieser typologisch zu nennenden Sicht viel reicher, als die üblichen einfachen Schemata der früheren Psychologie wahrhaben wollten.

Aus diesen Erörterungen können aber neue Komplikationen entstehen. Es kommt nämlich zu den beiden genannten Schichtungen eine dritte hinzu, bei der es sich um das vielfach unsichere Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Objekt handelt. Ob er mit vorbeugenden Methoden einen Menschen gesund erhalten oder mit gezielten therapeutischen Mitteln gesund machen will – immer spielt ein Vertrauensverhältnis mit. Hier aber kann wiederum der einzelne gespalten sein, so daß er zwischen Vertrauen und Mißtrauen hin und her schwankt. Wiederum entstehen offene Fragen. Gibt es auch nicht ganz verschiedene Gründe oder Abgründe des Mißtrauens, die aus älteren Erfahrungen stammen oder organisch begründet sein können, oder aus einem Defekt im Zusammenspiel der emotionalen und intellektuellen Komponenten des Seelischen stammen? Nur wenn es gelingt, daß Arzt und Patient den Weg zum gegenseitigen Vertrauen finden, ist Hoffnung auf ein wenigstens vorläufiges Gelingen des Heilungsprozesses.

Aber wird der Arzt mit diesen vielfachen philosophischen Perspektiven nicht überfordert, besonders dann, wenn er mit vielen mehr oder weniger Kranken täglich in Kontakt kommt? Wer wollte es wagen, hier annehmbare allgemeingültige Richtlinien vorzuschlagen? Denn jeder einzelne Fall ist für den Arzt wie sein Gegenüber ein Wagnis, so wie jeder neue Tag ein Wagnis ist. Aber auch in kurzen Augenblicken, zumal wenn sie den Charakter einer entscheidenden Situation tragen, können sich beide bewußt bleiben, daß es sich beim Aufbau der Persönlichkeit und ihrer Analyse um ein philosophisch-medizinisches Problem handelt.

Unsere Betrachtung ist mit dem hier erörterten Schichtgedanken noch nicht abgeschlossen. Die bisherigen kurzen Andeutungen des Fragwürdigen und Rätselhaften im Dasein müssen noch deutlicher ins Blickfeld treten, und das bedeutet eine Auseinandersetzung mit den Grundstrukturen in der Welt des Objektiven und des Subjektiven, und dies speziell in unserer Epoche. Überleitend zu dieser dritten Betrachtung sei eine Warnungstafel gegen voreilige Gesamturteile über den eigentlichen Charakter unserer Epoche aufgestellt. Meistens ist dieses undistanziert und verläuft in einem Bogen, der vom Glauben an einen ungehemmten Fortschritt in Technik, Zivilisation, Kultur, ja an eine höhere Spezies Mensch durch viele Zwischenstufen zu einem radikalen Pessimismus gegenüber der Gegenwart und der Zukunft verläuft. Die Philosophie der Medizin wird sich also bemühen müssen, diese Grundstrukturen so scharf wie möglich zu erkennen. Nicht subjektiv gefärbte Aufwertung oder Abwertung können da beim Aufbau der Philosophie der Medizin dienlich sein, sondern wir müssen ausgehen von dem, was uns allen täglich konkret im Guten und

**neu**  
von  
**Hoechst**

# Amblosin<sup>®</sup> 1000\*

Ampicillin Hoechst



treffsicher · bakterizid

Die „richtige“  
Einzeldosis für:

Harnweg-Infektionen

Darm- und  
Gallenwegsinfektionen

\*Amblosin 1000  
die neue Handelsform

**Packungen:**

Amblosin 1000: 12 filmüberzogene  
Oblongtabletten zu 1000 mg  
Ampicillin (mit Bruchrille) DM 41,45  
Anstaltspackungen

**Weitere Handelsformen:**

Amblosin: Kapseln zu 250 mg; Flaschen  
zur Injektion mit 500 mg  
Amblosin 500: filmüberzogene Oblong-  
Tabletten zu 500 mg (mit Bruchrille)  
Amblosin 1,0: Flaschen z. Injektion  
Amblosin 2,0: Flaschen z. Injektion  
Amblosin 5,0: Flaschen z. Infusion

---

erzeugt hohe Spiegel in Blut und Gewebe

---

wirkt auf grampositive und wichtige gramnegative  
Erreger

---

wird konzentriert über Niere und Galle ausgeschieden

---

ist neutral im Geschmack durch Filmüberzug

---

ist leicht zu schlucken

---

ist wie Penicillin nahezu atoxisch

---

**Weitere Indikationen:**

Atemwegsinfektionen, Salmonellosen einschl.  
Behandlung von Dauerausscheidern,  
Shigellosen, subakute bakterielle  
(Enterokokken-) Endokarditis, Listeriosen

**Besondere Hinweise:**

Amblosin 1000 ist im allgemeinen gut ver-  
träglich. Gelegentlich vermehrte Stühle und  
Durchfälle. Allergische Reaktionen sind möglich.

**Kontraindikation:**

Penicillin-Überempfindlichkeit.

**Dosierung:**

3 bis 4 mal täglich eine Oblongtablette  
jeweils etwa eine Stunde vor dem Essen

L02110



Farbwerke Hoechst AG  
6230 Frankfurt/Main 80

Bösen begegnet und sich vielleicht mit den drei Be-griffen Frage, Experiment und Reizüberflutung in un-serem Zeitalter einkreisen läßt.

### III. Versuch eines Gesamtplans für eine Philosophie der Medizin

Es sieht so aus, als ob der heutige Mensch ein größe-res Geheimnis ist als je zuvor. Das ist die Paradoxie unserer Zeit: In der technisierten, industrialisierten, manipulierten Welt ist der Mensch aktiv geworden bis zum äußersten, zugleich aber fühlen viele – nicht alle – die Fragwürdigkeit und Hinfälligkeit all dieses Tuns, und sie fragen daher um so leidenschaftlicher nach dem Sinn ihres Lebens und dem Sinn des Daseins überhaupt. Das ist und bleibt eine Hauptfrage der Philosophie. Die heutige Literatur und Kunst stellt sich weitgehend in den Dienst des verunsicherten, gespal-tenen, entstellten, verzweifelten Menschen. Auch weite Kreise von Sozialrevolutionären übernehmen dieses Menschenbild.

Steht der Mensch im Mittelpunkt jeder künftigen Philo-sophie, also auch der Philosophie der Medizin, so darf doch die andere Seite der Wirklichkeit nicht außer acht gelassen werden. Der Mensch, ganz gleich wie komplex er als einzelner und als sozial eingeglieder-tes Gruppenglied sein mag, findet sich jedenfalls in irgend einem Zusammenhang von Werden und Ver-gehen, von Aufbau und Zerstörung, von schmerzvollem Leiden und Kampf und dessen Überwindung, und schließlich am unerbittlichsten in den von Tod und Leben eingespannt. Kein Beruf wird so oft und zu-gleich so erschütternd mit diesen Tatbeständen kon-frontiert wie der Arzt. Es sind Tatbestände, die kein Idealismus, keine Ideologie, kein Wahrheitsbewußt-sein aus dem Gesamtbild des Daseins ausschalten kann. Und wenn der Mensch immer neu an einer Wert-ordnung in seinem Dasein in materieller, ethischer und religiöser Hinsicht baut (niemand kann ihn freilich dazu zwingen), hat er diese Urspannungen im Dasein zu beachten. Freiheit, sie vollständig zu überwinden, hat er nicht. Sie begleiten sein zeitliches Dasein, und es besteht eigentlich nur die Gefahr, daß Trägheit des Herzens oder berufliche Überforderung die innere Be-reitschaft erlahmen läßt, sich mit dem Wirksamwerden des Bösen in der Welt auseinanderzusetzen.

Das Böse muß der Philosoph als eine objektive Macht im Dasein empfinden. Was in der unbelebten Natur in riesigen kosmischen Ereignissen zerstört wird, mag ein Gleichnis sein für die Zerstörung menschlicher Schöpfungen durch das Böse. Ein so tiefsinniger Geist wie Kant hat das Böse in sein Gesamtbild eingebaut, und wir möchten, um nicht abstrakt zu bleiben, ein Beispiel dafür geben. Er schreibt einmal: „Die Welt wird keineswegs dadurch untergehen, daß der bösen Menschen weniger wird. Das Moralisch Böse hat die von seiner Natur unabtrennbare Eigenschaft, daß es in seinen Absichten sich selbst zuwider und zerstö-rend ist und so dem (moralischen) Prinzip des Guten,

wenngleich durch langsame Fortschritte Platz macht.“ Das ist allerdings nur eine Möglichkeit, sich mit der objektiven Macht des Bösen auseinanderzusetzen. Man mag es begrüßen, daß hier eine, wenn auch vage Hoffnung des allmählichen Sieges des Guten durch-scheint. Jeden mag aber Philosophie mit solchen Fragestellungen zum Nachdenken veranlassen.

Es bedeutet keineswegs, Unvergleichbares willkürlich zu verschmelzen, wenn wir in der anorganischen Natur Parallelen – nicht Identitäten – suchen zu dem, was sich im biologischen Bereich abspielt. Begriffe wie Explosion, Entzündung, Elektrophorese, Quant, che-misches Radikal, Rückkopplung, Nerven als Nachrich-tenkabel gehören in die Physik, einschließlich Astro-physik, und Chemie wie in die Biochemie und Bio-physik, also in den Bereich der Medizin. Sie führen alle irgendwo in philosophische Fragestellungen, bei denen es sich um Ordnung, Logik, Verstehen rätsel-haften Geschehens oder den Sinn im Geschehen han-delt.

In solchen Betrachtungen stößt man notwendigerweise auf die Frage der Kausalität. Gibt es Finalursachen, also ein Wirken zukünftiger Formen auf den gegen-wärtigen Verlauf, etwa bei der Zellteilung und dem, was ihr folgt? Wie man die zuletzt angedeuteten Fra-gen in die Philosophie der Medizin einbauen kann, darüber herrscht vorläufig noch Unsicherheit. Es müs-sen erst einmal die notwendigen Bausteine für eine innerlich zusammenhängende Gesamtordnung in der Philosophie der Medizin zusammengetragen werden.

Nehmen wir als Sonderbeispiel aus dem „Bösen“ noch den Begriff des Schmerzes heraus. Ärzte aller Kate-gorien haben sich über den Schmerz und seinen Sinn Gedanken gemacht. Sauerbruch schrieb mit Hans Wenke ein Buch über den Schmerz aus dem Blickfeld des Chirurgen. Für den Psychiater ist der Schmerz im seelischen Erleben oder in geistiger Umnachtung in seinen unzähligen Formen ebenso wichtig wie der physiologisch empfundene. Alle aber kamen bisher nicht weiter als zur Entsagung auf ein generelles Ur-teil. Viele böse Schmerzen zeigen Gefahren an, bis hin zur Lebensbedrohung, andere, vielleicht noch in-tensivere Schmerzen sind für das Leben des gesamten Organismus ganz irrelevant. Wieder also eine offene Frage, und sie wird vielleicht offen bleiben müssen. Sie grenzt schon an die Philosophie in ihrer Fassung als Sinnphilosophie. Denn diese muß versuchen, in die Erkenntnis des Sinns in allem Geschehen soweit irgend möglich vorzudringen. Es muß eine Bereitschaft sein, alles immer wieder neu zu durchdenken, auch wenn keine absolut richtigen Thesen dabei heraus-kommen.

Eine andere Form des Leidens und des Bösen sind die dämonischen Kräfte. Der empfindsame Arzt steht immer wieder fassungslos vor ihrem überraschenden Walten, nicht nur die Gerichtsärzte. Jeder Arzt kann vor der Frage stehen: Warum konnte ich die wirklich gefährliche Störung, die hinter einer ungefährlichen

verschwand, nicht erkennen? Warum vermochte ich die psychischen Kräfte in meinem „Partner“ nicht zu wecken, im gesunden, damit er meinen Rat zur Vorbeugung wirklich befolgte, im kranken, auf daß er Kräfte der Seele und des Geistes für die Heilung mobilisierte? Gibt es also nicht immer wieder den Zugriff des Bösen als Element des Daseins im einmaligen Fall? Bei näherem Zusehen erkennt man, daß das Dämonische und der Dämon zwei Seiten hat, einen Januskopf als guter Dämon, der den Menschen unbewußt leitet, warnt, heilt, und des bösen, der die schwachen Stellen ausfindig macht und einen Menschen zerstört. Man braucht hier bloß an all das zu denken, was in dem kleinen Wort „Sucht“ lauert. Sucht kommt nicht, wie man irrtümlich glaubte, von suchen, sondern von siech, also krank. Der Arzt kann täglich dem unheimlichen getriebenen Jagen nach Suchtmitteln trotz der Gefahr der Selbstzerstörung begegnen. Hat er Neigung, auch Bausteine für eine Philosophie der Medizin beizutragen, so wird ihm das auf diesem und anderen Teilgebieten seiner Tätigkeit durchaus möglich sein.

Der Mensch ist ein Wanderer zwischen zwei Welten. Das war ein Begriff (und Buchtitel) In der Periode der Jugendbewegung, die zwischen 1905 und 1925 ihre große Zeit hatte. Sie liegt lange hinter uns, aber ihre Wirkung wird in absehbarer Zeit nicht ganz erlöschen. Der heutige Mensch und vielleicht der Mensch der nächsten Zukunft lebt aber in mehr als in zwei Welten. Er schöpft seine Kräfte aus mehreren Brunnen: aus dem, was er erarbeitete, und mit dem er bestehen möchte vor seinen Eltern und Großeltern, auch wenn sie längst nicht mehr leben. Er schöpft aber auch aus den stilleren Stunden der Besinnung, aus der Kunst in ihren verschiedenen Formen. Oder es werden kämpferische Motive wirksam, wenn er an das Elend, an all das Unangemessene, Falsche denkt, das in der Welt herrscht, an die Verschwendung von Kräften und materiellen Mitteln am falschen Platz, an die Stumpfheit und die Herzensträgheit, die so oft den Sieg davonträgt. So kann der heutige Mensch gleichzeitig mehrere Komponenten haben, z. B. eine moralische, eine energetische (als Arbeitstier), eine ehrgeizige als rücksichtsloser Streber, eine egozentrische, „genußsüchtige“, eine philosophische, etwa als Angst in verschiedenen Formen, vor Schmerz, vor unsicherer Zukunft, vor Versagen in der Liebe und anderes mehr. Jede kann jeder anderen widersprechen, in Dialektik oder besser Dialog mit ihr geraten, aber der Kampf um die Durchsetzung der einen oder anderen Komponente wird immer neu entbrennen. Das gehört zum Schicksal des Menschen. Man könnte da noch viel weiter ausholen und etwa von den Menschen sprechen, die aus dem Naturerleben Kräfte schöpfen oder auch aus einer Liebhaberei.

Je mehr sich der Arzt in seiner Begegnung mit dem gesunden oder kranken Partner darauf einstellt, diese Komponenten gegenwärtig zu haben und nach der

wahrscheinlichsten zu suchen, weil der Heilerfolg davon abhängen kann, ein desto besserer Arzt ist er. Die Möglichkeit dazu muß ihn keineswegs in philosophische Spitzfindigkeiten führen, aber es gibt so etwas wie eine innere philosophische Haltung, die zur rechten Einfühlung führen kann.

Hippokrates hat das Denken einen Spaziergang der Seele genannt. Aber dieser Gang führt an Abgründen entlang, über die man in einer angeblich heilen Welt hinwegsehen kann, die aber da sind und jederzeit gefährlich werden können. Nur einige Beispiele von dieser Welt unter der Perspektive, daß es sich um Wirklichkeiten im Rahmen des gesamten Kosmos handelt. Wie ist es mit „Genie und Irrsinn“? Lombroso und Lange-Eichbaum stehen da vor unserem Auge und zwingen uns aufzuhorchen. Wo sind die Grenzen der möglichen Heilung? Wir stehen vor einer Grenzfrage der Philosophie der Medizin, je mehr es sich um Zerstörung des Geistes und der Seele handelt, wie sie nicht auf ein paar Nebenfälle beschränkt ist, sondern Millionen von Menschen erfaßt.

Wie kommt es, daß Philosophen und gerade auch ärztliche Philosophen in größerer Zahl als man gemeinhin annehmen möchte vom positiven Sinn des Lebens eher überzeugt sind, als daß sie ihn ablehnen. Schipperges bringt viele schöne Beispiele. Wieviel Großes kann aus Leid und Leiden und oft nur aus diesen entstehen! Das Leben wird nie ganz den Charakter des Unerklärlichen und Geheimnisvollen verlieren. Der philosophische Arzt wird das achten und sich vielleicht an Goethe erinnern, der sich allem Dasein im großen und im kleinen liebevoll und einfühlsam zuwandte und schon mit 37 Jahren an seinen Freund Jacobi schrieb: „Ich lebe in einer Einsamkeit und Abgeschiedenheit von aller Welt, die mich zuletzt stumm wie der Fisch macht“. Hat der Arzt in unserer Zeit noch die Zeit, um nach solchen verborgenen Winkeln in seinen Patienten zu suchen? Zelter, Goethes einziger Duzfreund, nannte den „Dichturfürsten“ einmal einsam brütend, sich selbst verzehrend. Zelter mußte es wissen. Der Briefwechsel zwischen Goethe und Zelter umfaßt in drei Bänden 181 Seiten – und diese voller Weisheit und Intuition.

Einen Einwand gegen philosophisches Bemühen, wie es uns vorschwebt, dürfen wir nicht unerörtert lassen – gerade dann, wenn es uns wenigstens bruchstückhaft gelungen sein sollte, das Interesse für eine Philosophie der Medizin zu erwecken und diese sogar als einigermaßen dringend hinzustellen. Es ist das Problem des Agnostikers, des Menschen also, der nach vielen Versuchen mit der Erkenntnis der Wahrheit schließlich entsagt und mit Pilatus spricht „Was ist Wahrheit?“ Er will sich auf keinen Fall darauf einlassen, mit einer festen unerschütterlichen Weltanschauung durchs Leben zu gehen, zumal wenn diese behauptet, man könne von ihr aus alle Fragen lösen und mit ihnen fertig werden. Dieses Fertigwerden eber würde für viele Menschen ein Widerspruch zur Dyna-

# Binotal 1g

neu  
von Bayer

Tabletten

Durchbruch  
zu noch größerer  
therapeutischer  
Sicherheit

## optimiert

die schnelle  
bakterizide  
Wirkung

## nutzt

die volle therapeutische  
Breite weiterhin  
ohne Toxizitätsrisiko

## erleichtert

höher  
dosierte  
Anwendung



z. B. bei Harnwegs-  
infektionen  
Gallenwegsinfektionen  
Salmonella-Dauer-  
ausscheidern  
Atemwegsinfektionen

3 x täglich 1 Tablette  
Binotal 1g und mehr

## Binotal

**breites Spektrum**  
**breites Indikationsgebiet**  
**breites Sortiment**

**Basis für umfassende  
Anwendung in der Praxis**

### Für jeden Patienten die geeignete Applikation

Binotal 1g	Neu!	10 Tabletten zu 1g	34,80 DM
Binotal 500		12 Tabletten zu 0,5g	22,90 DM
		30 Tabletten zu 0,5g	50,15 DM
Binotal 500 K	Neu!	12 Kapseln zu 0,5g	22,90 DM
		30 Kapseln zu 0,5g	50,15 DM
Binotal pro infantibus		18 Kapseln zu 0,25g	17,45 DM
Binotal-Saft		Flasche mit 3,0g/60 ml	13,50 DM
		Flasche mit 6,0g/120 ml	23,75 DM

Binotal (Ampicillin) = D- $\alpha$ -Amino-benzylpenicillin

**Kontraindikation:** Erwies. Penicillin-Überempfindlichk.  
**Zur Beachtung:** Gelegentlich auftretende leichte gastro-  
intestinale Störungen verschwinden meist auch unter  
Fortsetzung der Medikation. Wie bei allen Penicillinen

mik ihres Lebens und zur immer neuen Aufforderung sein, sich den Fragen zu stellen. Dabei kann es im Idealfalle zur Dialektik kommen, die die zwei oder mehreren Aspekte aller Fragen berücksichtigt und ihren Sinn und ihre Lösungsmöglichkeiten jeweils von innen heraus erwägt. Das sollte nicht so geschehen, daß man von vorneherein dem Standpunkt des „Widersachers“ (der auch in uns selbst liegen kann) nachgibt. Vielmehr sollte sich im Gespräch, also im Dialog, eine Annäherung an die Wahrheit ergeben, aber stets im Sinne einer unbeschränkt möglichen Verbesserung. Philosophie erscheint uns heute nur in solcher Form möglich, auch wenn es sich um die Philosophie der Medizin handelt. Aber gerade sie würde damit zu einer reizvollen Aufgabe werden und zu einem tieferem Verständnis für das Gesamtgebiet des Medizinischen führen.

Anschr. d. Verf.: Liz. Dr. Hans Hertmann, 1000 Berlin 38, Eitel-Fritz-Straße 8

## Standesleben

### **Gegen Verzögerung einer neuen ärztlichen Gebührenordnung Protest der Bundesärztekammer**

Der Vorstand der Bundesärztekammer protestiert erneut mit Nachdruck gegen die ständige Verzögerung des Erlasses einer neuen ärztlichen Gebührenordnung. Die Bundesärztekammer verwahrt sich dagegen, daß trotz der sich verstärkenden inflationären Entwicklung der letzten Jahre weder die seit langem überfällige neue Gebührenordnung verabschiedet wurde, noch die seit 1965 unverändert gebliebenen Gebührensätze an die zwischenzeitlich eingetretene Teuerung angepaßt wurden. Um den Umfang der Teuerung und der ihr entsprechenden Entwicklung der Löhne aufzuzeigen, sei darauf hingewiesen, daß seit Erlaß der Gebührenordnung von 1965 allein im öffentlichen Dienst die Gehälter um 65 % angehoben wurden.

Die Bundesärztekammer warnt davor, bei einer als Sofortmaßnahme dringend notwendigen Vorablösung lediglich einzelne Gebührenpositionen anzuheben und das übrige Gebührenggefüge von der erforderlichen linearen Anpassung an die Teuerung auszuschließen. Durch Maßnahmen dieser Art, die einer sorgfältig ausgewogenen Neuordnung des ärztlichen Gebührenwesens vorbehalten bleiben sollten, können gesundheitspolitisch unerwünschte und gefährliche Entwicklungen eingeleitet werden.

Die Bundesärztekammer erinnert die Bundesregierung erneut an ihre in der Bundesärzteordnung verankerte Pflicht, nach Anhörung der Beteiligten eine

ärztliche Gebührenordnung zu erlassen. Einen konkreten und umfassenden Vorschlag dafür hat die Bundesärztekammer vor sechs Jahren vorgelegt; sie erwartet, daß die Bundesregierung nunmehr endlich ihrer Pflicht zur Neuordnung des ärztlichen Gebührenwesens nachkommt.

Die Bundesärztekammer macht darauf aufmerksam, daß die Bundesregierung mit ihrem Verhalten in dieser Angelegenheit ihren wiederholten Bekundungen nicht gerecht wird, nach welchen sie auch um die Erhaltung freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit bemüht sei. Zu den wesentlichsten Voraussetzungen für das Tätigsein unabhängiger freiberuflicher Ärzte gehört eine den gesundheitspolitischen Erfordernissen wie den wirtschaftlichen Gegebenheiten entsprechende ärztliche Gebührenordnung. Die Verantwortung für die aus ihrer verzögernden Haltung in der Ärzteschaft entstehende und sich weiter verstärkende Unruhe trägt die Bundesregierung.

### **75. Deutscher Ärztetag in Westerland**

Vom 29. Mai bis 3. Juni 1972 findet in Westerland der 75. Deutsche Ärztetag statt.

Die Tagesordnung sieht folgende Punkte vor:

1. Forschung, Lehre und Berufsausübung in der Allgemeinmedizin
2. Bericht des Ausschusses „Arzt im Krankenhaus“
3. Bericht des Ausschusses „Hochschulreform und medizinische Fakultäten“
4. Einzelfragen aus der Weiterbildungsordnung
5. Arzneiprüfung in Klinik und Praxis
6. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer und Referate der Vorstandsmitglieder
7. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1971
8. Bericht des Finanzausschusses
9. Entlastung des Vorstandes
10. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1973
11. Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
12. Wahl des Tagungsortes des 78. Deutschen Ärztetages 1975

Zeitlich parallel zu den Plenarsitzungen des 75. Deutschen Ärztetages findet im Kursaal des Kurzentrums Westerland ein ausschließlich durch Filme gestaltetes Fortbildungsprogramm statt. Es werden durch den Filmausschuß der Bundesärztekammer ausgewählte Filme gezeigt, bei denen es sich in der Mehrzahl um Neuerscheinungen handelt und damit um Filme, die seit dem vergangenen Deutschen Ärztetag hergestellt wurden und erstmals der deutschen ärztlichen Öffentlichkeit durch das Filmprogramm des Deutschen Ärztetages vorgeführt werden.

## **Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. med. Hermann Braun**

In der Arbeitstagung der 1. und 2. Vorsitzenden der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände am 15. März 1972 erhielt Herr Dr. med. Hermann BRAUN, Allgemeinarzt in Nittendorf, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette aus der Hand des Präsidenten, Herrn Professor Dr. SEWERING, überreicht. Mit dieser Auszeichnung wurden die besonderen Verdienste gewürdigt, die sich Dr. Braun seit der Übernahme des Amtes des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und Umgebung im Jahr 1966 um die Fortbildung der Ärzte dieses Bereiches erworben hat.

## **Neue Geschäftsstelle des Bayerischen Landesgesundheitsrates**

Die neue Geschäftsstelle des Landesgesundheitsrates befindet sich im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 8000 München 13, Winzererstraße 9, Kantinegebäude-Seiteneingang, Zimmer-Nummer 2, Erdgeschoß, Telefon (08 11) 5 20 82 08.

Da die Geschäftsräume nicht dauernd besetzt sind, wird darum gebeten, entweder den

1. Vorsitzenden, Dr. med. S o e n n i n g, Memmingen, Telefon (08331) 26 11

oder die Sekretärin des Landesgesundheitsrates Frau F i s c h e r, München, Telefon (08 11) 8 12 14 7 1 anzurufen.

## **Aus der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin**

Mit Wirkung vom 4. Februar 1972 hat der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Herr Dr. F. PIRKL, im Einvernehmen mit dem Präsidium der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin Herrn Oberregierungsmedizinalrat Dr. R. v. CHOSSY zum stellvertretenden Geschäftsführer dieser Akademie berufen.

Der bisherige stellvertretende Geschäftsführer, Herr Medizinaldirektor Dr. E. HOFFMANN, wurde mit diesem Tag von seiner diesbezüglichen Pflicht entbunden.

Die Neuberufung des stellvertretenden Geschäftsführers wurde notwendig, weil Medizinaldirektor Dr. Hoffmann bereits im Juni 1971 an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung abgeordnet worden war.

## **Lektüre im Wartezimmer**

Die Bayerische Landesärztekammer bringt den bayerischen Ärzten die Entschließung des 69. Deutschen Ärztetages 1966 in Erinnerung und bittet, diese zu beachten. Sie hat folgenden Wortlaut:

„In Sorge um die Gesunderhaltung unserer Jugend empfiehlt der Deutsche Ärztetag den Ärzten dringend, die in ihren Wartezimmern ausgelegte Unterhaltungslektüre sorgfältig und kritisch zu überprüfen. Zeitschriften, die in Wort und Bild vor allem für Jugendliche ungeeignete Darstellungen bringen, insbesondere solche, die durch ihre Aufmachung Anstoß erregen oder niedere Instinkte ansprechen, sollten aus ärztlichen Wartezimmern ausgeschlossen werden.“

## **Einführungslehrgang in die kassenärztliche Tätigkeit**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am **Samstag, 13. Mai 1972, in München 80, Mühlbauerstraße 16** (Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 16.30 Uhr), einen Einführungslehrgang in die kassenärztliche Tätigkeit. Nähere Auskunft erteilt die Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/III, Telefon (08 11) 47 60 87.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

## **Versicherungskarten müssen umgetauscht werden**

Ein wichtiger Termin für die Rentenversicherung steht mit dem 30. Juni 1972 bevor: Bis dahin müssen alle Versicherten die Ausstellung eines neuen Versicherungsausweises und die Zuteilung einer Versicherungsnummer beantragen. Nummer, Ausweis und das damit verbundene Versicherungsnachweisheft sollen es ermöglichen, daß die soziale Rentenversicherung auf elektronische Datenverarbeitung umgestellt und die Führung von Einzelkonten ermöglicht wird, die jederzeit Aufschluß über den erworbenen Rentenanspruch geben können.

Für Ärzte ist dieser Vorgang in zweifacher Hinsicht bedeutsam: Zum einen haben sie als Arbeitgeber dafür zu sorgen, daß die bisherigen Versicherungskarten ihrer Angestellten umgetauscht werden; zum zweiten müssen sie eventuell vorhandene eigene Versicherungskarten und Aufrechnungsbescheinigungen oder die Dokumente der Ehefrau zum Umtausch anmelden. Das geschieht bei der für das Sozialversicherungswesen zuständigen Stelle in der Gemeindeverwaltung.

VDR  
(aus „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 8, vom 24. 2. 1972)

# Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

## 47. Tagung

(Fortsetzung)

### 1. Tagesthema: „Moderne antibakterielle Therapie“

Professor Dr. C. SIMON, Kiel:

#### „Aktuelle Gesichtspunkte der Antibiotiketherapie im Kindesalter“

Unter den Neugeboreneninfektionen dominieren Pneumonien, septische Bilder und Meningitiden. Pathogenetisch sind die intrauterine Pneumonie und Sepsis, welche durch Fruchtwasserinfektion oder hämatogen entstanden sind, von denen während der und nach der Geburt zu unterscheiden. Cephalotin, das sich wie andere Penicilline hoch dosieren läßt und mit dem hohe Fruchtwasserkonzentrationen erzeugt werden können, ist zur Bekämpfung intrauteriner Infektionen besonders geeignet. Sein breites Wirkungsspektrum schließt viele gramnegative Erreger sowie fast alle Staphylokokken und Streptokokken ein.

Die initiale Therapie der eitrigen Meningitis im Kindesalter wird bei noch unbekanntem Erreger mit hohen Dosen von Penicillin G, kombiniert mit Ampicillin, eingeleitet, da hiermit erfahrungsgemäß etwa 95 % aller Erreger erfaßt werden. Lediglich bei Säuglingen sind coliforme Keime zu befürchten; dann wird sofort Ampicillin und Chloramphenicol sowie zusätzlich Gentamycin intrathekal verabreicht (mit einem Antibiotika-Antagonismus ist bei dieser Kombination nicht zu rechnen).

Pneumonieerreger sind im Kindesalter aufgrund klinischer Symptome zu vermuten, da eine Sputumuntersuchung in diesem Alter selten möglich ist. Bei gezielter Therapie außerhalb des Krankenhauses sind oral applizierbare Antibiotika mit breitem Spektrum zu bevorzugen, z. B. Cephalixin (Oracef®) oder Ampicillin (Binotal®, Amblosin®), bei älteren Kindern auch Tetracycline. Der häufig vorkommende akute respiratorische Infekt sollte bei Hinweis auf eine bakterielle Genese (mit Leukozytose oder eitriger Entzündung) bei Nachweis grampositiver Erreger mit Clindamycin (Sobelin®), Erythromycin oder einem Oralpenicillin behandelt werden. Ampicillin ist besonders indiziert bei Hämophilusinfektionen und Pertussis, Tetracycline bei Mykoplasmen-, Rickettsien- und Ornithoseinfektionen. Bei den über 90 % virusbedingten akuten respiratorischen Infektionen sind Antibiotika allerdings nicht sinnvoll, es sei denn, die Kinder sind von bakteriellen Sekundärinfektionen bedroht.

Bei der Behandlung von Harnwegsinfektionen gelten bei Kindern die gleichen Grundsätze wie bei Erwachsenen. Vor Therapiebeginn ist jedoch stets eine entsprechende Röntgendiagnostik durchzuführen, um angeborene Anomalien der Harnwege auszuschließen. Bei bereits bestehender Niereninsuffizienz kann die

Eliminationsgeschwindigkeit eines Antibiotikums auf das zwei- bis fünffache verlängert sein, wie sich deutlich anhand des Gentamycins zeigen ließ. Auch bei schwerer Herzinsuffizienz mit Ödemen, Zyanose und Dyspnoe kann die renale Clearance von Antibiotika aufgrund einer Minderdurchblutung der Nieren eingeschränkt sein. Dieser bei Penicillinapplikation nicht ungünstige Effekt wirkt sich z. B. bei Gabe von Aminoglykosid-Antibiotika unter Umständen schädlich aus, sofern die Tagesdosis nicht entsprechend reduziert wird (Gefahr der Vestibularisschädigung).

Zum Einsatz der meist gebräuchlichen Antibiotika bei Kindern werden folgende allgemeine Hinweise gegeben:

Bei der hochdosierten Penicillin G-Therapie ist zu beachten, daß die i. v.-Injektion oder Kurzinfusion wegen der hohen Anfangskonzentrationen besonders zur Behandlungseinleitung und zur Bekämpfung von Infektionen mit schwach empfindlichen Erregern geeignet sind. Bei den neueren Penicillinen, z. B. Carbenicillin, könnten die bei Kurzinfusionen erzielten Blutspiegelmaxima besonders vorteilhaft sein, da die kritische Konzentration im Blut, die meistens für einige Zeit überschritten werden soll, bei Infektionen durch Problemkeime auch bei einer Dauerinfusion kaum erreicht wird.

Die orale Applikation von Antibiotika ist bei Kindern oft sehr erwünscht, besonders in der ambulanten Praxis. Hierfür stehen im wesentlichen vier Antibiotikagruppen zur Auswahl:

1. Oralpenicilline
2. Cephalixin
3. Ampicillin
4. Clindamycin bzw. Erythromycin

Bei Verwendung der Oralpenicilline, die weitgehend dosisproportional resorbiert werden, ist zu beachten, daß bei Säuglingen täglich nicht weniger als 300 000 E, bei Kleinkindern nicht weniger als 450 000 E und bei Schulkindern möglichst über 1 000 000 E täglich verabfolgt werden. Steigerungen bis zu 5 000 000 E sind möglich. Propicillin (Baycillin®) stellt das derzeit am besten resorbierbare Oralpenicillin dar.

Cephalixin (Oracef®), ein vorzügliches, oral einsetzbares, bakterizid wirkendes Breitspektrumantibiotikum, sollte zur Erzielung 200 mg/kg Körpergewicht dosiert werden. Bei schweren bakteriellen Infektionen ist dem parenteral zu verabfolgenden, stärker wirkenden Cephalotin der Vorzug zu geben.

Ampicillin muß wegen der nur etwa bei 50% liegenden oralen Resorptionsrate bei schweren Infektionen ebenfalls parenteral verabfolgt werden. Es ist durch seine häufigen Hautreaktionen belastet.

Clindamycin und Erythromycin sind gut verträgliche Oralantibiotika, die besonders bei Penicillinallergien oder bei Staphylokokken- und Streptokokkeninfektionen angewandt werden sollten.

Auf Tetracycline ist in der Pädiatrie wegen der möglichen Zahnschäden bei Patienten vor dem sechsten Lebensjahr zu verzichten. Danach hat sich zur oralen Applikation besonders das Doxycyclin (Vibramycin®) bewährt.

Professor Dr. L. KOSLOWSKI, Tübingen:

#### „Die antibakterielle Therapie bei Verbrennungen“

Heute sterben Patienten mit schweren Verbrennungen in der Regel nicht mehr an den Folgen des erheblichen Plasmaverlustes bzw. Schocks, sondern sie werden in erster Linie durch die zwei bis drei Wochen nach dem Ereignis auftretenden Infektionen entscheidend bedroht. Die wichtigsten Keime, die nach Verbrennungen auf der Brandwunde und in Blutkulturen gefunden werden, sind heute nicht mehr die Streptokokken, sondern die weitgehend penicillin-resistent gewordenen Staphylokokken und in zunehmendem Maße Pseudomonas aeruginosa, Proteus- und Coli-Infektionen.

Die Infektionsprophylaxe beginnt bei der ersten Hilfe und sollte in einer Kühlung der verbrannten Hautflächen mit Hilfe kalten Leitungswassers, das als annähernd keimfrei betrachtet werden kann, bestehen. Hierdurch ist eine wesentliche Verminderung des Verbrennungsschadens, häufig sogar eine Verhinderung von Nekrosen zu erreichen. Verbrennungen sollten nie mit einer Wolldecke zugedeckt, sondern nur mit sauberen Leinentüchern eingehüllt werden, wenn möglich mit aluminium-bedampften Wattefliesen (Metalline®). Bei Kindern gelten Verbrennungen, die mehr als 10% der Körperoberfläche erfaßt haben, als lebensbedrohlich; sie sollten nie ambulant behandelt werden. Bei Erwachsenen liegt diese Grenze bei 15 bis 20%. Verbrennungen und Verbrühungen an den Händen sind ebenfalls einer fachchirurgischen und stationären Versorgung vorbehalten. Bei oberflächlichen Schäden (Verbrennungen ersten und zweiten Grades) ist es gleichgültig, ob zur Lokalbehandlung Gelpräparate (meist Kortikoide und Sulfonamide enthaltend) oder Puder bzw. Salben benutzt werden, da die Verbrennungen meist binnen 14 Tagen abheilen. Salben oder Brandbinden ohne bakterizide Zusätze sind nicht empfehlenswert.

Die Ausdehnung einer Verbrennung wird am ersten Tage erfahrungsgemäß überschätzt, die Tiefe unterschätzt. Die Infektionsgefährdung hängt mehr von der Ausdehnung als vom Grad, also der Tiefe der Verbrennung ab. Thermische Schäden bis zu 20% der Oberfläche dürften heute nicht mehr tödlich ausgehen;

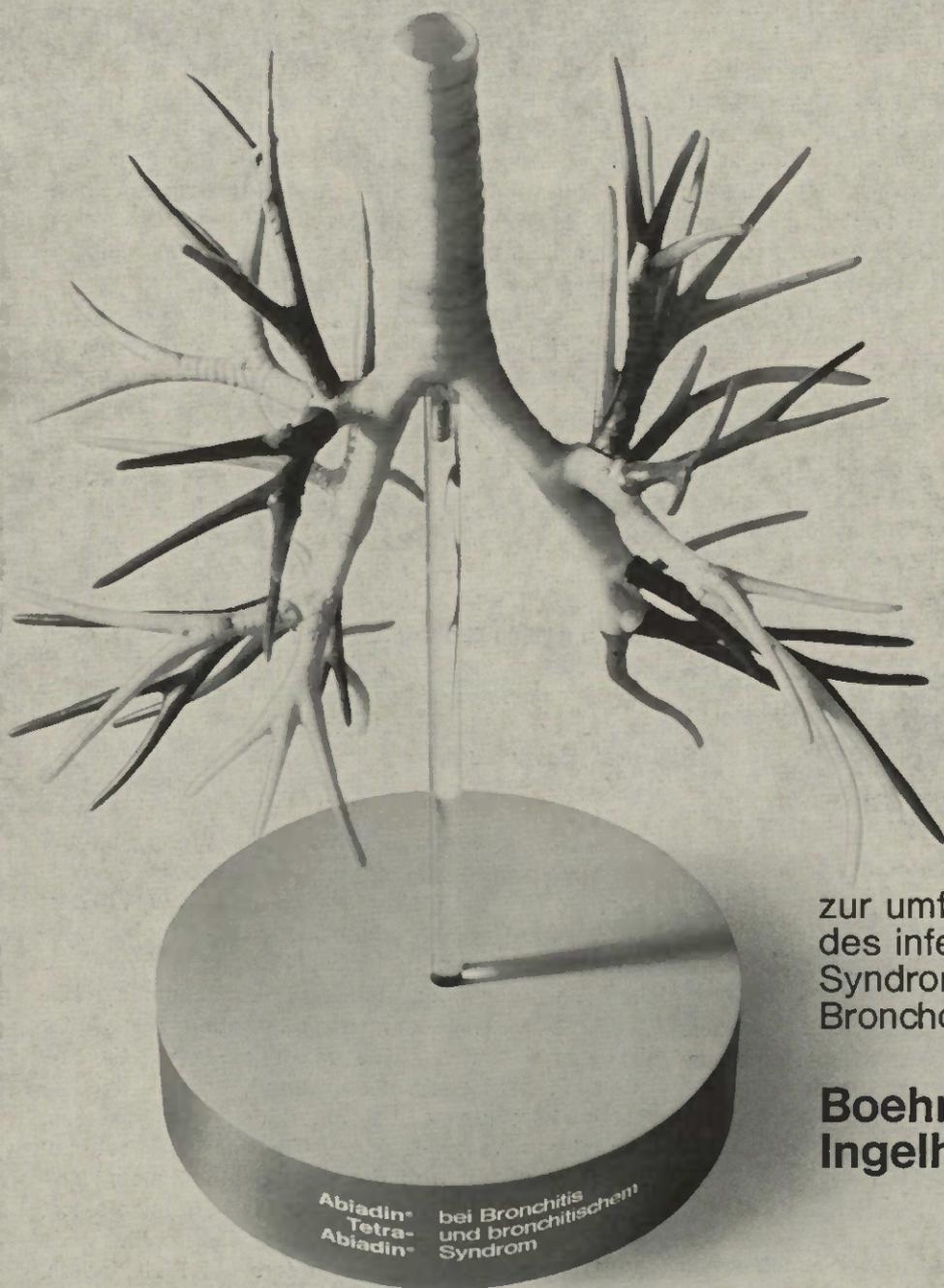
dagegen werden Schädigungen von mehr als  $\frac{2}{3}$  der Körperoberfläche nur in Ausnahmefällen überlebt. In etwa der Hälfte der tödlich endenden Verbrennungen ist eine Sepsis die Todesursache.

Um der immer noch zunehmenden Antibiotikaresistenz zahlreicher Bakterienstämme zu begegnen, werden verschiedene lokale Behandlungsverfahren praktiziert:

1. Behandlung mit feuchten Verbänden, die eine 0,5%ige Silbernitratlösung enthalten. Hierdurch wird eine mäßige bis gute Wirkung gegenüber Staphylokokken und Pyocyaneus erreicht. Wegen der mit dieser Behandlung einhergehenden unangenehmen Verschmutzung von Bettwäsche, Krankenzimmer und Händen des Pflegepersonals erfreut sich dieses Verfahren keiner großen Beliebtheit. Außerdem bewirkt die hypotone Silbernitratlösung einen Verlust von Na-Ionen bei den Patienten.
2. Ein- bis zweimal täglich wird eine wasserlösliche, sulfonamidhaltige Creme (z. B. Napaltan®), auf die Brandwunde aufgetragen, am nächsten Tag durch ein Bad zusammen mit den bereits demarkierten Nekrosen gründlich abgewaschen und danach wieder erneuert. Ein Nachteil des Verfahrens ist eine Schmerzhaftigkeit während der ersten zwei Tage und die Notwendigkeit täglicher Bäder unter erheblichem pflegerischen Aufwand sowie eine Verzögerung der Demarkierung der Nekrosen.
3. Anwendung einer 0,1%igen Gentamycincreme. Diese Behandlungsmethode ist zwar teuer, aber sehr wirksam und erfordert keine täglichen Bäder.
4. Besonders in einigen pädiatrischen Kliniken wird immer noch die Gerbung der verbrannten oder verbrühten Hautflächen mit 10%igem Mercurchrom, mit 5%igem Tannin und 0,5%igem Silbernitrat durchgeführt. Auch in der Tübinger Chirurgischen Universitätsklinik wird dieses Verfahren praktiziert. Der einzige Nachteil der Methode liegt in der Notwendigkeit einer Narkose. Danach hat man zwei Wochen lang mit der Wunde keine Probleme mehr; sie ist trocken, der Verlust an Wasser, Elektrolyten und Eiweiß bleibt gering. Eine Infektion geht auf dem trockenen Gerbschorf nicht an. Verbrennungen zweiten Grades sind nach zwei Wochen unter dem Schorf abgeheilt; tiefer reichendere Nekrosen müssen durch Bäder, enzymatische Nekrolyse oder chirurgische Exzisionen abgelöst werden.
5. Die frühzeitige chirurgische Ausschneidung der Nekrosen innerhalb der ersten Woche stößt bei Läsionen von 30% und mehr der Körperoberfläche auf Schwierigkeiten. Bei kleineren Verletzungsflächen birgt die Frühexzision große Vorteile: Der Körper wird von der Nekrose und der von ihr ausgehenden Intoxikation befreit, und den Bakterien wird der Nährboden entzogen. Auf der frischen,

# Tetra-Abiadin®

ist antibakteriell  
wirksames Abiadin®



zur umfassenden Behandlung  
des infektbronchitischen  
Syndroms einschließlich aller  
Bronchopneumonien.

**Boehringer  
Ingelheim**



#### Indikationen:

#### Zusammensetzung:

#### Packungen: lt. A. T.

#### Besondere Hinweise

#### Tetra-Abiadin®

Bei allen Formen infizierter Bronchitiden, insbesondere bei allen chronischen Formen, zur Rezidivprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, bei bakteriellen Bronchopneumonien und Bronchiektasen.

1 Kapsel enthält:  
Tetracyclin-HCl 200,0 mg  
Alupent 2,5 mg  
1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-  
2-isopropylamino-äthanol-sulfat  
Bromhexin 4,0 mg  
N-Cyclohexyl-N-methyl  
(2-amino-3,5-dibrom-benzyl)amin-hydrochlorid  
Doxylaminsuccinat 3,75 mg

18 Kapseln DM 21,85

Gleichzeitige Einnahme von Alkohol oder Beruhigungsmitteln kann deren Wirkung verstärken. Tetra-Abiadin nur bei strenger Indikationsstellung in der Schwangerschaft und bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr.

#### Kontraindikationen

Thyreotoxikose, idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose, hochfrequente absolute Arrhythmie, Kammerwinkel-Glaukom. Bei Tetra-Abiadin außerdem: Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

#### Abiadin®

Bei allen Formen der Tracheo-bronchitis, katarrhalischen Bronchialerkrankungen, Emphysebronchitiden (auch mit spastischer Komponente), Bronchiektasen, Begleit-bronchitiden, chron. entzündlicher Lungenerkrankungen.

1 Dragée = 2 Meßlöffel = 10 ml enthalten:  
Alupent 5,0 mg  
1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-  
2-isopropylamino-äthanol-sulfat  
Bromhexin 8,0 mg  
N-Cyclohexyl-N-methyl  
(2-amino-3,5-dibrom-benzyl)amin-hydrochlorid  
Doxylaminsuccinat 7,5 mg

20 Dragées DM 4,45  
50 Dragées DM 9,45  
90 ml Saft DM 4,95  
250 ml Saft DM 12,25

praktisch keimfreien Exzisionswunde heilen Hauttransplantate vorzüglich an.

Eine systematische Infektionsprophylaxe durch parenterale oder orale Antibiotikagaben ist unwirksam und begünstigt die Entwicklung einer Antibiotikaresistenz. Bei schweren Verbrennungen müssen täglich Blutkulturen angelegt und bakteriologische Proben von der Wundfläche entnommen werden. Der sich ständig ändernden Bakterienflora muß die chemotherapeutische Behandlung immer wieder angepaßt werden. Große Bedeutung dürfte künftig der Unterstützung der körpereigenen Abwehr mit Hilfe einer Immuntherapie mit Vakzine zukommen. Diese wird derzeit aus virulenten Pseudomonas- oder Staphylokokkenstämmen präpariert, die bei Verbrennungen gefunden wurden. Als Hinweis darauf, wie sehr die körpereigene Abwehr bei Verbrennungen geschwächt wird, läßt sich aus der Verminderung der  $\gamma$ -Globulin-Fraktion IgG ablesen.

Alle schweren Verbrennungsfälle müssen isoliert werden. Eine Sterilisation der Luft ist nicht erforderlich, jedoch ihre Anwärmung auf etwa 30° und die Anfeuchtung auf etwa 30 % relative Luftfeuchte. Ob sich der Behandlungsaufwand in Isolierzelten aus Plastikfolien mit kontrollierter Durchströmung durch sterile Luft lohnt, bleibt abzuwarten.

## 2. Tagesthema: „Fortschritte in der Notfalldiagnostik und -therapie der Praxis“

Professor Dr. A. WINDORFER, Erlangen:

### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Pädiatrie“

Wie kaum in einem anderen Fachgebiet gilt hier der Satz: „Wer schnell hilft, hilft doppelt!“

Drei Syndrombilder werden herausgegriffen:

1. die akut bedrohliche Atemnot,
2. Krämpfe bei Kindern und akute Bewußtlosigkeit und
3. akute schwere Erkrankungen mit Hauterscheinungen.

Zwei Hauptfaktoren, das Hauptsymptom und das Lebensalter, führen zur vermutlichen Diagnose, der eine Soforttherapie folgt.

#### ad 1

Das „Atemnotsyndrom“ des Neugeborenen kann hervorgerufen werden durch die Fruchtwasseraspiration (Atemnot sofort nach Geburt; Therapie: Absaugen eventuell bis in die Bronchien), durch hyaline Membranen und fetale Atelektasen (besonders bei Frühgeborenen, Sektiokindern und Kindern diabetischer Mütter): zunehmende Atemnot erst mehrere Stunden p. p. Möglichst rasche Behandlung im Inkubator → Bilanzierung des Säurebasenhaushaltes. Durch Hirnblutung („Jammern und Wimmern“ des Neugeborenen, schmerzlich verzerrter Gesichtsausdruck) und angeborene Herzfehler (Herzgeräusch oft erst

nach Wochen hörbar!). Als seltene Ursachen finden sich der Spontanpneumothorax und die angeborene echte Zwerchfellhernie.

Im Säuglingsalter stellen sich ganz andere Probleme: obenan steht hier die schwere Bronchopneumonie (Atemnot mit expiratorischem Stöhnen und Nasenflügelnl). Im weiteren ist zu denken an den Croup = subglottische Laryngitis. Verlauf: Heiserkeit → bellender Husten → inspiratorische Einziehung → zunehmende Atemnot! Bei geringster Verschlechterung des Zustandes in obiger Reihenfolge Klinikeinweisung! Zuvor jedoch 40 bis 50 mg Prednisolon i. v. (eventuell auch i. m.) und Antibiotikum i. m. (etwa Reverin oder Totocillin).

Vom Croup streng abzugrenzen ist die akute Epiglottitis: plötzlicher Beginn, raschster Verlauf, Fehlen der Heiserkeit. Schnellste Klinikeinweisung zur Intubation oder Tracheotomie, da hier Kortison praktisch wirkungslos!

Diagnostische Schwierigkeit macht die akute Myokarditis (meist durch Coxsackie-Viren): nach uncharakteristischen Krankheitserscheinungen zunehmende Atemnot bei rasender Tachykardie. Entscheidend ist die hochdosierte Kortisongabe: 30 bis 40 mg sofort, eventuell nochmals nach 3 bis 6 Stunden, dazu O<sub>2</sub>, Sedativa und Schnelldigitalisierung. Eine Fremdkörperaspiration sollte bei bledem Hustenreiz und eventuell zunehmender Atemnot immer ausgeschlossen werden.

#### ad 2

Beim Neugeborenen führt hierzu die Hirnblutung und die Hypoxie (Nabelschnurumschlingung!). Eine besondere Ursache stellt die Hypokalzämie dar: allgemeine Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schnäuzchenphänomen. Therapie: 2 bis 5 ml Kalzium 10 % i. v. oder i. m. Bei Säuglingen stehen die sogenannten Fieber- oder Infektkrämpfe oben an. Weiter ist zu denken an eine Meningitis, Enzephalitis (Liquoruntersuchung!), an die Säuglingstoxikose bei Enteritiden mit Exsikkose: parenterale Wasser-Elektrolyt-Therapie lebensrettend! Häufig verkannt wird die sogenannte Spontanhypoglykämie: bei Kindern mit Enzymdefekten, bei Neugeborenen mit pränataler Dystrophie. Jede akute Bewußtlosigkeit, besonders bei Kleinkindern, ist verdächtig auf eine Vergiftung. Krämpfe bei Klein- und Schulkindern müssen stets an ein „Anfallsleiden“ denken lassen. Krämpfe werden am besten gestillt durch Gabe von Valium 5 bis 7 mg langsam (!) i. v., eventuell i. m.

#### ad 3

Selten geworden ist hier glücklicherweise die Dermatitis exfoliativa (RITTER) des Neugeborenen: schwere, generalisierte, hautblasenbildende Staphylokokkenerkrankung. Die modernen Antibiotika haben hier die früher infauste Prognose gebessert.

Ähnlich schwere Hauterscheinungen treten bei der toxischen Epidermolysse (LYELL) bei Klein- und Schulkindern auf. Neben Staphylokokkeninfektionen werden hier besonders Medikamente aller Art ursächlich angeschuldigt. Therapie: Absetzen aller Medikamente, hohe Dosen Kortison, staphylokokkenwirksame Antibiotika, Lokalbehandlung wie bei Verbürhungen.

Besonders wichtig sind Frñhdiagnose und Soforttherapie bei der Meningokokkensepsis: plötzliche einsetzende hohes Fieber, rasche Kreislaufverschlechterung, nach wenigen Stunden erste kleine rote, nicht wegdrückbare (Blutungen!) Flecken in der Haut, zunächst noch Fehlen meningitischer Zeichen, noch klarer Liquor (!). Nur eine in diesem Stadium einsetzende Therapie kann die sonst infauste Prognose bessern! Erstversorgung in der Praxis: 1 Mio. E Penicillin i. m. und 30 bis 40 mg Kortison möglichst i. v., eventuell i. m., Blaulichttransport. In der Klinik: Schockbekämpfung, Elektrolytersatz, Antikoagulantien, Kortikoide, Antibiotika.

Professor Dr. P. SCHÖLMERICH, Mainz:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Pulmologie, Angiologie und Kardiologie“

Aus der großen Anzahl der Möglichkeiten in der Pulmologie, der Lungenembolie, des Asthma bronchiale, der akuten Exazerbation der chronisch respiratorischen Insuffizienz, des Spontanpneumothorax, des Mediastinalemphysems und der Verlegung der Luftwege, werden der Spontanpneumothorax und die akute respiratorische Insuffizienz betrachtet.

Der Spontanpneumothorax überfällt vorwiegend jüngere Menschen ohne besondere Vorerkrankungen. Hier kann in der Regel therapeutisch abgewartet werden, während beim Ventilpneumothorax sofort mittels einer mit Fingerling armlerten dicken Kanüle für einen entsprechenden Druckausgleich gesorgt werden muß. Beim Spontanpneumothorax älterer Patienten mit einem obstruktiven Emphysem ist in jedem Fall eine sofortige Klinikeinweisung notwendig (kontinuierliche Absaugung!).

Die Diagnostik der akuten respiratorischen Insuffizienz ist gut übersehbar: Dyspnoe, Zyanose, Tachykardie, eventuell Somnolenz oder Verwirrheitszustände. Therapeutische Fehler entstehen hier z. B. durch Mißdeutung der Unruhe, in dem man sie nicht auf die zentrale Hypoxie bezieht; Sedativa, Morphiumpräparate wirken dann deletär durch weitere Reduktion der Ventilation. Notfalltherapie: Sauerstoffgabe unter Beobachtung (!) des Patienten (Cave: Verlangsamung der Respiration!), Breitbandantibiotika, Bronchiolytika, Sekretolytika. Die akute respiratorische Insuffizienz beim Asthma bronchiale stellt immer einen lebensbedrohlichen Zustand dar, wenn Hypoxämie und Hyperkapnie als Komplikation hinzutreten; zunächst Gabe von Kortikoiden, Klinikeinweisung!

Die akute Ischämie der Extremitäten durch arterielle Embolie ( $\frac{2}{3}$  der Fälle) oder örtliche Thrombose sollte diagnostisch keine Schwierigkeiten bereiten: plötzlicher, peitschenartiger Schmerz in der betroffenen Extremität, Sensibilitätsstörungen, Hautblässe mit späterer Marmorierung, Objektivierung durch Palpation der Arterien. Soforttherapie: Schmerzlinderung (meist Opiate erforderlich), Tieflagerung der Extremität, initiale Heparin-gabe, Klinikeinweisung (Cave: abwartende Haltung, hyperämisierende Medikamente, Beinhochlagerung!). Die weitere Therapie ist dann in der Klinik zu differenzieren: operatives Vorgehen bei hochsitzenden Verschlüssen, d. h. oberhalb der Arteria poplitea. Konservative Behandlung mit Streptokinase bei distalen Gefäßverschlüssen.

Der Herzstillstand ist durch vier Kardinalsymptome charakterisiert: Fehlen der Karotispulsationen, Sistieren der Atmung, maximal erweiterte Pupillen, blaß-grau Verfärbung von Haut und Schleimhaut. Die Differenzierung in die asystolische bzw. durch Kammerflimmern verursachte Form ist nur durch das EKG möglich. Sofortiges Einsetzen der Therapie (nach 4 bis 6 Minuten irreversible Hirnschäden!): Lagerung auf harter Unterlage, Hyperextension des Kopfes, Mund-zu-Mund- bzw. Mund-zu-Nase-Ventilation (besser mittels Atembeutel), externe Herzmassage mit Frequenz von 60 pro min mit 3 bis 4 Atemspenden nach jeweils 15 Sekunden, Anlegen einer Infusion, Natriumbikarbonikum 8,4%ig 100 ml alle 10 min i. v., Alupentgabe (auch vor Differenzierung!), Klinikeinweisung.

Ein für die Praxis bedeutsames Problem stellt die akute Herzinsuffizienz dar. Sie tritt in der Regel unter den Erscheinungen einer akuten Linksinsuffizienz mit Asthma cardiale oder unter dem Bild eines kardiogenen Schocks auf (besonders bei Herzinfarkt, hypertonen Krisen, Myokarditis, Arrhythmie u. a.). Symptomatik: ausgeprägte Dyspnoe, Tachypnoe, Orthopnoe, Angstgefühl, pulmonale Rasselgeräusche. Bei pulmonaler Spastik besteht die Gefahr der Verwechslung mit einem Asthma bronchiale! Soforttherapie: Sedierung (Morphiumpräparate), Sauerstoffzufuhr, Herzglykoside (Strophanthin, Digoxin), Hochlagerung des Oberkörpers, eventuell Aderlaß (400 bis 500 ml), Diuretika (Lasix!).

Professor Dr. H. D. WALLER, Tübingen:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Hämatologie und Toxikologie“

Bei akut auftretenden Anämien handelt es sich ätiologisch in erster Linie um eine Blutung oder — seltener — Hämolyse. Hierbei sind Patienten mit chronischer Blutarmut an ein akutes Absinken des Hb besser adaptiert als Kranke mit der ersten Blutung. Bei letzterer Gruppe ist in den ersten Stunden nur eine geringe normochrome Anämie nachzuweisen, erst in den folgenden Tagen wird das wirkliche Aus-

maß der Anämie erkennbar. Die Soforttherapie besteht in der Verabreichung von Plasmaexpandern. Bei Fortbestehen der Kreislaufzentralisation kann ein Versuch mit Hydergin ( $\alpha$ -Rezeptorenblockade) unter gleichzeitiger Volumensubstitution unternommen werden.

Häufigste Ursachen hämolytischer Krisen sind serogene und korpuskuläre hämolytische Anämien, Hämolysen unter Medikamenten, Transfusionszwischenfälle und Vergiftungen. Die gefährlichste Komplikation einer schweren Hämolyse ist neben der erheblichen Anämie das Auftreten einer Crush-Niere mit Versagen der Nierenfunktion. Soforttherapie: Absetzen aller für die Auslösung in Frage kommender Medikamente, Klinikeinweisung. Behandlungsversuch mit Kortison (75 bis 100 mg Prednisolon i. v.) nur bei immunologischer Ursache erfolgsversprechend.

Akute Notfallsituationen in der Hämatologie sind vor allem bei Patienten mit hämorrhagischer Diathese zu erwarten: Koagulopathien (Flächenblutungen, Gelenkblutungen; verlängerte Gerinnungs-, eventuell auch Blutungszeit), Thrombozytopathien (petechiale Blutungen, eventuell Thrombopenie, verlängerte Blutungszeit, Gefäßteste positiv: RUMPEL-LEEDE, Kneifphänomen), generalisierte Vasopathien (petechiale Blutungen, Gefäßteste positiv, eventuell gering verlängerte Blutungszeit), Fibrinolysestörungen (profuse Blutungen an Operationswunden, Uterus, Stichkanälen). Allgemeine Sofortmaßnahmen in der Praxis: Gefäßabdichtend Vit C und P (Rutin), Östrogene (Presomen, Orgastypin), bei Thrombopathien bzw. -penien Versuch mit 50 bis 100 mg Prednisolon i. v., bei Magen-Darmblutungen Schluckthrombine (Velyn, Topostasin), bei Verdacht auf Fibrinolysehemmung  $\epsilon$ -Aminokapronsäure. Bei bedrohlichen Blutungen infolge Antikoagulantienbehandlung (Dicumarole!) sollte die sofortige Klinikeinweisung erfolgen, da die Wirkung des verabreichten Vit K<sub>1</sub> (5 bis 20 mg i. v.) erst nach frühestens 5 bis 6 Stunden einsetzt.

Granulozytopenien (bei Hämoblastosen, durch Medikamenten) und das Antikörpermangel-syndrom sind hauptverantwortlich für die Störung der Infektabwehr.

Wichtigster Methämoglobinbildner ist beim Säugling nitrathaltiges Brunnenwasser, beim Erwachsenen aromatische Amine und Nitroverbindungen. Soforttherapie: Abführen mit Glaubersalz, 1 bis 2 mg Methylenblau pro kg Körpergewicht als 1%ige Lösung langsam i. v., Klinikeinweisung.

Zunehmende akute Notfallsituationen aus toxikologischer Sicht stellen die Schlafmittelvergiftungen dar, wobei im Stadium der schweren Intoxikation zunächst andere mit Bewußtlosigkeit einhergehende Erkrankungen differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden müssen. Sofortmaßnahmen: stabile Bauch- oder Seitenlage, Plasmaexpander, zum

Abführen Natriumsulfat, zur Adsorption Tierkohle. Keine Magenspülung in der Praxis bei stärker Bewußtseinsgetrübten (Cave: Milch und Rizinusöl). Die völlige Ablehnung der Anwendung von Eukraton wird heute bei schweren Vergiftungen nicht mehr vertreten.

Privatdozent Dr. F. DÜRR, Landshut:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Nephrologie“

Die Oligoanurie ist für den Patienten stets ein lebensbedrohliches Ereignis, da sie unbehandelt in wenigen Tagen zum urämischen Syndrom führt. Ursachen für den Ausfall der Nierenfunktion: prärenale Störungen (z. B. Verminderung der zirkulierenden Blutmenge bei Schockzuständen und Exsikkose), postrenale Störungen (z. B. obstruierende Erkrankungen! Hierbei meist komplette Anurie!), intrarenale Störungen (z. B. bei chronischer Niereninsuffizienz infolge chronischer Pyelonephritis bzw. Glomerulonephritis). Wichtig hinsichtlich der einzuschlagenden Therapie ist weiter die differentialdiagnostische Abgrenzung dieser drei ursächlichen Störungen vom akuten Nierenversagen. Dieses kann sich aus jeder der drei Formen der Nierenfunktionsstörung entwickeln und ist dann einer Kausaltherapie nicht mehr zugänglich! Der Anamnese kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu. Bereits in der Praxis kann bei einem oligo-anurischen Patienten durch Blasenkatheterismus eine Harnverhaltung differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

Um die Ausbildung eines akuten Nierenversagens zu vermeiden, hat die Kausaltherapie der genannten ursächlichen Störungen sofort einzusetzen. Für den Schockzustand und auch bei Störungen im Wasser-Elektrolythaushalt bedeutet dies für die Praxis: Beseitigung der absoluten oder relativen Hypovolämie durch qualitative und quantitative Volumensubstitution (Macrodex, Rheomacrodex, Haemacel) bzw. zusätzliche Korrektur lebensbedrohlicher Elektrolytungleichungen. Für die Mehrzahl der nephrotoxischen Substanzen ist eine spezifische Therapie nicht bekannt. Bei Schwermetallintoxikationen kann jedoch durch frühzeitige Anwendung von BAL oder Sulfactin (Initialdosis 5 mg pro kg Körpergewicht) die Prognose gebessert werden. Obstruktive Erkrankungen erfordern entweder aktives chirurgisches Vorgehen oder das Legen von Ureterenkathetern. Unabhängig von diesen spezifischen Maßnahmen sollte bei jeder Oligoanurie initial der Versuch einer Diuresesteigerung durch Infusion von hochprozentiger Mannitlösung (bis 250 ml der 20%igen Lösung) und durch Verabreichung hoher Dosen von Furosemid (bis zu 2000 mg [!] Lasix) unternommen werden. Eine Oligoanurie infolge akuter oder subakuter Glomerulonephritis ist einer Kausaltherapie nicht zugänglich. Eine Besserung der früher infausten Prognose ist nur durch den frühzeitigen Einsatz der extrakorporalen Hämodialyse möglich geworden. Sofortmaßnahmen bei akuter Herzlinksdekom-

# Asthma-Bisolvon®

.... DER  
THERAPIE-  
ERFOLG  
IST  
HÖRBAR!



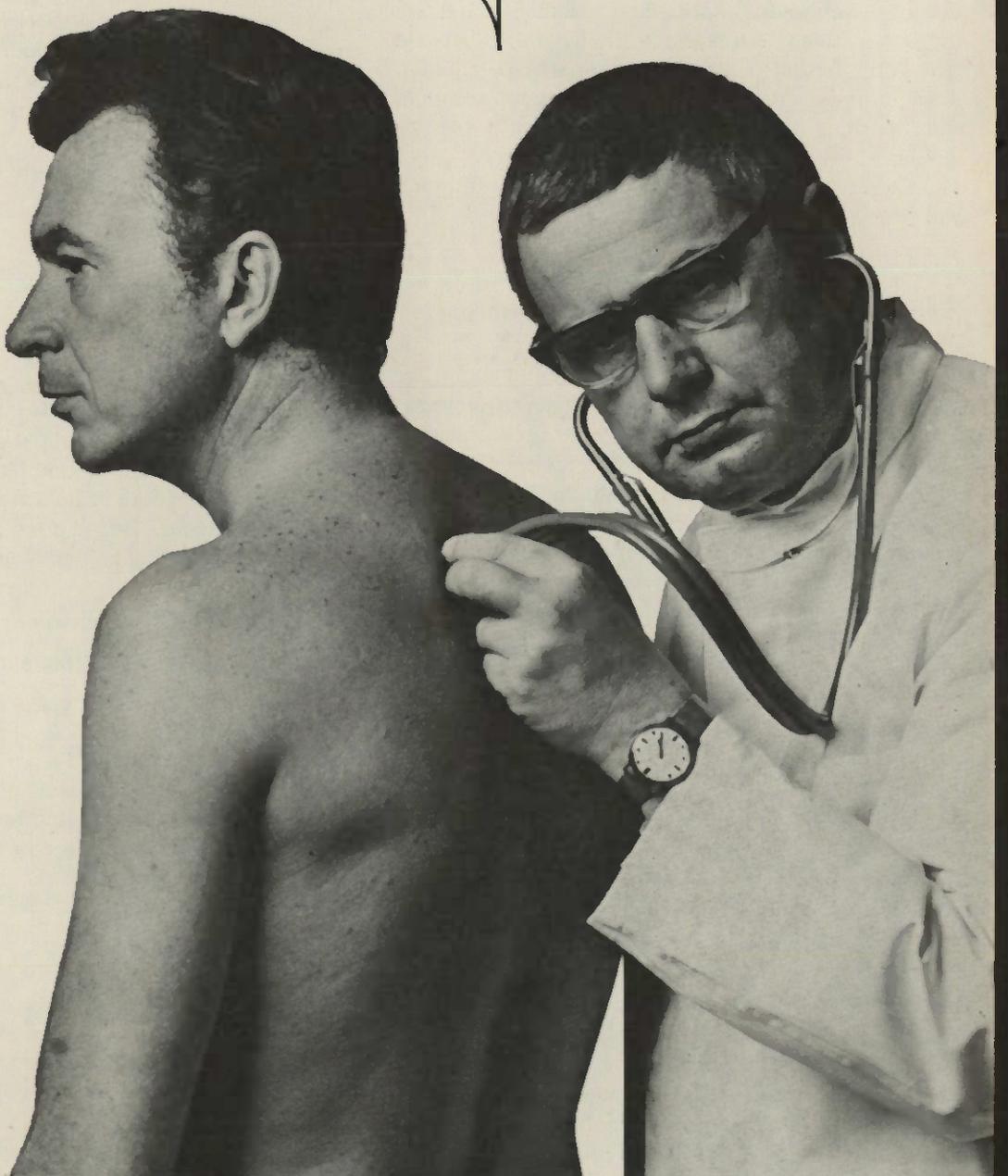
**Zusammensetzung**  
Bislvon®-Wirkstoff 4 mg  
Ephedrin-HCl 15 mg  
Theophyllin 150 mg

**Indikationen**  
Akute und chronische  
Formen asthmoider Bronchi-  
tiden; spastische Emphysem-  
bronchitiden und chronische  
Formen des Asthma  
bronchiale.

**Kontraindikationen**  
Glaukom, schwerere Formen  
der Hypertonie, Miktions-  
und nephrogene Ausschei-  
dungsstörungen, tachykarde  
Herzrhythmusstörungen.

**Dosierung**  
Im allgemeinen 3 x 1 Dragée  
pro Tag.

**Handelsformen**  
Originalpackung mit  
20 Dragées DM 4,85 lt. AT  
Originalpackung mit  
75 Dragées DM 15,85 lt. AT  
Klinikpackungen



pensation im Rahmen einer akuten Glomerulonephritis: großer Aderlaß von 500 ml, Schnelldigitalisierung ( $\frac{1}{4}$  mg Strophanthin, nochmals nach einigen Stunden), Überdruckbeatmung (In der Praxis mit normalem Atembeutel!), bei Hypertonie Serpasil 1 bis 2 mg s. c. oder i. m., 300 ml Natriumsulfatlösung 25%ig oral (Flüssigkeitsverlust über den Darm von 2 bis 3 kg in 12 bis 24 Stunden!), beim zerebralen Krampfanfall 10 bis 20 mg Valium langsam i. v. oder Distranurin per infusionem.

Meist iatrogener Natur ist das akute Kochsalzmangel-syndrom bei chronischer Niereninsuffizienz. Symptome: Exsikkose, Wadenkrämpfe, eventuell Bewußt-seinsstörungen. Eine absolut lebensbedrohliche Si-tuation stellt die Hyperkaliämie dar (Serumkalium über 7 Milliäquivalent pro Liter: Gefahr des plötzlichen Her-ztodes!). Symptomatik: Abschwächung oder Fehlen der tiefen Sehnenreflexe, Parästhesien und Starrheit an den Extremitäten, Extrasystolie, Tachykardie, typische EKG-Veränderungen. Bei oligo-anurischen Patienten ist immer mit dieser Elektrolytentgleisung zu rechnen. Soforttherapie in der Praxis: 10 bis 30 ml einer 10%igen NaCl-Lösung i. v. und Resonium A (Katio-nenaustauscher!) zwei- bis dreimal 30 g in 24 Stunden oral oder rektal.

Professor Dr. W. KAUFMANN, Tübingen:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Endokrinologie“

Die häufigste endokrine Funktionsstörung stellt der Diabetes mellitus dar; das Coma hyper- bzw. hypoglycaemicum ist hierbei die lebensbedrohlichste Stoffwechsellage, wobei die sogenannte hyperosmolare, nicht azidotische diabetische Situation des vorwiegend älteren Menschen als Sonderform des hyperglykämischen Komats einer vermehrten diagnosti-schen und therapeutischen Aufmerksamkeit bedarf. Soforttherapie des azidotischen Komats: Insulinsubsti-tution mit 40 E Alt s. c. und 40 bis 60 E i. v., Flüssig-keitszufuhr, eventuell auch bereits Natrium bicarboni-cum per infusionem. Hingegen ist die Verabreichung von Kaliumchlorid erst in der Reparationsphase (ca. ab 6. bis 8. Stunde) indiziert und somit der Klinik vor-behalten.

Das diagnostische Problem bei der hypoglykämischen Stoffwechsellage besteht insbesondere im Erkennen der Situation bei Vorliegen einer uncharakteristischen Symptomatologie (psychiatrische Symptome!). Die Notfalltherapie: intravenöse Applikation von Glukose 20%ig 20 bis 40 ml, eventuell zusätzlich Glucagon 4 bis 8 mg i. v.

Schilddrüsenfunktionsstörungen kön-nen sich plötzlich verschlechtern: Hyperthyreose → Basedowkrise bzw. starke Hypothyreose → Coma hypothyreoticum! Unklares Fieber mit den Zeichen des gesteigerten sympathikoadrenalen Systems sollten grundsätzlich den Verdacht auf eine thyreotoxische

Krise erwecken! Zur Durchführung einer eingehenden Diagnostik, wie Radiojodtest u. ä., bleibt hierbei keine Zeit, die Verdachtsdiagnose muß nach klinischen Ge-sichtspunkten abgeleitet werden. Soforttherapie: Hem-mung der Schilddrüsenaktivität durch Favistan 80 mg i. v., Endojodin 2 Amp. i. v., Glukokortikoide (gestei-gerter Steroidverbrauch!), Herzglykoside, Sauerstoff-zufuhr, Sedativa.

Bei der ADDISON - K r i s e stehen klinisch Adynamie, Hypotonie, eventuell Kreislaufschock, Erbrechen und Diarrhöen im Vordergrund. Laborbefunde: Hyponatri-ämie, Hyperkaliämie mit metabolischer Azidose, Azot-ämie, Hypoglykämie. Die Soforttherapie: Physiolo-gische Kochsalzlösung per infusionem (= Substrat für Hormonwirkung!), Cortisol (Mineralo- und Glukokorti-koideffekt), Antibiotika.

Entgegengesetzte Effekte finden sich beim sogenan-ten Aldosteronom (CONN-Syndrom). Hierbei stellt der Kaliummangel das bedrohlichste pathophy-siologische Moment dar. Eine spezifische Form des sekundären Aldosteronismus findet sich beim soge-nannten P s e u d o - BARTTER - S y n d r o m bei Pa-tienten mit Anorexia nervosa und chronischem Laxan-tienabusus. Im Gegensatz zum CONN-Syndrom findet sich hierbei jedoch eine normo-, ja, sogar hypotone Kreislauf-lage. Therapie: Absetzen der entsprechen-ten Medikamente, vorübergehend Spirolactone (Al-dactone).

Neu ist die Tatsache einer möglichen Entwicklung eines sogenannten paraneoplastischen C u s h i n g - Syndroms, besonders beim Bronchialkarzinom. Hier-bei findet sich oft zugleich ein H y p e r k a l z ä m i e - syndrom (auch bei Nieren- und Mammetumoren!). So-forttherapie der hyperkalzämischen Krise: Drosselung der Kalziumzufuhr, Beseitigung der Dehydratation, Gabe von Dexamethason und Natriumsulfat.

Professor Dr. H. ROEMER, Tübingen:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Frauenheilkunde“

Akute, lebensbedrohliche Zustände hervorgerufen oder begleitet durch G e r i n n u n g s s t ö r u n g e n des Blutes haben heute durch neue Erkenntnisse in der Pathogenese und dementsprechend gezielte thera-peutische Maßnahmen eine wesentlich bessere Pro-gnose erlangt. An eine solche Störung im Gerinnungs-system ist zu denken bei:

1. Vorzeitiger Lösung der richtig sitzenden Plazenta: Koagulopathie in Form einer Hypo- oder Afibrino-genämie (= Verbrauchskoagulopathie). Einfacher Orientierungstest: Blut im Reagenzglas gerinnt nicht innerhalb von 5 bis 10 Minuten, später nur lockeres, sich bald wieder auflösendes Fibringerinsel. Trasylol (zunächst 500 000 E i. v.) inaktiviert hier sowohl den intravasalen Gerinnungsvorgang als auch das reaktiv angeregte fibrinolytische System (in diesem

Stadium wäre die Gabe von Frischblut oder Humanfibrinogen erfolglos).

2. Völlig normalem Geburtsverlauf: Fibrogenmangel infolge Freiwerdens von Gerinnungsaktivatoren bei über das gewöhnliche Maß hinausgehender Eröffnung mütterlicher Gefäße. Therapie wie unter 1., eventuell zusätzlich (nicht prophylaktisch!) Ugurol 1 Ampulle langsam i. v. (Aufhebung der lokalen Fibrinolyse).
3. Abgestorbener Frucht: Art der Gerinnungsstörung und Therapie wie unter 1. und 2.
4. Ein seltener, jedoch auch leider oft verkannter intrapartaler Zwischenfall stellt die Fruchtwasserembolie dar. Auch hier kommt es infolge Einschwemmung großer Mengen Thrombokinasen und anderer Gerinnungsfaktoren zu einer massiven intravasalen Gerinnung mit intensiver reaktiver Fibrinolyse. Therapie: 500 000 E Trasylo1 i. v., wenn vorhanden Fibrinogen. Als Maßnahmen für den Transport in die Klinik: Anlegen einer Parametrienklemme, eventuell Aortenkompression.
5. Septischem Abort. Hier besteht die Gefahr der Entwicklung eines bakteriellen Schocks (SHWARTZ-MANN-SANARELLI-Äquivalent): Toxineinschwemmung ins Blut → Störung der Mikrozirkulation infolge Thrombozytenaggregation (Thrombopenie als Frühsymptom!) → vermehrte intravasale Gerinnung → Verbrauchskoagulopathie (petechiale Hautblutungen!). Therapie: Vasodilatation mit Hydergin unter gleichzeitiger Gabe von Plasmaexpandern, Heparinisierung (initial 10 000 E i. v., dann 30 000 E in 500 ml Glukose pro 24 Stunden), In der Klinik eventuell Streptokinasetherapie, Bakteriostatika (Chloramphenicol, Penicillin!), Aufrechterhaltung der Nierenfunktion mit 100 ml Osmofundin 10% in 20 bis 30 Minuten per infusionem.

Professor Dr. H. NEUBAUER, Köln-Lindenthal:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Ophthalmologie“

Der „Augenfall“ ist in der Allgemeinpraxis durchaus nicht so selten! So ist das Primärglaukom unter der Gesamtbevölkerung genauso häufig wie der manifeste Diabetes mellitus.

Das „rote Auge“ wird allzu oft mit der Diagnose „Konjunktivitis“ abgetan. Besonders beim einseitigen Befund kann hier durch 5%iges Floureszeinnatrium (gebrauchsfertiger Fließpapierstreifen) ein Hornhautdefekt angefärbt zur Darstellung gebracht werden. Gefährlich ist die länger andauernde Verabreichung von Lokalanästhetika bei rotem Auge mit Lidschlag-schmerz als Zeichen einer Hornhautläsion: infolge Unterdrückung des Warnschmerzes rasche Befundverschlechterung! Aus der Gefahr möglicher Spätschäden heraus (z. B. die Korneaalteration) darf der Augenarzt aus der Kontaktlinsenanpassung nicht ausgeschaltet werden! Charakteristisch für ein Anfallsglaukom sind

## Mobilmachung der Abwehrkräfte durch Immunisierung des Allergikers



# Histadestal®

Immunbiologisches Therapeutikum bei Allergien

- Wirksamer Schutz bei allergischen, nicht infektiösen Krankheitsbildern
- Eindrucksvolle klinische Erfolge auch bei sonst therapierefraktären Fällen
- Gute Verträglichkeit
- Wiederherstellung der histaminopexischen Aktivität

**Zusammensetzung:** 1 Inj.-Flasche (2 ml): 12 mg menschliches Gamma-Globulin mit 0,09 µg Histamin als Komplexverbindung.

**Indikationen:** Allergisches Asthma ohne Komplikationen, besonders jugendliches Asthma. Rhinitis vasomotorica, Migräne: Die Behandlung kann unabhängig von der Jahreszeit im symptomfreien Intervall begonnen werden. Dermatosen – vor allem die chronische Urtikaria. Pollinosen: Die Therapie mit Histadestal sollte mindestens einen Monat vor Beginn der Gräserblüte aufgenommen werden.

**Hinweis:** Oer Status asthmaticus gilt als Kontraindikation. Während Schwangerschaft und Menses sollte Histadestal nach Möglichkeit nicht verabreicht werden.

**Dosierung:** 3 aufeinanderfolgende subkutane Injektionen in jeweiligem Abstand von 4–8 Tagen bei Erwachsenen bzw. von 8 Tagen bei Kindern (s. a. Packungsprospekt).

**Handelsform und Preis:** Packung mit 3 Inj.-Flaschen und 3 Ampullen Lösungsmittel OM 39,90 m. MWSt.

Histadestal® Histamin-γ-Globulin-Komplex zur immunbiologischen Therapie allergischer Krankheiten



Krugmann Arzneimittel Wedel (Holst)

rotes Auge, weite Pupille und Stirnkopfschmerz (von Nichtaugenärzten in weniger als 10% der Fälle erkannt!). Die Soforttherapie: Diamox per os, Pilocarpin bis 3%ig alle 5 bis 10 Minuten für eine Stunde lokal. Insbesondere bei einseitigem roten Auge ist immer auch an einen intraokulären Fremdkörper zu denken (Röntgenaufnahme bei Verdacht auf Meißelsplitter!).

Frontscheiben-V e r l e t z u n g e n (fast ausschließlich bei nicht angeschnallten Personen und in kleineren Fahrzeugen!) führen zu typischen Sekuritsplittereinbrüchen in die Orbita. Diese Patienten sollten immer in Gemeinschaft mit dem Ophthalmochirurgen versorgt werden. Die Infraktion des Orbitabodens bei großflächiger Prellung (sogenanntes blow out-Syndrom) kann zu Hernienbildung meist mit Einklemmung des unteren geraden Augenmuskels führen (Spätgefahr des Enophthalmus traumaticus).

Unter den Ursachen des relativ schnell entstehenden einseitigen E x o p h t h a l m u s steht im Jugendalter die Pan- oder Hemisinusitis an der Spitze. Der Prozeß am Auge ist hierbei im Beginn auffallend frei von entzündlichen Zeichen! Akute Erkrankungen des hinteren Augenabschnittes mit E r b l i n d u n g s g e f a h r: die Glaskörperblutung des älteren Menschen mit plötzlichem(!) Schleier-Schlierensehen ist praktisch immer Folge eines Netzhaut einrisses und markiert meist eine beginnende Netzhautablösung. Sofortige Kontaktlinsenuntersuchung des Auges zur Sicherung der Diagnose, so daß die latenten (!) Netzhautdefekte durch Lichtkoagulation oder durch Laserbehandlung mit einem minimalen Risiko für den Patienten verschlossen werden können.

Die plötzliche schmerzlose Erblindung eines Auges kann nur durch einen Verschuß der Zentralarterie bedingt sein! Die Soforttherapie: Kortikosteroide, Vasodilantien, Kopftief Lagerung.

Die Neuritis nervi optici führt den Patienten meist rasch zum Augenarzt (Zentralskotom, deutlicher Augapfelbewegungsschmerz!). Soforttherapie: hochdosiert Kortikosteroide mit Vitamin B-Komplex.

Das Lidbasaliom ist das am meisten „mißhandelte“ Karzinom: die zahlreichen tragischen Verläufe in der Umgebung des Auges geben hier dem Basaliom einen anderen Charakter!

Professor Dr. D. PLESTER, Tübingen:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

Aus der Fülle der Möglichkeiten werden vier Krankheitsbilder herausgegriffen: die traumatische Trommelfellperforation, die akute Ertaubung, das frische Nasentrauma und das subglottische Ödem des Kleinkindes.

Häufigste Ursache der traumatischen T r o m m e l f e l l p e r f o r a t i o n ist zweifellos die Ohrfeige (!). Meist erfolgt der Spontanverschluß, er bleibt jedoch aus beim Umschlagen des Trommelfellrandes zur

Rückseite hin. Durch den kleinen Eingriff des Lösens des eingeschlagenen Anteiles in den ersten Stunden nach dem Trauma kann der Patient vor der sonst sicheren Dauerperforation bewahrt werden. Bei jeder Trommelfellverletzung ist vor Spülungen des Gehörganges zu warnen → Infektion des Mittelohres → lebensbedrohliche endokranielle Komplikationen!

Wahrscheinlich infolge vaskulärer Vorgänge im Innenohr, vergleichbar etwa dem pektanginösen Zustand, kann es in Sekunden oder Minuten zu einer akuten E r t a u b u n g oder einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit (eventuell gleichzeitig Ohrensausen, Völlegefühl im Ohr) kommen (Arteria auditiva ist Endarterie!). Symptome: Lateralisation des Tones einer angeschlagenen Stimmgabel in das gesunde Ohr, fehlendes Hörvermögen für Umgangssprache bei Vertäubung des gesunden Ohres, plötzlicher Hörverlust ohne Hinweis auf Knall- oder Lärmtrauma, intaktes und reizloses Trommelfell. Von entscheidender Bedeutung ist das sofortige Einsetzen der Therapie: Bettruhe, tägliche Sympathikusgrenzstrangblockade mit 10 ml einer 2%igen Procainlösung, Procaininfusion bis zu 1 g, Ronicol bis zu 6 g, Eupaverin, Complamin und Rheomacrodex.

Infolge Zunahme von Trümmerverletzungen des Gesichtsschädels kommt auch der Sofortdiagnostik und -behandlung des f r i s c h e n N a s e n t r a u m a s eine große Bedeutung zu. Frakturen des Nasenbeines und Fraktur bzw. Deviation des Septums sind bereits in den ersten Stunden, spätestens am 2. bis 4. Tag zu reponieren. Die ein- oder zweiseitige Inzision der Septumschleimhaut beim Septumhämatom mit anschließender Tamponade beider Nasenhaupthöhlen für 1 bis 2 Tage verhindert die Entstehung eines Septumabszesses.

Die s u b g l o t t i s c h e L a r y n g i t i s stellt eine typische Erkrankung des Säuglings- und Kleinkindesalters dar. Die Symptomentwicklung: bellender Husten (fiebrhafter Infekt nicht obligat!), inspiratorischer Stridor, epigastrisch-jugulare Einziehungen, akutes Atemnotsyndrom. Eigenartigerweise fast nur nächtliches Auftreten! Die Soforttherapie: hochdosiert Kortison, Antibiotika, Klinikeinweisung (akute Erstickungsgefahr!).

Professor Dr. Dr. K. MAYER, Tübingen:

#### „Notfalldiagnostik und -therapie aus der Sicht der Neurologie“

Fortschritte in der Notfalldiagnostik bestehen in der Erweiterung und Festigung des Erfahrungswissens über Symptome und Symptomzuordnungen bei den verschiedenartigen Funktionsstörungen des Nervensystems. Zwei Erscheinungsformen sind zu unterscheiden: Hirnfunktionsstörungen und Lähmungen.

Bei B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n (Hirnfunktionsstörung) sind Verlauf und Begleitsymptome von Wichtigkeit. Ursachen: Hirntrauma, Hirnblutung, akute Man-

geldurchblutung, gesteigerter Hirndruck, Stoffwechselstörungen, Vergiftungen. Plötzlicher Bewußtseinsverlust mit tiefer Bewußtlosigkeit bis zum Koma spricht für eine Blutung durch Gefäßruptur (Massenblutung!). Diagnostische Schwierigkeiten bereiten synkopale Anfälle bei Hirnfunktions- und Kreislaufregulationsstörungen (ADAMS-STOKES-Anfall Orthostatische oder vagovasale Synkope!). Vorsicht ist geboten mit sogenannten „Lehrbuchsymptomen“, wie „freies Intervall“ für die Diagnose der epi- oder subduralen Blutung! Zu denken ist heutzutage besonders an den sogenannten „Echorausch“ Stunden bis Tage nach Henschischgenuß (im Harn dann nicht mehr nachweisbar!). Diagnose und Verlauf sollten nicht durch unnötige Gaben dämpfender Medikamente verschleiert werden.

Auch beim Krampfanfall handelt es sich um eine Hirnfunktionsstörung. Mit Ausnahme des JACKSON-Anfalles ist er immer mit einer Bewußtseinsstörung verbunden. Er klingt im allgemeinen auch ohne therapeutisches Eingreifen nach kurzer Zeit ab. Manipulationen wie Festhaltenwollen der verkrampften Muskulatur, Anlegen einer Kiefernklammer sind nutzlos, unter Umständen schädlich. Therapeutische Maßnahmen sind jedoch unbedingt notwendig bei länger als 10 Minuten andauerndem generalisierten Krampfanfall oder beim Status epilepticus. Das Mittel der Wahl ist hier Valium, beim Erwachsenen 10 bis 30 mg langsam i. v., bei Säuglingen und Kleinkindern 2 bis 10 mg i. v., gegebenenfalls i. m. (zu beachten ist die potenzierende Wirkung bei Barbituraten, anderen Sedativa und Analgetika!).

Bei Lähmungen ist die sichere Unterscheidung zwischen schlaffer, d. h. periphermotorischer Funktionsstörung und spastischer, d. h. zentralmotorischer Funktionsstörung von entscheidender Bedeutung. Akute Lähmungen infolge eines medialen oder dorso-lateralen Bandscheibenprolapses (meist bei L-4, L-5, S-1) sind auch in der Praxis diagnostisch schon einzuordnen: oft schlagartiges Einsetzen charakteristischer Schmerzen mit Entlastungshaltung der Wirbelsäule, Parästhesien, sensible und motorische Ausfälle (sogenannte „Kennmuskeln“: z. B. der extensor hallucis longus für L-5). Bei entsprechender Verdachtsdiagnose sofortige Klinikeinweisung!

In den letzten Jahren häufen sich Fälle von akuter Polyneuritis bzw. Polyradikulitis mit aufsteigender Paralyse. Hier ist ebenfalls eine rasche Klinikeinweisung erforderlich. Bei der myasthenischen Krise handelt es sich um eine akute Störung an der neuromuskulären Überleitung im Gefolge eines myasthenischen Syndromes. Leitsymptome: generalisierte Muskelschwäche mit Ateminsuffizienz und bulbären Symptomen. Die Soforttherapie: 1 ml = 10 mg Tensilon i. v., sofortiges Nachspritzen von Prostigmin 1 Ampulle i. v., Klinikeinweisung! Zu unterscheiden hiervon ist die cholinergische Krise im Gefolge einer Behandlung mit Cholinesterasehemmern (= Azetylcholin-Intoxikation!) mit den Leitsymptomen: Speichel-

fluß, profuser kalter Schweiß, Erbrechen, verminderte Bronchialsekretion, Miosis, Muskelfaszikulieren. Die Soforttherapie: 1 bis 2 Ampullen Atropin langsam i. v., dann weiter alle 10 Minuten bis zum Abklingen der toxischen Symptome. Klinikeinweisung. Nicht selten liegt jedoch eine gemischte myasthenisch-cholinergisch-prostigminrefraktäre Krise vor! Diese Krisen sind im allgemeinen nicht voraussehbar. Sie werden u. a. auch bei Gabe von Streptomycin, Polymyxin B, Kanamycin, Colestin, Viomycin, Terramycin beobachtet, oft bei Kombination dieser Mittel mit Muskelrelaxantien. In der Notfalltasche jedes Arztes sollte daher Atropin, Tensilon und Prostigmin nicht fehlen!

(Schluß folgt)

Referent des zweiten Tages:  
Dr. med. H. Friebe, Nürnberg

## Fakultät

### Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Heinrich BECK (Chirurgie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Dr. med. Felix BÖCKER, Akademischer Rat an der Nervenambulanz mit Poliklinik, wurde zum „Akademischen Oberrat“ ernannt.

o. Professor Dr. med. Volker BECKER, Direktor des Pathologischen Instituts, wurde für das Amtsjahr 1972/73 zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten gewählt.

o. Professor Dr. med. Ludwig DEMLING, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik, und Privatdozent Dr. med. Meinhard CLASSEN, Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik, sind zu Ehrenmitgliedern der „British Society of Digestive Endoscopy“ gewählt worden.

### München

#### Medizinische Fakultät der Universität

Privatdozent Dr. med. Werner MENDE (Psychiatrie und Neurologie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Jürgen SCHNERMANN, Akademischer Rat am Physiologischen Institut, wurde zum „Akademischen Oberrat“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang LESOINE, wiss. Oberassistent an der Hals-, Nasen- Ohrenambulanz und Poliklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Georg HEINZE, wiss. Ass. an der Klinik und Poliklinik für Radiologie, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Manfred BAUCHINGER für „Zytogenetik“;  
Dr. med. Bolko BRAUSER für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Hanns LOCHMÜLLER für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Johann SONNENBICHLER für „Physiologische Chemie“.

o. Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, ist vom Australasian College of Dermatologists zum Korrespondierenden Mitglied gewählt worden.

o. Professor Dr. med. Walter BRENDEL, Vorstand des Instituts für chirurgische Forschung an der Chirurgischen Klinik, ist von der Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo (Brasil) der Titel eines Doctor honoris causa verliehen worden.

#### Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Privatdozent Dr. rer. nat. Heinz KRIEGEL (Strahlenbiologie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Melchior WESTHUES, Oberarzt an der Hals-Nasen-Ohrenklinik und Poliklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Dr. med. Lothar HENSELMANN, Akademischer Oberret an der i. Medizinischen Klinik, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Dr. rer. nat. Reinhardt RÜDEL wurde durch Umhabilitation von der Universität Heidelberg zum „Privatdozent für Physiologie“ ernannt.

#### Würzburg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Werner BOHNDORF (Röntgenologie und Strahlenheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Rainer LINCK für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. Karl MOSLER (Urologie);

Universitätsdozent Dr. med. Hans-Achim MÜLLER (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie).

Dr. sc. Fritz DRECHSLER, wiss. Ass. an der Nervenklinik und Poliklinik, wurde von der Universität Prag umhabilitiert.

## Geschichte der Medizin

### Horatius Flaccus und die Psychiatrie

von B. Kohlhepp

Thomas Mann sagt in seinem „Dr. Faustus“ von dem Domorganisten Wendell Kretschmar: „der Mann war imstande, eine ganze Stunde der Frage zu widmen, warum Beethoven zu der Klaviersonate Op. 111 keinen dritten Satz geschrieben habe“! So ähnlich ist es mir während meines längeren Krankseins kürzlich ergangen, als ich in dem „Lob der Torheit, *enkomyon moriae*“ des Erasmus von Rotterdam geschmökert und da gelesen habe: „nicht jede Raserei mecht sofort unglücklich“\*) und etwas weiter, das Zitat aus den Oden des Horaz, III 4/5 (es ist das Buch der sogenannten Römeroden übrigens): *an me ludit amabilis/insania?* „Oder täuscht mich ein holder Wahn?“ Im elkäischen Versmaß.

Wenige Zeilen weiter schließlich verweist Erasmus auf einen Mann aus Argolis, der Landschaft in der Peloponnes, in den Episteln des Horaz, II/2, 128, und das möchte ich übersetzen, allerdings nicht in Hexametern: Zum besseren Verständnis muß ich noch vorschicken: Die Anekdote von einem Mann aus Abydos muß damals bekannt gewesen sein, sie findet sich auch in den pseudoaristotelischen *θαρμασια ακουσματα*. Die 2. Epistel, an Julius Florus gerichtet, hat zum Inhalt den Abschied des Horaz von dem lärmenden literari-

schen Betrieb des damaligen Rom mit seinen Eitelkeiten und der Geschäftemacherei und den Rückzug des Dichters in die ihm gemäße Region weiser Lebenskunst. — Nun die Übersetzung:

„Da gab es einst einen nicht geringen Mann aus Argos — ‚*fuit haud ignobilis Argis*‘ —, der lebte in dem Glauben, er höre Stimmen, wundersame Helden der Tragödie; so saß er vergnügt im leeren Theater auf seinem Platz und klatschte sogar dazu — ‚*in vacuo laetus sessor plausorque theatro*‘. Sonst versah er seine Pflichten durchaus vernünftig, war ein guter Nachbar und ein lebenswürdiger Gastgeber für seine Gäste — ‚*amabilis hospes*‘. Er war ein zärtlicher Gatte und nachsichtig sogar gegenüber seinen Sklaven und er tobte nicht, wenn sie das Siegel an einer alten Amphora verletzt und sich ein wenig gütlich getan hatten an seinem Wein. Dabei hütete er sich vor Gruben und offenen Zisternen (das war damals ein stehender Ausdruck für geistesabwesende Guck-in-die-Luft-Leute, besonders Philosophen). Da gelang es endlich der Sorge und den Bemühungen der Familie, der *cognati*, ihn wiederherzustellen, man trieb ihm die Krankheit aus, zugleich mit ihrer Ursache, der Galle, durch einen unverdünnten Aufguß von Nieswurz, *helleborus* (Nieswurz war das antike Spezifikum gegen geistige Gestörtheit). Als der Arme wieder zu sich kam — ‚*redit*

\*) „Das Lob der Torheit“ bei Philipp Reclam Jun., Stuttgart, 1961, S. 59.

neu



Thomae  
 genau dosierbares  
 Abführmittel 10 ml  
**Laxoberal**<sup>®</sup>

**Die neue Art die ‚Darmuhr‘ einzustellen: Laxoberal<sup>®</sup>**



Geschmacksneutrale Tropfen  
 im Einzeltropfer zur genauesten  
 individuellen Dosierung  
 für weichen, geformten Stuhl.  
 Subjektiv: Neue Annehmlichkeiten  
 für den Patienten. Objektiv:  
 Die ‚Darmuhr‘ stimmt mit Laxoberal

**Anwendung und Dosierung** Laxoberal-Tropfen können mit oder ohne Flüssigkeit eingenommen werden. Aus der umgedrehten Tropfflasche wird die gewünschte Tropfenzahl durch leichten Druck auf die Seiten der Flasche entnommen. Die Normaldosierung beträgt für Erwachsene 8 bis 12 Tropfen, für Kinder entsprechend weniger. Durch Erhöhen oder Verringern der Normaldosierung kann die persönliche Optimaldosis gefunden und die gewünschte Festigkeit des Stuhles erreicht werden. Über den Einfluß auf die Schwangerschaft ist zunächst noch wenig bekannt; dem sollte der behandelnde Arzt Rechnung tragen. **Indikationen** Alle Formen von Verstopfung und Darmträgheit in jedem Lebensalter, insbesondere bei längerer Bettlägerigkeit, Kostwechsel, Reisen und Ortswechsel, nach Operationen und Geburten und immer dann, wenn ein problemloser und schonend entschlackender Stuhlgang erwünscht ist oder eine körperliche Anstrengung bei der Entleerung vermieden werden soll. **Kontraindikation** Ileus. **Zusammensetzung** 10 Tropfen enthalten: 4,4'-(2-Pyridyl-methylen)-diphenol-dithioester-dinatriumsalz [Natriumpicosulfat] 5 mg. **Handelsformen** OP mit 10 ml Tropfen DM 3,40 lt. AT, Klinikpackung.



**Er**

**löst das Problem**

**des Weintrinkers ...**

# Cerumenex®

## löst den Ceruminalpfropf

zur schmerzlosen Entfernung von überschüssigem Cerumen ...

zur schnellen Reinigung des äußeren Gehörganges vor der Untersuchung ...

zur leichten Entfernung von Cerumen vor der otologischen Behandlung ...

... werden in den äußeren Gehörgang 3–5 Tropfen geträufelt und anschließend mit Watte verschlossen. Nach etwa 15–20 Minuten wird das emulgierte Cerumen mit lauwarmem Wasser herausgespült.

#### Zusammensetzung

Cerumenex® enthält 10% Triäthanolaminpolypeptidoleat-Kondensat sowie 0,5% Chlorbutanol gelöst in Propylenglykol.

#### Hinweis

Bei Patienten mit allergischer Diathese empfiehlt es sich, vor der Behandlung mit Cerumenex® einen Lappchentest durchzuführen.

#### Handelsform

Kunststoff-Tropfpipette zu 10 ml DM 8,25 m. MWSt.

#### Cerumenex®

arbeitet für Sie, solange der Patient noch wartet



Mundipharma GmbH · Frankfurt

ed sese' – sagte er: ach zum Teufel – das heißt: „pol' – Ich bin mitnichten gerettet, ihr habt mich umgebracht, denn durch eure Kur habt ihr mir mein Glück, meine ganze Lebensfreude ausgetrieben – „cui sic extorta voluptas' – und mit Gewalt, per vim, ist mir der so willkommene Irrwahn genommen – „gratissimus error'.”

Soweit die Horazische Beschreibung eines in einer Anekdote überlieferten passageren Zustandes von geistiger Störung, phänomenologisch, wie es scheint, einer reinen Halluzinose ohne Anzeichen eines sozial abweichenden Verhaltens – ausgenommen das harmlose Herumsitzen im leeren Theater – eher sogar (wenn ich nicht zuviel in den Text hineinlese) einer gewissen Hypersozialität in Verdünnung – denken Sie an: „comis in uxorem“, galant zu seiner Frau. Es hätte sich also um einen angesehenen Mann in mittleren Jahren gehandelt – endogene Psychosen als reine Halluzinosen soll es nach JANZARIK nur in Spätformen geben (zitiert nach K. SCHNEIDERS „Klinische Psychopathologie“) –, für einige Zeit offensichtlich betroffen von einem eigenartigen psychotischen Erlebniswandel. Nachdem das Uhrwerk der Psychose, in der Ordnung der Zeit, abgelaufen war – denn daß die Nieswurz, der helleborus niger, die Psychose geheilt hätte, ist wohl nicht anzunehmen –. Nach der heroischen Kur also, die wahrscheinlich mit Erbrechen und heftigen Durchfällen einhergegangen ist, war die ganze Familie erleichtert und froh, nur nicht der genesene Patient: vielmehr wies er jedes Dankbarsein zurück, jedes Ansinnen vielleicht, dem Asklepios einen Hahn zu opfern (wie man es bezüglich des Sokrates in Platons Phaidon z. B. lesen kann). Er klagte über die nun unwiederbringlich verlorene Zeit seines psychotischen Krankseins, über das verlorene Glück, die Freude seines Lebens, die man ihm mit Hilfe der mörderischen Therapie entwunden (extorta voluptas) und womit man ihm sozusagen sein wahres, schönes Leben gestohlen habe. Die psychische Krankheit hat also hier keinen sozial und anthropologisch negativen Akzent, sie ist mindestens subjektiv eine als gnädige Huld der Götter gewährte erhebende, beglückende Passage im Leben eines Menschen, der als Person ja ein historisches Wesen ist, das in seinem Werden alles in sich aufnimmt, was ihm in der Begegnung mit der Welt zuteil wird. Diese Art von Trauer nach überstandener „Wahnsinn“ ist, soweit ich sehe, bei dem antiken Menschen sonst etwas ganz Ungewöhnliches: wir kennen sonst „Wahnsinn“ und „Raserel“ eigentlich nur als gräßliche Attribute der Strafe durch den Zorn der Götter, wie etwa bei dem Telamonier Aias, König von Salamis – Ein gutes Beispiel sogar, denn nach der Beschreibung Homers in der Ilias hatte er offenkundig illusionäre Verknennungserlebnisse, da er die Herden der Argiver vor Troja exakt kampfmäßig ebschlachtete, statt der ihm verhaßten Kampf- und Bundesgenossen. In jedem Falle war der antike „Wahnsinn“ etwas, das einen hauptsächlich numino-

sen, religiösen Aspekt hatte, unheimlich, fremd, ein Brandmal, sichtbar allem Volke als Strafe und Fluch für zum Himmel schreiende Schandtaten, für Verbrechen gegen unantastbare göttlich-menschliche Normen, wie Vater-, Muttermord, Inzest z. B. bei dem Ödipus auf Kolonos des Sophokles u. ä. Die sozialpsychologische Seite war dementsprechend wohl distanzierend, den Wahnsinnigen an den Rand der Gesellschaft verbannend, dem Mitleid preisgegeben, aber offenbar nicht gänzlich ausschließend.

Nun aber auch die schweifenden grübelnden Fragen des Psychiaters, um deretwillen ich mich mit dem Thomas Mannschen Domorganisten aus Pennsylvania verglichen habe; gibt es das denn im täglichen nüchternen Alltag, in der Praxis, einen vergnüglichen, sozusagen unterhaltsamen Wahnsinn, den zu verlassen man bedauert, dem man richtig und ehrlich nachtrauert? Oder ist alles nur ironisches Spiel der Phantasie in der Anekdote des römischen Dichters? Darauf kommen wir noch zurück.

Nun gilt natürlich für die Psychosen-Phänomenologie und ihre Verlaufsgestalten das, was die Theologen vom lieben Gott sagen, nämlich, daß da eigentlich kein Ding unmöglich ist. Bei näherer kritischer Betrachtung des Problems läßt sich natürlich zunächst vorab nicht übersehen, daß vor allen Dingen soziale Wertungen eine sehr große Rolle spielen; in jedem Kultursystem entwickeln sich ja in langen Prozessen der Tradierung, der Überformung, aus dem Inbegriff der sozialen Interaktionen in durchaus interdependenter Weise und auch bekanntlich viel langsamer als etwa technische Fortschritte (der sogenannte „cultural lag“) auf dem Wege semantischer und expressiver Äußerungen bleibende Einstellungen, die als HOFSTÄTTERSche „Selbstverständlichkeiten“ übernommen, introzipiert und praktiziert werden. Sie spielen für die „Natürlichkeit“ der subjektiv als völlig frei erlebten invarianten Handlungsmuster – „das tut man“ bzw. „das tut man nicht“ – eine überragende, jedenfalls konstituierende Rolle. All das hat auch seine Gültigkeit für das Kranksein, namentlich das psychische Kranksein: an einen Makel, eine gesellschaftlich entehrende Episode des Lebens wird man sich ungern zurückerinnern, man wird vielmehr froh und erleichtert sein (wie es die aufatmende „Familie“ ja auch war), daß sie Vergangenheit ist und man hoffen darf, daß „so etwas“ niemals wiederkehrt. Es ist evident, daß unser glücklich (?) Genesener allenfalls zugeben wird, sich in einem psychisch abnormen Zustand häuslich eingerichtet zu haben, aber keineswegs in einem unbehaglichen, unangenehmen. Wie könnte er sonst sein Herausgeratensein aus ihm mit so kräftigen Ausdrücken beklagen?

Nun darf, an dieser Stelle der Reflexion, die fast naive Frage gestellt werden, welche Qualia einer abnormen oder gar psychotisch abgewandelten Weise des Weltenerlebens überhaupt „schön“, angenehm, eine echte geistige Bereicherung sein können (eine Manie ausgeschlossen). Ich lasse hier einmal das philosophi-

## vegetative Dysregulationen

Unruhe und Erregungszustände • vegetativ bedingte Herz- und Organbeschwerden • nervöse Schlafstörungen.

# ESDESAN

**Keine Nebenwirkungen.  
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. In 100 Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Visci albi aa 40 g. Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 15 g, Tinct. Strophanthi 4 g, Chloral. hydrat. 1 g. 1 Drag.: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Visci albi 10 mg, Papaverin. hydrochlor. 1 mg, Methaqualon 30 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 erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BA



AKTIENGESELLSCHAFT  
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE  
1 BERLIN

sche Sachgebiet der Ästhetik beiseite, dessen Entdecker Aristoteles war. Drei wertvolle Dinge gibt es vielleicht nur auf der Welt für das Leben eines humanen Menschen: Gerechtigkeit, Wahrheit und Schönheit. Wahrscheinlich kann man keines von ihnen definieren. Für die erstere hat Platon in seiner *Politik* diesen Versuch unternommen, was Wahrheit sei, hat der skeptische Landpfleger Pontius Pilatus den gefangenen Jesus Christus gefragt, aber — was ist Schönheit? Die Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER werden ganz gewiß in der überwiegenden Mehrheit nicht genüßlich, mit dem Begleitaffekt des Wohligen, Angenehmen erlebt — die spezifischen Halluzinationen, das meistens beängstigende Gedankenlautwerden, der Gedankenentzug, die Depersonalisationsphänomene. Passagere Phasen einer Psychose mit Belustigung, Köchern u. ä. findet man schon einmal in chronischen Verläufen und in hebesphren getönten Bildern, aber, besehen wir die Sache genauer, das effektive Quale ist doch ganz anders als die stille Vergnügtheit unseres seßhaften, wunschlos zufriedenen Theaterbesuchers und erst recht sein sonstiges mildes, gutherziges Gebaren daheim und zu seiner Umwelt, eingeschlossen die diebischen Sklaven. Es bleiben als vergleichbare psychopathologische Symptome eigentlich nur die Trugwahrnehmungen szenischen Charakters, wie sie bei manchen organisch fundierten Psychosen, etwa Alkoholpsychosen, vorkommen, die hier und da auch humorvoll, drollig auf den Halluzinanten wirken. Überwiegend sind sie aber doch ängstlich getönt.

Weiters wird man fragen dürfen, ob man denn schon häufiger genesene psychisch Kranke hat beobachten können, die echt und glaubhaft unglücklich sind über ihr nunmehriges Heraussein aus einer psychotisch abgewandelten Weise des Welterlebens, die ihnen gut gefallen hat, jedenfalls besser, als die nüchterne „normale“, von Sinnestäuschungen befreite Alltagswelt, K. JASPERS hier befragt, schreibt in seiner „Psychopathologie“\*) in dem Kapitel „Die Stellungnahme des Kranken zur Krankheit“ (sich auf MAYER-GROSS berufend), für Schizophrene gebe es folgende Formen der Psychosenverarbeitung: Verzweiflung, „neues Leben“, Ausscheidung, Bekehrung, Einschmelzung. Etwas weiter jedoch sagt er: „sie sprechen sogar ihre Trauer aus, daß ihnen die Erinnerungen langsam verschwinden“, sie möchten das reiche Erleben der Psychose gar nicht missen und er zitiert Gerard de NERVAL, den bekannten französischen Faust-Übersetzer der Romantik, dessen letztes Buch „Aurélia“, ein Bericht über seine Visionen, von Alfred KUBIN illustriert worden ist. Es scheint also so etwas, eine solche besondere Weise der Verarbeitung von psychotischem Erleben *ex post*, wohl zu geben, aber doch eher als Rarität, die verdient, eigens zitiert zu werden. Im übrigen wird man K. JASPERS' Hinweis nicht unbeherzigt lassen dürfen, daß man inhaltlich reiche differenzierte

Beobachtungen eben nur auch bei geistig hoch- und höchstbegabten Persönlichkeiten gewinnen könne und er verweist interessanterweise als erstes auf das Cannabinol — „bei dem einen ein stumpfes Wohlgefühl, eine polternde Lustigkeit, bei dem anderen ein reiches, märchenhaftes, seliges Erleben“ —, dann auf die schizophrenen Psychosen am Beispiel Strindbergs. Man kann sich natürlich schlußendlich überhaupt auf den kaum zu widerlegenden Standpunkt stellen, der Horazische Episteltext sei gar nicht dahin angelegt und reiche im übrigen gar nicht aus, von einer diskussionswürdigen krenkhaften psychischen Verfaßtheit ernsthaft zu sprechen und Horaz habe vielleicht nur in zustehender dichterischer Freiheit Elemente jener damals wohl allgemein bekannten Anekdote verwendet, um seinem ironischen Mißvergnügen, an dem status quo etwa des Jahres 18 v. Chr., an der nüchternen Welt der reinen Vernünftigkeit und des Erfolgstrebens um jeden Preis mehr Relief zu geben. Er habe wohl nur die von ihm durchschauten, schalen und schäbigen Leitbilder seiner Zeit *ad oculos* demonstrieren und relativieren und in concreto auf die fast unüberwindlichen Schwierigkeiten des einzelnen freien Menschen hinweisen wollen, der es versuchte, sich dem psychologischen normativen Druck der gesellschaftlichen Mächte, der „*contrainte sociale*“, wie DÜRCKHEIM es nannte, zu entziehen. Durch das Faktum einer anerkannten psychischen Devianz ist das natürlich zu machen — als weitere Alternative, frei zu werden, zu sein von dem gesellschaftlichen Konformitätszwang, existieren bekanntlich nur noch die alle Tafeln zerbrechende, revolutionäre Umwälzung und die Kriminalität — aber eine solche Eskapade muß schließlich nach dem Ausflug in ein von den unerwünschten Auflagen des Kollektivs befreites, exemptes Dasein, notwendig in einem dem Katzenjammer sehr ähnlichen lamentablen Zustand enden — *ridetern dicere verum, quid vetat?* sagt ja der Dichter selbst als Motto für seine Art zu schreiben in der Satire Nr. 1 (sat. I 1/24). Ich habe fast keinen Zweifel mehr, daß es solche — wir würden heute sagen: sozialpsychologischen — Aspekte der hier in Frage stehenden Story gewesen sind, die den Dichter interessiert, ihn nachdenklich gemacht haben. An der Übermittlung von psychiatrischer Kasuistik, umgesetzt in flüssige Hexameter, für sein römisches Leserpublikum und die Nachwelt wird ihm weniger gelegen haben. Gleichwohl kann es für uns, die wir vielleicht auch in einer Epoche des Kulturverfalls leben, interessant sein, gerade solche Stellen seines Werks abzuklopfen, ob sie uns unter diesem oder unter jenem Aspekt etwas zu sagen haben. Dann wird auch der zu Anfang erwähnte Vergleich mit dem von Thomas Mann so unnachahmlich geschilderten Domorganisten Kretschmar und seiner Hintersinnigkeit nicht ganz unangebracht erscheinen.

Literaturverzeichnis kann vom Verfasser angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Obermedizinaldirektor Dr. med. et Dr. phil. B. Kohlhepp, Direktor des Nervenkrankenhauses, 8722 Werneck

\*) „Allgemeine Psychopathologie“, 1959, 7. Aufl.

### Die „Malpractice Mess“

Der immer böser sprudelnde Hexenkessel der Kunstfehlerklagen

von W. Schweisheimer

„Ein Viertel aller Ärzte werden im Laufe ihrer Tätigkeit eine Kunstfehlerklage durchzufechten haben.“

Des ist die Voraussage der „American Medical Association“ (AMA), der führenden Ärzteorganisation der Vereinigten Staaten, für die kommende Zeit. Der New Yorker Staatssenator Norman F. Lent hat bei der Beratung des Senats Health Committees festgestellt, daß zur Zeit jeder sechste Arzt von einem Patienten auf Schadenersatz verklagt wurde. Es ist zu erwarten, daß im Laufe dieses Jahres mehr als 10 000 derartige Klagen gegen Ärzte eingeleitet werden. Und das sind keine Scheinklagen oder Prestigefragen, sondern es handelt sich um Erreichung hoher Schadenersatzsummen. Ein Teil der Gerichte geht mit großer Strenge vor: Schadenersatzbewilligungen über \$ 100 000 sind üblich. Es sind drei Fälle bekannt, in denen einem geschädigten Patienten Summen von 1 Million Dollar und darüber zugesprochen wurden.

#### Warum die groteske Zunahme von Kunstfehlerklagen?

Wenn um das Jahr 1940 — so erklärte ein Sachverständiger — ein Mann vor Gericht erschienen wäre, um gegen einen Arzt eine Kunstfehlerklage zu stellen, so wäre er vom Richter einfach ausgelacht worden. Dieses Verhalten hat sich grundsätzlich geändert. Die Ärzteschaft ist dabei, mit Unterstützung der Regierung, Abhilfen gegen diese immer bedrohlichere Entwicklung zu finden. Die erste Frage, wie bei Feststellung jeder Therapie, ist: was sind die Ursachen dieser Anhäufung von Kunstfehlerklagen? Niemand glaubt im entferntesten, daß sie mit einer Verschlechterung der ärztlichen Leistungen zusammenhängt. Man braucht ja nur die seit Jahrzehnten stetig aufwärts steigende Kurve der amerikanischen Gesundheitsstatistik zu verfolgen, um überzeugt zu sein, daß davon keine Rede sein kann.

Auch bei der erwähnten Beratung des Senat-Gesundheitskomitees des Staates New York wurde dieser Gedanke ausgeschlossen. Es kommen vielmehr noch weiter Auffassung folgende Gründe in Betracht:

1. Das amerikanische Gemeinwesen ist heute allgemein darauf eingestellt, Schadenersatzklagen zu stellen. Das gilt für Unfälle aller Art, für echte und vermeintliche Schädigungen auf allen Gebieten, keineswegs nur gegenüber dem Arzt.
2. Die großen Fortschritte der modernen Medizin haben dazu geführt, daß auch riskante Methoden zur

Erforschung bisher unbekannter Therapiegebiete unternommen werden. Das führt zur Verlängerung des Lebens vieler Patienten, es ist aber auch mit Risiken verbunden.

3. Diese großen Fortschritte der Medizin haben viele Patienten dazu geführt, jederzeit perfekte Resultate zu erwarten. Wenn der Erfolg oder der vollkommene Erfolg ausbleibt, suchen sie da eine Nachlässigkeit des Arztes oder Chirurgen.
4. Der zuweilen unpersönliche Charakter der Behandlung, namentlich von Ärzten, die überbürdet sind.
5. Die Umwandlung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die immer mehr vom Familienarzt zum Spezialisten übergeht, der dem Patienten fremd ist. Mitglieder der AMA weisen darauf hin, daß Patienten nur selten Ärzte verklagen, die sie kennen und zu denen sie Vertrauen haben, aber häufig Spezialärzte.

#### Welche Ärzte sind am meisten betroffen?

So sind es denn auch bestimmte Spezialisten, die am meisten von Malpractice-Klagen heimgesucht werden. An erster Stelle stehen: Neurochirurgen, orthopädische Chirurgen, Fachärzte für plastische Chirurgie und Anästhesie, Geburtshelfer-Gynäkologen und allgemeine Chirurgen, am Schluß dieser Liste sind Augenärzte in kleinen Städten aufgeführt.

Von den beklagten Schädigungen sind am häufigsten: Fremdkörper im Körper des Patienten nach chirurgischen Eingriffen; Druckschädigungen bei zu eng angelegten Gipsverbänden; technische chirurgische Irrtümer; allergische Reaktionen durch Medikamente, wie z. B. Penicillin; Versäumnis, beim Patienten das einzuholen, was man hier „informed consent“ nennt. Das bedeutet, daß der Patient nicht nur seine Zustimmung (consent) zu der Operation gegeben hat, sondern daß er auch vom behandelnden Arzt oder vom Chirurgen über etwaige Risiken hinreichend informiert (informed) wurde.

Für letzteren Umstand sei ein Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit angeführt. Eine Frau in Cleveland, 51 Jahre alt, litt an chronischem Hinken. Es wurde ein kleiner Tumor am Rückenmark entfernt. Es schloß sich eine Lähmung der unteren Extremitäten an. Sie verklagte die behandelnden Ärzte. Diese erklärten, daß das Resultat unglücklich war, aber unvermeidlich. Der Anwalt der Frau bestand darauf, daß die Frau über das Risiko einer solchen Operation nicht aufgeklärt

worden war. Die Ärzte gaben erscheinend zu, daß sie der Patientin mehr über die mit der Operation verbundenen Risiken hätten sagen sollen. Der Fall wurde durch einen Vergleich mit einer Schadenersatzsumme von \$ 40 000 abgeschlossen.

#### **Haftpflichtversicherung und Malpractice-Klagen**

Die Kunstfehlerklagen haben es fertiggebracht, daß Haftpflichtversicherungen für Ärzte heute ein Verlustgeschäft für die Versicherungsgesellschaften bedeuten. Zahlreiche Versicherungsgesellschaften haben sich neuerdings aus diesem Versicherungszweig zurückgezogen. Die noch bestehenden haben ihre Sätze stark erhöht. Es wird für Ärzte schwieriger, Versicherungen zu bekommen. Als Beispiel wurde Hawaii zitiert, wo zahlreiche Ärzte, namentlich Chirurgen, sich plötzlich ohne Versicherungsschutz befanden. Bei Erneuerung ihrer Police wurde diese mit nur dreitägiger Frist gekündigt, ohne daß dabei eine individuelle Erklärung abgegeben wurde.

Die Haftpflichtversicherungssätze im Staat New York betragen jetzt über 2000 Dollar im Jahr, und eine 60%ige Erhöhung ist für die nächste Zeit vorausgesagt. Für chirurgische Leistungen sind sie erheblich höher. In Südkalifornien wurde die Versicherungssumme für einen Allgemeinchirurgen im vergangenen Jahr von \$ 1508 und \$ 3140 erhöht. In Utah wurde die Versicherungssumme für Chirurgen im Vorjahr mehr als verdreifacht, von \$ 294 auf \$ 3910.

Diese Erhöhung der Versicherungssätze ist mit ein Grund dafür, daß die durchschnittlichen Patientenhonorare in den letzten zwei bis drei Jahren um 21% erhöht wurden. Dazu kommt, daß viele Ärzte sich gezwungen fühlen, „defensive Medizin“ auszuüben. Sie lassen Röntgenaufnahmen und Laboratoriumtests ausführen, die vielleicht nicht unbedingt notwendig wären, nur um sich zu sichern. Andere verschreiben gewisse Medikamente nicht mehr oder unterlassen Operationen, die dem Patienten helfen könnten, aber mit einem zu großen Risiko verbunden sind.

Das Ergebnis solcher bewußter Hemmungen und Einschränkungen wurde von Dr. Richard Gibbs, Vorsitzender des Komitees für Haftpflichtprobleme der Massachusetts Medical Society, so charakterisiert: „Es ist im schlimmstmöglichen Interesse der Bevölkerung des Landes.“

Wie „Time“-Magazin mitteilt, weisen Anwälte heute 90% der beabsichtigten Kunstfehlerklagen ab, weil sie sie für unbegründet halten. Die Mehrzahl der Klagen, die sie übernehmen, werden außerhalb des Gerichts durch Vergleich erledigt. Von den Kunstfehlerklagen, die vor Gericht entschieden werden, werden zum mindesten zwei Drittel von den Ärzten gewonnen.

#### **Verbesserungsvorschläge**

Vorläufig besteht keine einheitliche Auffassung, wie dem Überhandnehmen der Malpractice-Klagen und

den damit zusammenhängenden Schäden begegnet werden könnte. Niemand wendet sich dagegen, daß Patienten, die wirklich geschädigt wurden, berechtigten Schadenersatz bekommen. Es wird den Ärzteorganisationen zuweilen vorgeworfen, daß sie ihre Mitglieder zu sehr schützen und daß sie sich scheuen, Sachverständige bei solchen Prozessen zur Verfügung zu stellen. Das mag vielleicht früher der Fall gewesen sein. Heute trifft eine solche Behauptung bestimmt nicht mehr zu. Überall stehen hinreichende ärztliche Sachverständige zur Verfügung, um Schadenersatzfragen objektiv beurteilen zu lassen.

Einer Regelung durch die Regierung stehen zahlreiche Sachverständige skeptisch gegenüber. Was nötig ist, so sagen sie, ist eine Zusammenarbeit aller Interessierten Kreise: Ärzte, Anwälte, Versicherungsgesellschaften, Regierungsbehörden und Führer von Industrie und Wirtschaft.

Manche Ärzte erhoffen sich Abhilfe durch ein Gesetz, das ihre Schadenersatzpflicht limitiert. Andere erwarten, daß die AMA oder die Regierung eine Zentralversicherung schafft, wo jene Ärzte Haftpflichtversicherung bekommen, die sie bei privaten Versicherungsgesellschaften nicht erreichen können. Die meisten Ärzte wenden sich scharf gegen das häufige oder übliche Verfahren, wonach Anwälte nicht direkt von ihrem Patienten-Klienten bezahlt werden, sondern ein Drittel der erzielten Schadenersatzsummen als Honorar bekommen. Anwälte wenden demgegenüber ein, daß nur dadurch es auch armen Patienten möglich wird, eine Klage zu stellen.

Alle Stellen nahezu stimmen dahin überein, daß durch ein vorgerichtliches Schlichtungssystem die meisten Rechtsverfahren auf diesem Gebiet vermieden werden könnten, die ja den Ärzten nicht nur Kosten androhen, sondern ihnen auf jeden Fall, ob sie für schuldig befunden werden oder nicht, eine Unmenge Zeit und Nervenkraft rauben.

Ein solches System wurde zum erstenmal im Jahre 1957 versuchsweise in Pinna County in Arizona eingeführt. Es hat sich so bewährt, daß seine Grundzüge, wenn auch in verschiedener Form, in 20 Staaten nachgeahmt wurden. Es handelt sich um ein Gremium von Ärzten und Anwälten, zuweilen unter Vorsitz eines nicht mehr aktiven Richters, das entscheidet, ob der klageführende Patient wirklich Grund zu einer Schadenersatzklage hat.

Wenn sie sehen, daß der Patient wirklich Grund zur Klage hat, schlagen sie vor, den Fall außergerichtlich zu Ende zu führen. Weder der Arzt noch der Patient sind durch die Entscheidung des Gremiums gebunden. Sie können trotzdem zu Gericht gehen, wenn sie darauf beharren.

Aber praktisch hat das wenig Wert. In Arizona hat in den 13 Jahren, seit das Gremium besteht, noch niemand Erfolg bei Gericht gehabt, dessen Anspruch von dem Gremium verneint worden war. Nur ein einziger



**Jetzt können  
Sie auch**

**Liquidepur 1/1**  
(200 ml)  
**verordnen!**

**Liquidepur  
macht den Darm mobil**

**Indikationen:**

Akute und chronische Obstipation hypokinetischer und dyskinetischer Genese, gastrokardialer Symptomenkomplex, Operationsvorbereitung, Röntgenvorbereitung, postoperative Darmträgheit, bei Haemorrhoidalleiden.

**Kontraindikation:** Iläus

**Zusammensetzung:**

Extr. ex Follic. Sennae 66 g, Ol. Anisi stellati 0,15 ml, Ol. Carvi 0,15 ml; Corrigent. ad 100 ml.

**Packungsgrößen:**

100 ml DM 5,90; 200 ml DM 10,80

(Apoth.-Verk.-Preise m. MwSt.)

Arzt hat sich mit dem Gremlumspruch nicht beruhigt und ist zu Gericht gegangen. Er verlor den Prozeß und wurde vom Gericht zu \$ 47 000 Schadensersatz verurteilt.

Es bestehen starke Bestrebungen, dieses Schlichtungssystem auf das ganze Land auszudehnen. Sehr erfolgreich hat es sich bereits im Staat New Jersey erwiesen.

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

## Amtliches

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 9. Februar 1972 - Nr. I C 1 - 2308/3 - 3 -

### Gebühren für die von der Polizei veranlaßten ärztlichen Leistungen bei Blutentnahmen zur Feststellung von Alkohol im Blut

Zur Bekanntmachung vom 2. Dezember 1965 (MABl. S. 606), geändert mit Bekanntmachung vom 29. Oktober 1968 (MABl. S. 538), 21. November 1969 (MABl. S. 711), 29. Dezember 1970 (MABl. S. 50):

Die Dienststellen der staatlichen Polizei werden ermächtigt, ab 1. Januar 1972 zu den Vergütungssätzen für ärztliche Leistungen nach Abschnitt I der Bekanntmachung vom 2. Dezember 1965 (MABl. S. 606) einen Zuschlag von 30 v.H. zu zahlen. Die bisherigen Abrechnungsbögen können aufgebraucht werden; der nach den bis 31. Dezember 1971 gültigen Gebührensätzen errechnete Gesamtbetrag ist in diesem Falle um 30 v.H. zu erhöhen.

(aus „MABl.“ S. 118/1972)

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. März 1972 - Nr. III 7 - 5480/1 - 144/71 -

### Bekämpfung der Rauschgiftsucht

Dem Staatsministerium des Innern ist berichtet worden, daß Jugendliche die Abfallbehälter der Ärzte, Tierärzte und Krankenhäuser nach weggeworfenen Einwegspritzen durchsuchen. Zwar seien die Nadeln von den Spritzen in den meisten Fällen entfernt, einzelne Nadeln ließen sich immer wieder finden, mit denen zumindest behelfsmäßig Einspritzungen vorgenommen werden können. Die Einspritzflüssigkeiten werden zum Teil aus Medikamenten gewonnen, die von den Apotheken und Ärzten als unbrauchbar oder überaltert weggeworfen wurden.

Gegenstände, vor allem Injektionsspritzen sowie Arzneimittel, die von Rauschgiftsüchtigen benutzt werden können, sollten daher nur in einem Zustand beseligt werden, der eine weitere Verwendung ausschließt.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 2. März 1972 - Nr. III 3 - 5280/55 - 5/72 -

## Vollzug der Internationalen Gesundheitsvorschriften

### Einreise nach Kanada

Das Bundesgesundheitsamt teilte mit Schreiben vom 28. Februar 1972 folgendes mit:

„in Anlehnung an ähnliche Bestimmungen in den USA und dem Vereinigten Königreich hat Kanada mit Wirkung vom 15. Januar 1972 die Pocken-impfvorschriften für Einreisende geändert.

Gültige Pocken-Impfzertifikate werden nur noch verlangt von Reisenden, die sich innerhalb der letzten zwei Wochen

- a) in einem Infektionsgebiet,
- b) in einem Endemiegebiet oder einem Gebiet, in dem ein Pockenbekämpfungsprogramm läuft, aufgehalten oder
- c) Kontakt mit einem Pockenkranken oder Pockenverdächtigen hatten oder verdächtig sind, einen solchen Kontakt gehabt zu haben.“

### Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Herr Oberamtsrichter Helmut FRANKENBERGER wurde seinem Antrag entsprechend mit Wirkung vom 1. April 1972 von dem Amt des Untersuchungsführers des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München entbunden.

An seiner Stelle wurde Herr Friedrich STEINBRECHT, Landgerichtsrat am Landgericht München I, mit Wirkung vom 1. April 1972 auf die Dauer von fünf Jahren zum Untersuchungsführer des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

## Brief aus Bonn

Die nächste Krise kommt bestimmt. Die Regierung hat zwar ihre Schwächeperiode überstanden. Sie vermittelt aber nicht den Eindruck, wieder Tritt gefaßt zu haben. Die Ungewißheit über das Schicksal der Ostverträge zerrt an den Nerven der führenden Köpfe, und auch an der innenpolitischen Front will nichts gelingen. Die große Steuerreform ist gescheitert, die Bildungspolitik kommt nicht voran. Schon wird von vorzeitigen Neuwahlen geredet. So recht glaubt freilich niemand daran. Koalition wie Opposition sind sich des Risikos von Neuwahlen durchaus bewußt. Brandt war bislang immer sicher, bei einem Scheitern der Ostverträge im Bundestag die dann von ihm vermutlich zu erzwingenden Neuwahlen gewinnen zu können. Er

glaubte, die Mehrheit der Bevölkerung von der Richtigkeit seiner Ostpolitik überzeugen zu können. So sicher scheint das aber heute nicht mehr zu sein.

Die Opposition hat in der öffentlichen Auseinandersetzung Punkte sammeln können. So schlecht ist ihre Position nicht; ihre Argumente haben Eindruck hinterlassen, wenn auch niemand weiß, wie schwierig die deutsche Position in der Welt nach einem Scheitern der Verträge zu vertreten wäre. Im Grunde wäre auch der Opposition heute an Neuwahlen wenig gelegen. Sie ist sich ihrer Sache noch nicht sicher, vor allem wenn diese Wahlen den Charakter eines Plebiszits über die Ostverträge erhielten. Barzel setzt eindeutig darauf, daß die Regierung an ihren inneren Problemen scheitert. Wie schwer sich die Regierung in der Innenpolitik tut, ist aber noch nicht für jedermann sichtbar, auch wenn der Koalitionskrach um die Steuerreform vielen die Augen geöffnet haben dürfte. Barzel kann also darauf hoffen, daß die Zeit für ihn arbeitet. Er strahlt Gelassenheit aus, während die Regierungsmitglieder ständig ihre Nerven strapazieren. Man sieht es ihnen an.

Ein wichtiges Datum für die weitere Entwicklung in der Bundespolitik sind die Landtagswahlen in Baden-Württemberg Ende April. So wie es jetzt aussieht, wird die CDU ihre Führungsrolle behaupten, wenn nicht gar ausbauen können. Vieles hängt vom Abschneiden der FDP ab, die sich gerade in ihrer liberalen Hochburg existenzbedrohende Flügelpkämpfe leistet. Das wird nicht ohne Folgen bleiben. Setzt sich der „neue Kurs“ der FDP in den Landtagswahlen nicht durch, schrumpft das Wählerreservoir zusammen, so wird das Konsequenzen für die Bonner Politik haben. Die FDP braucht den Erfolg; der Mißerfolg könnte tödlich sein. In der FDP-Bundestagsfraktion gibt es eine ganze Reihe von Abgeordneten, die nur geringe Chancen haben, in den Bundestag zurückzukehren. Sie sind der „Basis“ möglicherweise nicht progressiv genug. Es gibt aber nur wenige, die nicht an ihrem Mandat hängen. Ein Mißerfolg in Baden-Württemberg müßte die Hoffnung auf Wiederwahl weiter schmälern. Diesen Abgeordneten

kann nicht an Neuwahlen gelegen sein, sie würden damit in der politischen Versenkung verschwinden. Sie könnten nach der Devise handeln: „Rette sich, wer kann!“ Die CDU-Fraktion hat im Falle des SPD-Abgeordneten Hupka gezeigt, daß sie bereit ist, Abgeordnete anderer Parteien in den eigenen Reihen mit offenen Armen aufzunehmen.

Das alles ist natürlich politische Spekulation. Sie kann sich erfüllen, wenn die Landtagswahlen Ende April mit einem Desaster für die Koalition enden sollten. Jeder wird sich darauf einzustellen haben, daß sich die politische Landschaft in der Bundesrepublik rasch verändern kann. Das politische Klima wird eher noch hitziger werden. Wünschen mag man sich das freilich nicht. An der politischen Krise wird niemand gewinnen.

Sehr wesentlich zu den wachsenden Schwierigkeiten der Koalition hat das politische Taktieren um die Steuerreform beigetragen. Jeder der Akteure hat versucht, dem anderen den „Schwarzen Peter“ zuzustecken. Als Schiller schließlich seinen Staatssekretär Haller zum Sündenbock machen wollte, packte dieser seine Koffer und kehrte auf seinen Lehrstuhl in der Schweiz zurück. Die Krise brach aus. Sie wurde vorerst damit bewältigt, daß jeder jedem „Solidarität“ versprach, an der es gewiß auch künftig fehlen wird. Schiller hat sich vorerst behauptet. Seine Kritiker in der eigenen Fraktion mußten schweigen, da Brandt weder eine personelle noch eine sachliche Alternative hat. Oft wird der in der Partei ungeliebte Schiller solche Kraftproben nicht wiederholen können, zumal er Siege auszukosten pflegt.

Sicher ist heute, daß die große Steuerreform in dieser Legislaturperiode nicht mehr kommt. Das ist weder Schiller, noch der FDP zu danken. Das Scheitern der Reform zeigt vielmehr auf, daß diese Regierung nicht zu regieren versteht. Dazu gehört eben auch, zur rechten Zeit das in der Politik Mögliche richtig abzuschätzen. Daran hat es gefehlt, und daran fehlt es noch heute. Was hat es z. B. für einen Sinn, weiter über Gesetzentwürfe zur Reform der Vermögen- und Erbschaftssteuer zu beraten, wenn man zugleich sagt, daß

# belladonna-strath®

## Spasmolytikum, vorzugsweise Magen-Darm-Kanal

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

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 2,0 g Fol. Belladonnae, 1,0 g Herb. Chelidonii, 1,0 g Fol. Melissae, 0,6 g Herb. Gratiolae, 0,6 g Rad. Valerianae, 0,8 g Herb. Hyoscyami.



Strath-Labor GmbH  
8405 Donaustauf

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

# Obstipation ist keine Altersfrage



## Ob mit 5 oder 90 Jahren — **Colonorm**<sup>®</sup> normalisiert die Colofunktion

- milde, verlässliche Wirkung
- kann unbedenklich Schwangeren, Wöchnerinnen und Kindern gegeben werden
- keine schleimhautreizenden und anderen drastischen Effekte
- Anregung des Colons durch Stimulierung des Auerbach-Plexus
- colonspezifischer Effekt

**Zusammensetzung:** 60 ml Sirup enthalten: 24 ml Extract. Follic. Sennee stand. mit 120 mg Sennosiden A+B. 1 Tablette enthält: 153 mg Follic. Sennee pulv. stand. mit 7 mg Sennosiden A+B.

**Indikationen:** Akute und chronische Obstipation (pre- und postoperative Dermträgheit), als Adjuvanttherapie, während der Schwangerschaft, im Wochenbett, während der Stillzeit, bei medikamentöser Obstipation, bei Hämorrhoiden, Aneftissuren, Proktitis.

**Kontraindikationen:** Akutes und subakutes Abdomen.

**Dosierung:**

	Tabletten (1 Tebl. = 7 mg) Sennoside A+B	Sirup (1 Teel. = 8 mg) Sennoside A+B
Erwachsene und Jugendliche	2-4 Tabletten	2-3 Teelöffel
Kinder zwischen 6 und 12 Jahren	1-2 Tabletten	1-2 Teelöffel
Kinder unter 6 Jahren	1/2-1 Tablette	1/2-1 Teelöffel

In besonderen Fällen kann die Dosis unbedenklich erhöht werden. Ist die normale, regelmäßige Darmfunktion wiederhergestellt, wird die Dosis stufenweise reduziert.

**Hinweis:** Die Einnahme erfolgt am besten nach dem Abendessen. Colonorm<sup>®</sup> führt nach 8-10 Stunden zur schmerzlosen, leichten Entleerung eines weichen, geformten Stuhles. Die Nachtruhe ist gesichert.

**Handelsformen:**

30 Tabletten	DM 2,70 m. MWSt.
60 Tabletten	DM 4,70 m. MWSt.
A.P. mit 200 Tabletten	DM 12,65 m. MWSt.
Flesche mit 60 ml	DM 7,65 m. MWSt.
Flesche mit 150 ml	DM 15,15 m. MWSt.



Mundipharma GmbH  
Frankfurt

diese nur zusammen mit der Reform der Einkommen- und Körperschaftssteuer wirksam werden können, die wiederum bis 1974 nicht zu bewältigen ist. Die Koalition hat sich nun darauf festgelegt, in dieser Legislaturperiode statt der großen Steuerreform überhaupt nichts zu machen. Wie man glaubt, dies dem Wähler verständlich machen zu können, wird das Geheimnis der Koalition bleiben. Die FDP verbindet mit dieser Politik die Hoffnung, die „Eckwerte“ für die nächste Legislaturperiode gerettet zu haben. Das wird sich als eine Illusion erweisen. Der nächste Bundestag bleibt in seiner Entscheidung frei. Vielleicht bringt er Besseres als diese „Eckwerte“ zustande, die nach Regierungssprecher Ahlers zu einigen „Absurditäten“ geführt haben. Um das zu erkennen, brauchte die Regierung und der verantwortliche Minister nahezu neun Monate. Sie hätten es schon früher in den Zeitungen lesen können.

Von diesem Streit nahezu unberührt, geht Arbeitsminister Arendt seinen Weg. Je weniger die anderen zustande bringen, um so mehr steigen seine Chancen, seine Rentenreform unter Dach und Fach zu bringen. Er jedenfalls hat als einziger Brandt einen Wahlschlager anzubieten: die flexible Altersgrenze. Arendt droht nur von einer Seite Gefahr. Wenn die Preise wie bisher weiter steigen, wird er zusätzlich, wie die Union es verlangt, etwas für die Rentner tun müssen. Für die flexible Altersgrenze und zusätzliche Rentenerhöhungen zugleich reicht aber das Geld nicht.

bonn-mot

## Äskulap und Pegasus

Unser Confrère, Obermedizinalrat und Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten, Dr. med. Erich WEIHS, 8580 Bayreuth, Bahnhofstraße 15/III, wurde 1923 in Dux, der damaligen CSSR, geboren und hat dort seine Schulzeit abgeleistet. Schon damals zeigte sich seine Doppelbegabung, denn er hat sich „manchen Regentag teils mit kleinen Gedichten und teils mit Zeichnungen vertrieben“, sonst war er ein begeisterter Sportler in fast allen Disziplinen. Nach dem Abitur wurde er sofort zur Wehrmacht nach Frankreich und Rußland eingezogen. Medizin studierte er in Berlin, Würzburg und München, wo er 1949 zum Dr. med. promovierte. Nach der üblichen Allgemeinausbildung und internistischer, nervenärztlicher Fachausbildung ließ er sich 1965 in Bayreuth als Nervenarzt nieder.

Von der Mutter her künstlerisch vorbelastet, begann sich Confrère Weihs in den freien Stunden des Fronteinsatzes in Rußland mit der Literatur auseinanderzusetzen und selbst produktiv tätig zu werden. So entstanden Aphorismen über die Vergänglichkeit und Fragwürdigkeit des menschlichen Daseins, die unter dem Titel „Einsam bin ich nicht allein“ erscheinen wer-

den. Nach diesen Aphorismen hat er in den ersten Nachkriegsjahren eine Reihe von Gedichten, meist Sonette, verfaßt, an deren Veröffentlichung er ursprünglich nicht dachte. Es sollte mehr ein geistiges Training sein, um ihm dann später eine bessere Erinnerung an sein Fühlen und Denken zu geben. Auch diese Gedichte sind unter dem Titel „Des Lebens Jahr“ in Vorbereitung, ebenso wie ein dritter, den Zyklus abschließender Band „Am Rande der Zeit“, der die in den beiden vorhergehenden Bänden ausgesprochenen Gedanken zu einer endgültigen Apotheose führt. Alle drei Bände befinden sich im Druck.

Wie bei allen Doppelbegabungen schwankte Confrère Weihs in seinem Ausdruck oft zwischen Dichtung und Malerei. Die Malerei hat er seit 1960 wieder stärker betrieben, es trat daher zunächst die Dichtung etwas in den Hintergrund. Als Maler ist er völliger Autodidakt. Seine bevorzugten Techniken sind Öl-Aquarellmalereien, Wachskreide und Tusche. Er hat schon zahlreiche Ausstellungen beschickt. In der Galerie unseres Confrères Boskamp in Hamburg hängen verschiedene seiner Gemälde.

In der „Therapiewoche“, 1966, erschienen von ihm unter dem Titel „Der Arzt und sein Steckenpferd“ Gedichte und Reproduktionen seiner Gemälde.

Zweifellos können solche Doppelbegabungen in der vom Bayerischen Ärztetag beschlossenen Zusammenfassung aller künstlerisch tätigen Kollegen besonders nützlich und befruchtend für das Ansehen unseres ärztlichen Standes im Volke wirken.

Die in Vorbereitung befindliche Triologie erscheint im Europäischen Verlag in Wien. „Einsam bin ich nicht allein“, Subskriptionspreis DM 7,-; „Des Lebens Jahr“, Subskriptionspreis DM 6,-; „Am Rande der Zeit“, Subskriptionspreis DM 7,00.

Zum Abschluß bringen wir zwei Gedichte, um unseren Lesern einen Einblick in das dichterische Schaffen von Confrère Weihs zu geben.

Dr. med. Robert P a s c h k e , 8535 Emskirchen

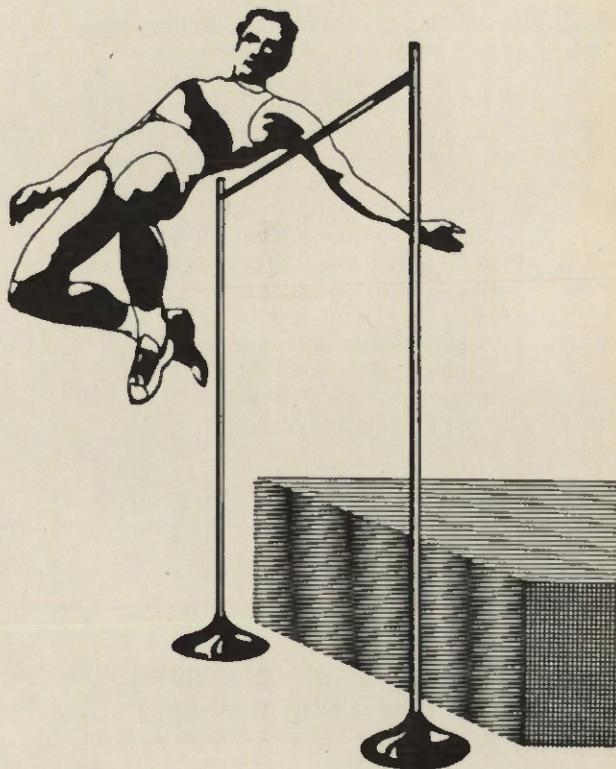
#### Ein Sack Leben

Greif hinein ins Menschenleben,  
Greif in diesen vollen Sack.  
Zittern wirst Du, nur noch beben  
Selbst in deinem feinsten Frack.

Willst Du sehen Mensch und Werden,  
Greif in diesen vollen Sack.  
Willst Du sehen Mensch und Sterben,  
Greif in diesen vollen Sack.  
Willst Du sehen, wir wir leben,  
Was wir waren, sind und werden,  
Greif in diesen vollen Sack.  
Schaudern wird Dein erstes Beben.  
Das sind wir, ja wir auf Erden.  
Wir sind's, wir im vollen Sack.

Greif hinein ins Menschenleben,  
Greif in diesen vollen Sack.  
Zittern wirst Du – Schaudernd beben  
Selbst in Deinem feinsten Frack.

## 1972 – Auch Olympiade der Sportverletzungen ?



Ob im Sport, im Beruf oder sonst irgendwo

## Vehiculan Gel

bei stumpfen Sport- und Unfallverletzungen: Prellungen, Zerrungen, Verstauchungen, Reizergüsse, Hämatome

Überlastungsfolgen: Muskelkater, Sehnenscheidenentzündungen, Epikondylitis

Venenleiden: Thrombophlebitis

- abschwellend
- schmerzstillend
- rascher Tiefeneffekt
- thrombolytisch
- lokal durchblutungsfördernd

Zusammensetzung (pro 100 g Gel)

Salicylsäuremonoglykolester 4,5 g, Nicotinsäurebenzylester 0,8 g, Heparin 5000 IE, Extr. glandulae suprarenal. 1,0 g, Hydroxypolyäthoxydodecan 4,0 g

Anwendung

Mehrmals täglich leicht auftragen und einmassieren

Hinweis

Bei Salicylatüberempfindlichkeit ist Vehiculan Gel kontraindiziert

Handelsformen

Tube mit 50 g Gel DM 5,80 m. MWSt.

Tube mit 100 g Gel DM 10,75 m. MWSt.



### **Einkauf im Kaufhaus**

Vergebens der Mülleimer wartet!  
Entrissen geformten Blechs —  
Deckel mit Griff bleibt zu.  
Poliertes Abfall von  
Was weiß ich was.  
Holz, Samt, Blech, Porzellan  
Geleimt, gefügt und zusammen getan  
Entstanden die Formen  
Und wurde tatsächlich etwas.  
Auf Kaufhaustischen lüstern  
Begehren erweckend harrten die Formen.  
Besitzen! — funkeln die Augen der Käufer.  
Haben! — hedern verlangend die Sinne. —  
Hin mit den Mark'In und Groschen  
Mein ist's, her mit dem Dinge!  
Eben erstanden und aufgebahrt  
Die Partitur des Abfalls  
In meiner Hand und Tasche.  
Sehen kaufen und vergessen!  
Züge der geheimen Offenbarung  
In Schweigen eingelegt.  
Abenteuer eines Kaufes!

## **Kongresse**

### **Sozialmedizinischer Informationskurs IV**

**Freizeit und Urlaub —  
ein wesentlicher Faktor unserer Gesundheit**

Die für die Zeit vom 24. bis 28. April 1972 geplante  
Veranstaltung fällt aus!

Um am gleichen Ort Parallelveranstaltungen zu ver-  
melden, hat die Bayerische Akademie für Arbeits-  
medizin und soziale Medizin auf die Ausrichtung die-  
ser Veranstaltung verzichtet.

Interessenten verweisen wir auf den am 16./17. Juni  
1972 in München stattfindenden Ärztekongress zum  
**Thema:** „Ärztliche Problematik des Urlaubs“. Veran-  
stalter ist der Allgemeine Deutsche Automobil-Club,  
8000 München 22, Königinstraße 9.

### **21. Flugmedizinische Arbeitstagung**

**am 25./26. April 1972 in Fürstenfeldbruck**

Am 25./26. April 1972 findet die 21. Flugmedizinische  
Arbeitstagung in Verbindung mit der 11. Jahrestagung  
der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrt-  
medizin in Fürstenfeldbruck, Fliegerhorst, statt.

**Themen:** Beurteilung der Leistungsfähigkeit — Um-  
welt- und Klimaeinflüsse — Spezielle arbeitsmedizi-  
nische Probleme

**Auskunft:** Dr. H. A. Gerlach, 8080 Fürstenfeld-  
bruck, Kögelstraße 2, Telefon (08141) 3547

### **18. Bad Ausseer Symposion**

**vom 29. April bis 1. Mai 1972**

Vom 29. April bis 1. Mai 1972 veranstaltet die Wissen-  
schaftliche Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark  
das 18. Ausseer Symposion in Bad Aussee, verbunden  
mit einer medizinischen Fachausstellung.

**Themen:** Früherkennung des Karzinoms — Vor-  
sorge bei Erbkrankheiten und in der Fötalperiode —  
Früherkennung im Kindesalter — Gewinnung und An-  
wendung von normalen und spezifischen Immunglobu-  
linen

**Auskunft und Anmeldung:** Wissenschaftliche  
Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark, A-8010 Graz,  
Universitätsplatz 4/0

### **5. Fortbildungstagung über klinische Immunologie**

**am 10. Juni 1972 in Erlangen**

Am 10. Juni 1972 findet unter der Leitung von Profes-  
sor Dr. F. Scheiffarth die 5. Fortbildungstagung  
über klinische Immunologie in Erlangen statt.

**Thema:** Fortschritte auf dem Gebiet der rheumati-  
schen und pararheumatischen Erkrankungen (Patho-  
genese — Diagnostik — Therapie)

**Auskunft:** Sekretariat der Abteilung für klinische  
Immunologie des Universitätskrankenhauses, 8520 Er-  
langen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 85/  
3363

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

**vom 16. bis 18. Juni 1972 in Bad Reichenhall**

Vom 16. bis 18. Juni 1972 findet unter der wissen-  
schaftlichen Leitung von Professor Dr. Zeilhofer,  
Erlangen, das 5. Kolloquium der Bad Reichenhaller  
Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane  
im Staatlichen Kurhaus Bad Reichenhall statt.

**Thema:** Moderne Diagnostik broncho-pulmonaler  
Krankheiten

**Auskunft:** Obermedizinaldirektor Dr. med. O. P.  
Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums  
Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße  
9-12

### **Fortbildungskurs für Phonokardiographie**

**am 27./28. Oktober 1972 in München**

Am 27./28. Oktober 1972 findet in der Städtischen Augu-  
stinum, München, ein Fortbildungskurs für Phonokar-  
diographie (II. Teil) unter der Leitung von Professor  
Dr. Michel statt.

**Anmeldung und Auskunft:** Bayerische Landes-  
ärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16,  
Telefon (0811) 47 6087 (Apparat 95)

### **12. Bayerische Internistentagung**

**am 18./19. November 1972 in München**

Am 18./19. November 1972 findet im Sheraton-Hotel,  
München 81, Arabellastraße 6, die 12. Bayerische In-  
ternistentagung statt und nicht — wie bisher ange-  
kündigt — am 9./10. Dezember 1972 im Messegelände  
München.

**Auskunft:** Vereinigung der Fachärzte für Innere  
Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching, Summer-  
straße 3, Telefon (08152) 6264

# Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik

vom 5. bis 9. Juni 1972 in München

## Montag, 5. Juni 1972

8.30 – 9.30 Uhr:

### Theorie epidemiologischer Untersuchungen

Prof. Dr. H. Schaefer, Direktor des I. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin

– Diskussion –

10.30 – 11.30 Uhr:

### Erheben und Interpretieren von demographischen Daten

Dr. Marianne Grotjahn, Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Medizinischen Akademie Lübeck

– Diskussion –

14.00 – 15.00 Uhr:

### Der epidemiologische Doppelaspekt des Sozialverhaltens – Naturwissenschaftlich kausale und sozialwissenschaftlich normative Betrachtungsweise –

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

– Diskussion –

## Dienstag, 6. Juni 1972

8.30 – 9.30 Uhr:

### Planung epidemiologischer Feldstudien

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, Abteilung für prospektive Epidemiologie

– Diskussion –

10.30 – 11.30 Uhr:

### Grundbegriffe deskriptiver Statistik

Prof. Dr. H.-J. Lange, Leiter des Institutes für Medizinische Datenverarbeitung bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH München

– Diskussion –

14.00 – 15.00 Uhr:

### Sozialwissenschaftliche Befragungsinstrumente in der Epidemiologie

Dr. P. Runde, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

– Diskussion –

## Mittwoch, 7. Juni 1972

8.30 – 9.30 Uhr:

### Modellfindung bei epidemiologischen Untersuchungen

Prof. Dr. H. Schaefer, Heidelberg

– Diskussion –

10.30 – 11.30 Uhr:

### Erheben und Interpretieren von Morbiditätsdaten

Dr. Marianne Grotjahn, Lübeck

– Diskussion –

14.00 – 15.00 Uhr:

### Grundsätze des statistischen Vergleichs

Prof. Dr. H.-J. Lange

Dipl.-Math. A. Neiß

Dipl.-Math. R. Reiter,

Institut für Medizinische Datenverarbeitung München

## Donnerstag, 8. Juni 1972

8.30 – 9.30 Uhr:

### Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Heidelberg

– Diskussion –

10.30 – 11.30 Uhr:

### Epidemiologisch bedeutsame verbalisierte Elemente der Arzt-Patienten-Beziehung und ihre sprachsoziologische Objektivierbarkeit

Dr. Lieselotte von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

– Diskussion –

14.00 – 15.00 Uhr:

### Diskussion und praktische Übungen in Anwesenheit aller Referenten des Symposiums

## Freitag, 9. Juni 1972

8.30 – 9.30 Uhr:

### Erheben und Interpretieren von Mortalitätsdaten

Dr. Marianne Grotjahn, Lübeck

– Diskussion –



**RECORSAN<sup>®</sup> - LIQUID, c. Rutin**  
Rein phytologisches Cardiotonicum  
für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens  
O.P. Tropfflasche zu 30 ml  
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

10.30 – 11.30 Uhr:

#### **Signifikanztests**

Prof. Dr. H.-J. Lange

Dipl.-Math. A. Neiß

Dipl.-Math. R. Reiter

München

– Diskussion –

Bei einzelnen Referaten werden praktische Übungen durchgeführt.

Es wird darauf hingewiesen, daß für die Teilnahme an epidemiologischen Lehrgängen für junge, interessierte Kollegen die Möglichkeit einer finanziellen Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft besteht. Es wird gebeten, die Anträge – nach vorheriger Befürwortung durch den Veranstalter – direkt an die Deutsche Forschungsgemeinschaft in Bad Godesberg zu stellen.

Die Teilnahme am Symposium selbst ist kostenlos.

Zimmerbestellungen durch die Bayerische Akademie können nicht vorgenommen werden. Es empfiehlt sich daher, umgehend Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (08 11) 2 48 43 49 vorzunehmen. Sie erhalten von dort entsprechende Unterlagen für Ihre Zimmerreservierung.

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Auskunft: BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN, 8000 München 22, Pfarrstraße 3 – Dr. W. Brenner, Telefon (08 11) 21 84 / 259 – 260

#### **4. Fortbildungskurs für chirurgische Arzthelferinnen, Arztfrauen und Sekretärinnen**

am 6. Mai 1972 in Köln-Dellbrück

Am 6. Mai 1972 findet unter der Leitung von Dr. W. Fliimm der 4. Fortbildungskurs für chirurgische Arzthelferinnen, Arztfrauen und Sekretärinnen in Köln-Dellbrück statt.

Themen: Abrechnungsfragen in der Privat- und Kassenpraxis – Auslegung der geltenden Gebührenordnungen mit Analog-Ziffern – Sprechstundenbedarf, Karteiwesen, Dokumentation, Rechtsfragen.

Beschränkte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung: Dr. W. Fliimm, 5000 Köln 80, An der Rosenhecke 4, Telefon (02 21) 68 10 56

#### **Frühjahrstagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde**

vom 11. bis 13. Mai 1972 in Erlangen

Vom 11. bis 13. Mai 1972 findet unter dem Vorsitz von Professor Dr. K.-G. Ober die diesjährige Frühjahrstagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde in Erlangen statt.

Auskunft: Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 8000 München 2, Maistraße 11, Telefon (08 11) 5 39 72 50

#### **49. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung**

am 21./22. Juli 1972 in Würzburg

Am 21./22. Juli 1972 findet die 49. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in Würzburg statt.

Tagungsort: Hörsaal des Anatomischen Instituts, Würzburg, Köllikerstraße 4

Themen: Das Stress-Ulkus – Resektionsbehandlung bei benignen Pankreaserkrankungen – Kombinierte Behandlung des Bronchialkarzinoms – Hodentumoren – Schmerzzustände im Bereich der oberen Extremität und ihre Behandlung

Auskunft: Professor Dr. E. Kern, Chirurgische Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus, 8700 Würzburg

#### **Kurs für Röntgenhelferinnen**

vom 2. bis 13. Oktober 1972 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 2. bis 13. Oktober 1972 in Erlangen statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

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

#### **Veranstaltungskalender der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“**

**26. April 1972**

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Berufspolitische Veranstaltung (Hartmannbund)

**6. bis 27. Mai 1972**

Fortbildungskongreß an Bord von TS Hanseatik, Mittelmeer-Kreuzfahrt zum Schwarzen Meer mit dem Deutschen Kassenarztverband

Thema: Beherrschung der Notfallsituation ohne klinische Hilfsmittel – Erkrankungen im Mittelmeerraum

Fahrtroute vom 6. bis 19. Mai 1972 zum Schwarzen Meer: Genua - Malta - Istanbul - Jalta - Odessa - Constanza - Piraeus - Genua

vom 19. bis 27. Mai 1972: Genua - Valencia - Malaga - Lissabon - Cuxhaven

**24. Mai 1972**

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Wirbelsäulenerkrankungen

**10. Juni 1972**

Prien am Chiemsee

Thema: Notfallsituation außerhalb des Krankenhauses

**14. Juni 1972**

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

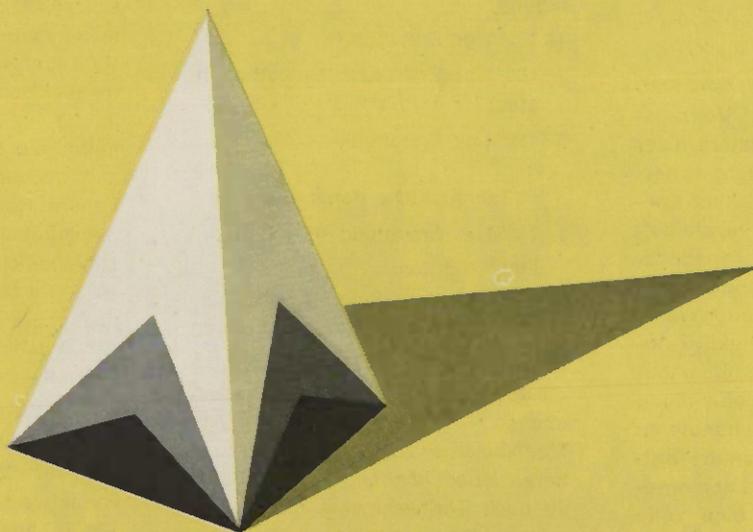
Thema: Eisenstoffwechsel

**28. Juni 1972**

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Probleme der Gastroenterologie

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, Kneipp-Sanatorium Kronprinz, 8210 Prien am Chiemsee, Telefon (08051) 44 82



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

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

Keimvernichtung durch  
Doppelblockade

*schnell, sicher, stark*

#### Kontraindikationen

Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen. Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.

#### Verträglichkeit

Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteltoxikose können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelte es sich fast stets um leichte, asymptotische Erscheinun-

gen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

#### Vorsichtsmaßnahmen

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

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.

1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml 11 Meßlöffel bzw. Teelöffel Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

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



Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach

## Mitteilungen

### Vereinigte mit neuartigen Krankheitskostenterrifen für Ärzte

Zum Jahresbeginn hat die Vereinigte Krankenversicherung AG, Vertragspartner fast aller Ärztekammern in der Bundesrepublik, neue Ärztetarife herausgebracht. Es handelt sich um spezielle Krankheitskostenterrife, die aufgrund ihrer zahlreichen Variationsmöglichkeiten den Besonderheiten dieses Berufsstandes in jeder Weise Rechnung tragen. Das attraktive Angebot umfaßt Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für zahnärztliche Behandlung; es basiert auf der modernen Tarifserie der Gesellschaft „Vorsorge-Programm 100 %“, das eine volle Kostenerstattung ohne Begrenzung nach oben — weder zeitlich noch summenmäßig — vorsieht.

Hervorstechendstes Merkmal der neuen Tarifserie ist die Vielseitigkeit des Angebotes. So stehen für die ambulante Heilbehandlung nicht weniger als sieben Terrife, für die stationäre Heilbehandlung drei Terrife zur Verfügung, die beliebig miteinander zu kombinieren sind. Jeder Arzt findet also „seinen“ Versicherungsschutz. Ein Terrif für zahnärztliche Behandlung mit hohen Leistungssätzen rundet das umfassende Angebot ab. Wie die Gesellschaft mitteilt, bietet das neue Terrif-Programm dem Arzt und seiner Familie folgende Leistungen:

#### Ambulante Heilbehandlung

Der Arzt kann wählen zwischen Terrifen mit und ohne Selbstbeteiligung:

1. 100%ige Erstattung
2. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzneimittel
3. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar
4. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel
5. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung DM 250,— pro Person im Kalenderjahr
6. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel, die in den ersten vier Krankheitswochen entstehen
7. 50%ige Erstattung

#### Stationäre Heilbehandlung

Hier stehen drei Terrife ebenfalls mit und ohne Selbstbeteiligung zur Verfügung:

1. 100%ige Erstattung
2. 100%ige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar
3. 50%ige Erstattung

#### Zahnärztliche Behandlung

1. 75%ige Erstattung für Zahnbehandlung
2. 50%ige Erstattung für Zehner-  
setz, Zahn- und Kieferregulierung

Die neuen Terrife berücksichtigen also die honorarfreie Kollegenbehandlung ebenso wie die Tatsache, daß Ärzte Medikamente zur Eigenbehandlung heranziehen können. Das bedeutet: Je nach Terrifwahl eine nicht unerhebliche Beitragssparnis. Durch die pauschale, prozentuale oder nach Kostenarten gegliederte sowie die zeitliche Selbstbeteiligung vermag der freipraktizierende, engestellte (mit und ohne Beihilfe) sowie der beamtete Arzt „seine persönliche“ Kombination zu wählen.

So kann sich z. B. der beihilfeberechtigte Arzt mit seiner Familie für einen „maßgeschneiderten“ Krankenschutz (= 50%ige Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung) entscheiden. Das Angebot ist in dieser Form (als Spezialterrif) für den beihilfeberechtigten Arzt neuartig.

Eine weitere Neuheit: Mit dem Terrifwerk führt die Vereinigte erstmals eine zeitliche Selbstbeteiligung in der Krankheitskostenversicherung der PKV ein. Diese spezielle Variante kommt dem Bedarf der Ärzte in idealer Weise entgegen. Denn in vielen Fällen erhält der Arzt für eine „kleinere“ Erkrankung honorarfreie ambulante Kollegenbehandlung und verfügt fürs erste selbst über Arzneimittel.

Auch die Leistungen für Zahnbehandlungen verdienen Beachtung: Die Vereinigte übernimmt 75 % aller Kosten (bei Zehner-  
setz: 50 %), und zwar voll und ohne jegliche Begrenzung durch Jahreshöchstsätze.

Das neue Terrifprogramm nimmt, wie das Unternehmen besonders betont, von der Leistung und vom Beitrag her nicht nur innerhalb der PKV eine führende Stellung ein, sondern bietet dem Arzt und seiner Familie ge-

rede auch im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung beachtliche Vorteile. Ein Beispiel:

Ein 42-jähriger Arzt würde für sich, seine Frau (38 J.) und ein Kind bei 100%iger Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung (Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel, die in den ersten vier Krankheitswochen entstehen) sowie für stationäre Heilbehandlung (ohne jede Selbstbeteiligung) und Leistungen für zahnärztliche Behandlung nur DM 109,— im Monat zahlen — als Privatpatient. Die gleiche Arztfamilie müßte zur Zeit bei einer Ersatzkasse rund DM 140,— zahlen.

Selbstverständlich kann der Arzt in der neuen Krankheitskostenversicherung für sich eine Selbstbeteiligung vereinbaren, jedoch seine Familie 100%ig absichern.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich im übrigen auf ganz Europa und bei Aufenthalt bis zu einem Monat auch auf außereuropäische Länder; wichtig vor allem bei einem Urlaub oder Kongreß außerhalb Europas — er kann durch Vereinbarung für längere Aufenthalte in außereuropäischen Ländern ausgedehnt werden. Schließlich ist eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vorgesehen.

Trotz der Vielseitigkeit ist das neue Terrifwerk klar und übersichtlich gegliedert. Die Vereinigte berechnet interessierten Ärzten ein Vorsorge-Programm, das den individuellen Wünschen entspricht. Bitte wenden Sie sich an die zuständige Bezirksdirektion.

### Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auch in der Sozialhilfe

Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1970 hat die Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitssicherung wesentlich erweitert. Nunmehr haben Versicherte zur Sicherung der Gesundheit auch Anspruch auf folgende Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

1. Kinder bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden,

2. Freuen vom Beginn des dreißigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.
3. Männer vom Beginn des fünf- und vierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Das Bundessozialhilfegesetz weist zwar die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten noch als eine Kann-Leistung aus; es ist jedoch beabsichtigt, diese Hilfen in einer dritten Novelle zum Bundessozialhilfegesetz als Pflichtleistung festzulegen. Es würde schon jetzt mit dem das Sozialhilfegesetz beherrschenden Grundsatz der vorbeugenden Hilfe wohl nicht in Einklang stehen, wenn Vorsorgeuntersuchungen, auf die nach der RVO ein Anspruch besteht, im Rahmen der Sozialhilfe nicht gewährt würden. Mit Entschleunigung vom 14. Juli 1971 ersuchte das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Träger der Sozialhilfe deshalb dringend, Vorsorgeuntersuchungen auch Berechtigten nach dem Bundessozialhilfegesetz zu gewähren. Die Vorsorgeuntersuchungen dienen nicht nur dem Ziel, bereits vorliegende Krankheiten festzustellen, sie ermöglichen vielmehr darüber hinaus, vor allem auch Krankheitsanlagen und damit Krankheitsgefahren frühzeitig zu erkennen. Den Stadt- und Landkreisen (Sozialhilfeträgern) wurde deshalb empfohlen, auch den Berechtigten nach dem Bundessozialhilfegesetz Vorsorgeuntersuchungen in dem genannten Umfang zu gewähren. Damit sind jetzt Vorsorgeuntersuchungen der eingangs genannten Arten auch im Rahmen der Sozialhilfe möglich. Es liegt jetzt an den Berechtigten, von dieser Möglichkeit auch entsprechend Gebrauch zu machen.

— elpe —

### Tofranil

Der australische Arzt und Forscher W. G. McBRIDE hat am 3. März 1972 im „Medicine Journal of Australia“ einen kurzen Hinweis veröffentlicht, in dem er über drei kindliche Mißbildungen, davon eine Amelie, berichtet, die seiner Ansicht nach mit einer Imipranin-Behandlung der Mutter in Zusammenhang stehen könnten. Einzelheiten werden dort nicht mitgeteilt. Diese Meldung wurde von Presse, Radio und Fernsehen vieler Länder aufgegriffen, wobei zum Teil Analogien zu dem Thalidomid-Zwischenfall anklangen.

Hierzu stellt die Ciba-Geigy AG, Basel, Herstellerfirma des imipraminartigen Medikamentes Tofranil, des zur Behandlung von Depressionen dient, folgendes fest: Zu den Beobachtungen von W. G. McBride können wir vorerst nicht Stellung nehmen, da uns keinerlei Einzelheiten bekannt sind. Die Frage einer eventuellen keimschädigenden Wirkung von Imipramin wurde bereits 1963 zur Diskussion gestellt. Gründliche teratogene Studien an Tierversuchen konnten dann aufklären, daß die Substanz zwar, wie viele Pharmaka, in toxischen Dosen eine Wirkung auf den Fötus haben kann, daß hingegen in therapeutischen Dosen kein außergewöhnliches Risiko besteht.

Imipramin ist eine klinisch besonders gut dokumentierte Substanz (über 4000 Publikationen). Hinsichtlich der Anwendung in der Schwangerschaft wird die Ansicht vertreten, daß keine teratogene Wirkung zu befürchten ist, wenn auch ein Risiko — wie bei vielen hochwirksamen Medikamenten — nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Deshalb ist die Indikation während der Schwangerschaft besonders streng zu stellen.

Dieser Situation haben wir seit jeher Rechnung getragen, indem im Packungsprospekt und in den ausführ-

lichen Ärzte-Informationen von einer Anwendung des Medikamentes in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft (hier liegt die kritische Phase für eventuelle Fehlentwicklungen) abgeraten wird.

Die Mitteilung von McBride ist ernst zu nehmen und wird Anlaß zu einer erneuten Überprüfung der Fakten sein. Aufgrund der bis heute vorliegenden Informationen besteht jedoch kein Anlaß, Vergleiche zwischen dem seinerzeitigen Thalidomid-Risiko und der potentiellen Gefahr des Imipramins zu ziehen.

Ferner möchten wir darauf hinweisen, daß für die Anwendung der psychotropen Substanzen Anafranil, Insidon, Pertofren und Tegretal in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten die gleiche Einschränkung gilt wie für Tofranil.

### Film:

#### Digitals

Im Mannheimer Rosengarten fand vor rund 1300 Ärzten aus dem Rhein-Neckar-Raum die Erstaufführung des neuen Fortbildungsfilmes Digitals der Boehringer Mannheim GmbH statt. Thema des Filmes, der die beiden ebenfalls in diesem Jahr uraufgeführten Fortbildungsfilme „Risikofaktor Übergewicht“ und „Herzinsuffizienz“ ergänzt, ist die Glykosid-Therapie bei ungenügender Leistung des Herzmuskels.

Die Hauptaufgabe des Herzens besteht darin, seine Förderleistung dem jeweiligen Blutbedarf des Körpers anzupassen. Kann es den Organismus nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgen, dann spricht man von einer Herzinsuffizienz. Derartige Mangelerscheinungen treten zunächst nur unter erheblicher körperlicher Belastung auf („Belastungsinsuffizienz“). Ohne ärztliche Behandlung wird die Belastungsfähigkeit immer geringer, bis das Herz

(Fortsetzung Seite 418)

*Passicorin*

Rein pflanzliches Dauersedativum

(Passiflora, Solanum, Conocarpus)

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

**Unschädliche Kur- und Dauermedikation  
zur Stabilisierung des Nervensystems**

**SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN**

Bayerisches Ärzteblatt 4/72



**Die meldepflichtigen Übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1972\***  
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Während in früheren Jahren die Scharlachhäufigkeit im Februar meist höher war als im Januar, blieb sie im Berichtsmonat nahezu unverändert bei 57 Fällen je 100 000 Einwohnern (umgerechnet auf ein Jahr). Möglicherweise ist dies auf die ungewöhnlich milde Witterung im Februar dieses Jahres zurückzuführen. Wenig verändert war im Februar auch die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung; an sonstigen, nicht durch Meningokokken erregten Formen erkrankten etwas weniger Menschen als im Vormonat.

Typhus, Paratyphus und Ruhr traten auch im Februar nur in einigen wenigen Fällen auf. Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) wurden im Berichtsmonat etwas häufiger gemeldet, nämlich 17 Fälle gegenüber 14 Fällen im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner. Kaum merklich stieg die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) auf 31 Fälle je 100 000 der Bevölkerung an.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Januar bis 4. März 1972 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Ophi- theria		Schar- lach		Kinder- lähmung		Übertragbare				Typhus abdomi- nalis		Pare- typhus A und B		Bakteri- elle Ruhr (ohne Amöben- ruhr)		Enteritis infectiosa				Botu- llismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirn- entzün- dung								Salmone- llose		übrige Formen					
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	2	-	235	-	-	-	11	2	7	1	-	-	1	-	1	-	1	-	102	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	13	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	27	-	-	-	4	2	7	-	2	-	-	-	4	-	-	-	17	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	47	-	-	-	3	1	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	94	-	-	-	6	1	2	-	-	-	5	-	-	-	-	-	17	1	2	1	-	-
Unterfranken	-	-	29	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	136	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
<b>Bayern</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>581</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>173</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
München	2	-	94	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	84	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	37	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	1	1	-	-
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepa- titis infectiosa		Ornithose				Beng- sche Krank- heit		Malaria- er- krankung		Q- Fieber		Toxo- plas- mose		Wund- starr- krampf								Ver- dachts- fälle von Toll- wut <sup>3)</sup>	
			Pelita- cose		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	119	1	-	-	4	-	1	1	2	-	1	1	1	-	2	-	-	-						1
Niederbayern	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-						-
Oberpfalz	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-						2
Oberfranken	16	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	1	-						3
Mittelfranken	27	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-						6
Unterfranken	35	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						11
Schwaben	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-						27
<b>Bayern</b>	<b>316</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>						<b>50</b>
München	68	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-						-
Nürnberg	15	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						-
Augsburg	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-						-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						-

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

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

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

# Uricopathie

Dauertherapie mit

# Uricovac<sup>®</sup>

einfach + sicher

## 1 Tablette täglich

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

seine Aufgaben selbst im Ruhestand des Körpers nur noch unzureichend erfüllt („Ruheinsuffizienz“).

Ist der Herzmuskel organisch geschädigt, d. h., läßt seine Kontraktionskraft und damit die Sauerstoffversorgung des Organismus nach, zeigt sich die segensreiche Wirkung der Digitalis-Behandlung. Digitalis in richtiger Dosierung vermag durch Freisetzen von zusätzlichem Kalzium die Kontraktionskraft jeder einzelnen Herzmuskelzelle und somit des ganzen Herzens zu steigern. Das Minutenvolumen normalisiert sich, die Herzfrequenz sinkt. Die Atemnot lößt nach, die Hirndurchblutung bessert sich. Mit anderen Worten: Der Wirkungsgrad der Herzpumpe nimmt zu. Bereits die Frühform der Kontraktionsschwäche, die erwähnte Belastungsinsuffizienz, bedarf der Dauerdigitalisierung. Auf diese Weise lassen sich schwere Ruheinsuffizienzen verhüten bzw. in ein höheres Lebensalter hineusschieben. Die Behandlungserfolge sind um so besser, je früher mit der Digitalis-Therapie begonnen wird.

#### Merle-Baum-Preis 1972

Für das Jahr 1972 schreibt die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. zum siebten Male den von ihr gestifteten Marie-Baum-Preis in Höhe von DM 2000,- aus. An der Ausschreibung können sich alle Studierenden an Ausbildungsstätten für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin mit ihren Jahresarbeiten beteiligen, sofern es sich um Arbeiten aus dem sozial-medizinischen Bereich von Sozialarbeit und Sozialpädagogik handelt.

Einsendeschluß: 1. Juni 1972.

Die Ausschreibungsunterlagen können bei der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 6000 Frankfurt, Feuerbachstraße 14, angefordert werden.

## Therapeutika

### Binotal® 1 g rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

Jede Tablette enthält 1,155 g D- $\alpha$ -Amino-benzyl-penicillin-Trihydrat, entspr. 1,0 g Binotal (Ampicillin).

Indikationen:

Vereinfachung der höher dosierten oralen Therapie, z. B. bei Harnwegsinfektionen, Salmonelle-Dauerauscheidern, Gallenwegsinfektionen, Atemwegsinfektionen aber auch bei Sepsis und subakuten septischen Erkrankungen, Endokarditis, Meningitis, gynäkologischen und geburtshilflichen Infektionen.

Wirkungsweise:

Direkt bakterizides Antibiotikum mit Wirkung auf ein breites Spektrum gramnegativer und grampositiver Erreger.

Kontraindikationen:

Erwiesene Penicillinüberempfindlichkeit.

Nebenwirkungen:

Binotal kann, wie alle Penicillinderivate, zu Überempfindlichkeitsreaktionen führen. Sie treten fast stets an der Haut auf und zeigen zumeist einen leichten Verlauf. Im allgemeinen sprechen sie auf Antihistaminika sowie Kortikosteroide an und gehen nach Absetzen des Antibiotikums – gelegentlich auch unter der Therapie – spontan zurück.

Anwendung:

Binotal kann unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden: die Tabletten sind unzerkaut oder halbiert mit Flüssigkeit hinunterzuspielen. Bei Einnahmeschwierigkeiten die Tabletten zerbeißen und reichlich Flüssigkeit nachtrinken. Die Einnahme auf leeren Magen (vor bzw. 2 Stunden nach den Mahlzeiten) steigert die Aufnahme und damit die Wirkung.

Dosierung:

Als durchschnittliche Tagesdosis erhalten Erwachsene und Schulkinder 3 x 1 Tablette Binotal 1 g. Bei Bedarf kann diese Tagesdosis auf das Doppelte und mehr erhöht werden.

Handelsformen und Preise:

Glas mit 10 Tabletten Binotal 1 g DM 34,80

Anstaltspackung mit 100 Tabletten Binotal 1 g

Hersteller:

Bayer, 5090 Leverkusen

### Henseviles® steril

Rundumklebend mit zentraler Wundauflage zeichnet sich dieser Schnellverband besonders durch eine leichte, problemlose Handhabung bei Operationswunden aus.

Das hauchdünne, elastische, weiße Polyamidvlies garantiert eine gute Anpassung an alle Körperformen.

Die poröse Polycrylat-Klebemasse mit hoher Luftdurchlässigkeit sorgt auch bei empfindlichen Patienten für eine ausgezeichnete Hautverträglichkeit.

Durch eine verstärkte Wundauflege und damit erhöhter Saugkraft wird auch bei stark sezernierenden Wunden ein Optimum zur Förderung des Heilungsprozesses erreicht.

Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen können schattenfrei bei engem Verband vorgenommen werden.

Die Pflasterabschnitte werden einzeln eingeschleiert und mit Gammestrahlen sterilisiert geliefert.

Lieferbar in echt verschiedenen Abmessungen von 10 cm : 6 cm bis 35 cm : 10 cm.

Hersteller:

Belersdorf, 2000 Hamburg 20

### Ponderex®

Zusammensetzung:

1 Dragée = 20 mg N-Äthyl- $\alpha$ -methyl-3-(trifluor-methyl)-phenäthyl-amin-hydrochlorid (= Fenfluramin). Ponderax® als Lipokinetikum greift in den engsten Glukose-Fettstoffwechsel ein und baut Fettdepots risikolos ab. Es reduziert übermäßigen Appetit, hat keine stimulierende oder euphorisierende Wirkung.

Kontraindikationen:

Schwangerschaft, Überbelastung und schwere Allgemeinerkrankungen.

Wirkt in therapeutischen Dosen leicht sedierend. Keine Suchtgefahr.

Indikationen:

Reduktionstherapie zur Beseitigung des Risikofaktors Übergewicht, besonders auch bei Hypertonie, Diabetes mellitus sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Dosierung:

Einschleichend mit 1 Dragée vor dem Mittagessen beginnen und über 2 bis 3 Dragées in hartnäckigen Fällen bis zu 6 Dragées tgl. steigern. Kurdauer 6 bis 12 Wochen. 6 bis 6 Jähr. Kinder tgl. 1 Dragée, 9 bis 12 Jähr. tgl. 2 Dragées.

Handelsform:

Packungen mit 50 und 100 Dragées.

Hersteller:

C. H. Boehringer Sohn, 6507 Ingelheim am Rhein

### PrednirheumIn 2,5

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:  
Prednison 2,5 mg  
Phenylbutazon 200 mg

#### Charakteristik:

PrednirheumIn 2,5 gestattet eine individuelle Rheumatherapie

#### Indikationen:

Polyarthrit, Spondylitis ankylopoetica, Reizerthrosen, schmerzhefte Formen des Weichteilrheumatismus.

#### Kontraindikationen:

Hämorrhagische Diathese, Leukopenie, Hypertonie, Herz- und Niereninsuffizienz, Ulkusanamnese, floride Tbc, Diabetes mellitus, Grevität.

#### Nebenwirkungen:

PrednirheumIn 2,5-Dragees werden erst im Dünndarm gelöst. Magenunverträglichkeiten treten daher selten auf.

#### Dosierung:

Initialdosis: 3 bis 4 x tgl. 1 Dragée  
Erhaltungsdosis: 1 bis 2 Dragées tgl.

#### Hendelsform:

Peckung mit 30 Dragées

#### Hersteller:

Chemipharm, 2000 Hamburg 13

### Sulfo-Uro-Teblinen®

#### Zusammensetzung:

50 mg Nitrofurantoin mekrokristallin,  
250 mg Sulfedizin

#### Indikationen:

Akute und chronische Harnwegsinfekte, insbesondere Zystitis, Pyelonephritis, Urethritis.

#### Kontraindikationen:

Nieren- und Leberinsuffizienz, Rest-N-Erhöhung über 70 mg %, Oligurie, Anurie.

#### Nebenwirkungen:

Nebenwirkungen, wie sie bei der Einnahme von Nitrofurantoin und Sulfo-

nemiden beschrieben werden, sind möglich:

Es kann vereinzelt zu Allergien kommen, die sich in Form von Fieber und pulmonalen Reaktionen äußern können. Auch Hautveränderungen und Hämatoopathien, sowie Polyneuropathien können auftreten. Die Therapie sollte dann abgebrochen werden. Eine Kontrolle des Harns einmal wöchentlich, sowie Überwachung der Nierenfunktion, sowie des Blutbildes, ist bei der Langzeittherapie anzusetzen. Durch Verwendung von mekrokristallinem Nitrofurantoin treten Übelkeit und Erbrechen kaum noch auf.

#### Hinweis:

Bei Rest-N-Erhöhung über 70 mg % ist ein therapeutisch wirksamer Harnspiegel nicht mehr zu erwarten. Bei gering eingeschränkter Nierenleistung dürfen die Präparate nur noch in der halben Dosierung verordnet werden.

Während der Einnahme von Spasmo-Uro-Teblinen dürfen keine hexamethylentetraminhaltigen Präparate gegeben werden. Grundsätzlich sollte die tägliche Harnmenge mindestens 1,5 l erreichen. Dies gilt insbesondere bei der Einnahme von Sulfo-Uro-Teblinen.

Die Verordnung der Präparate während der Schwangerschaft soll nur unter strenger Indikationsstellung erfolgen. Die Medikation soll denn bis 8 Wochen nach der Geburt fortgeführt werden und lediglich während des Geburtszeitraums unterbrochen werden. Sulfo-Uro-Teblinen sind während der Stillzeit kontraindiziert.

#### Dosierung:

Am 1. Tage 3 x 2, denn 2 x 2 Tabletten in zwölfstündigem Abstand. Diese Therapie ist ausreichend lange weiterzuführen. Bei chronischen Fällen über Wochen und Monate, wobei bei

der Langzeittherapie auf Uro-Teblinen übergegangen werden kann.

#### Hendelsform und Preis:

40 Tabletten DM 8,75 m. U.

Hersteller: Senoranie Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28

## Buchbesprechungen

H. W. DAVENPORT: „Physiologie der Verdauung“. 304 S., 125 Abb., 15 Tab., Belacuir, DM 52,-. F. K. Schettauer Verlag, Stuttgart.

Zwei Gründe sind es, die die Übersetzung und Herausgabe dieses Buches begrüßen lassen. Erstens gibt es bisher im deutschen Sprechraum keine lehrbuchartige Monographie über die Physiologie der Verdauung. Zum zweiten ist diese ein Teilgebiet, das im physiologischen Unterricht an den Universitäten nicht ausreichend berücksichtigt wird – beispielsweise im Gegensatz zur physiologischen Optik. Meistens kommt die Verdauung in der großen Vorlesung gar nicht zur Sprache und wird im Physikum nur wenig gefragt. Der Medizinstudent erfährt denn während seines klinischen Studiums die Diskrepanz zwischen der Bedeutung der Gastroenterologie in der Inneren Medizin und den geringen Kenntnissen physiologischer Grundlagen, die er aus der Vorklinik mitgebracht und bewahrt hat. Vielleicht ist diese Situation dadurch bedingt, daß die Erforschung der Mechanismen der Verdauung von jeher in Deutschland eine Domäne der Kliniker war und die Physiologen kaum interessiert hat.

Devenports Buch gliedert sich in drei Abschnitte: Motorik, Sekretion, Verdauung/Resorption, die unabhängig voneinander gelesen werden können.

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. FRIEDRICH & CO • 5630 REMSCHEID - LENNEP • POSTFACH 156



COGITO ... ERGO SUM

Alle Kapitel sind gut lesbar und verständlich geschrieben, ohne zu vereinfachen. Erstaunlich ist die Fähigkeit des Autors, eine vollständige Synopsis über ein heute schon recht heterogenes Gebiet zu schreiben; Immerhin sind Magensekretion, Analyse des Schluckektes oder Elektrophysiologie der glatten Muskulatur recht verschiedene Dinge für einen Forscher. Den beiden Übersetzern ist für die sprachlich und sachlich ausgezeichnete Übertragung ins Deutsche besondere Anerkennung zu zollen.

Dr. Th. P e s c h, Erlangen

Prof. Dr. Ludwig DEMLING: „**Der kranke Magen**“. 179 S., 147 Abb., zum Teil mehrfarbig, Ganzleinen, DM 48,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Fünf Autoren haben sich zusammengetan, „die glauben, etwas von der Sache zu verstehen. Sie haben sich nach Kräften bemüht, eigenes und fremdes Wissen zusammenzutragen und in leicht feßlicher Form darzustellen“ (aus dem Vorwort). Es ist ihnen gelungen. ELSTER bearbeitete die Kapitel „Morphologie des Magens“ und „Pathologisch-anatomisches Bild der Magenkrankheiten“, DEMLING „Die Physiologie des Magens“, „Pathophysiologie“ und „Klinik und Therapie der Magenkrankheiten“, OTTENJANN „Spezielle Untersuchungsmethoden“ und das Schlußkapitel „Der operierte Magen“ FRIK „Röntgendiagnostik“ und GALL „Magenchirurgie“.

Jedes Kapitel ist eine kleine, kurz gefaßte Monographie, das denk der tiefen Sachkenntnis seines jeweiligen Autors doch das Wesentlichste enthält. Klare Schemazeichnungen und in der Wiedergabe ausgezeichnete Schwarzweiß- und Farbfotos illustrieren den Text und tragen wesentlich zu seiner Verdeutlichung bei. Dieses Buch füllt eine Informa-

tionlücke, eine Lücke, die im wesentlichen durch zwei Fakten entstanden ist: der Verlust der alten Vorstellungen über die Gastritis und die Grenzen, an die die bisherige, insbesondere röntgenologisch orientierte Diagnostik des Frühkarzinoms des Magens gestoßen ist. Die Fortschritte der endoskopischen Techniken und vor allem die der hiermit eng verbundenen bioptischen Methoden haben die diagnostischen Probleme der Gastritis weitgehend lösen können, woran die Erlanger Schule den hervorragenden Anteil hat. Die Bemühungen um die Früherkennung des Magenkarzinoms haben durch die gleichen technischen Fortschritte, nicht zuletzt dank der Initiative und des beharrlichen Fleißes der Japaner, neue und fruchtbare Impulse erhalten, die die Erlanger Schule ebenfalls weitergeführt hat. Das vorliegende Buch legt beredtes Zeugnis von diesen Fortschritten auf dem Gebiet der Magenkrankheiten, vor allem ihrer Diagnostik, ab. Kein internistisch, insbesondere gastroenterologisch tätiger, aber auch kein praktischer Arzt sollte dieses hervorragende Buch übersehen. Wenn in ihm die Therapie zu kurz kommt, so liegt dies natürlich nicht an den Autoren, sondern an dem Dilemma, das für fast die gesamte Gastroenterologie gilt: die Lösung therapeutischer Probleme hinkt weit hinter den Fortschritten der Diagnostik her. Möge dieser Vorsprung bald aufgeholt werden.

Dr. Dr. R. F i s c h e r, Bad Kissingen

Prof. Dr. F. HEIM/Priv. Doz. Dr. H. P. T. AMMON: „**Coffein und andere Methylxanthine**“. 219 S., 85 Abb., 21 Tab., 1. Aufl., DM 26,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York.

Sind Kaffee oder Tee schädlich? Mit dieser Frage wird wohl jeder Arzt in irgendeinem Zusammenhang konfrontiert, zumal in einer Gesellschaft,

die — mehr oder weniger gut informiert — medizinischen Problemen zunehmende Aufmerksamkeit schenkt. Die Herausgeber stellten die Vorträge eines 1968 gehaltenen internationalen Symposions zu einem Buch zusammen, das eine aufschlußreiche Zwischenbilanz der Kenntnisse über eine Reihe von Xanthinderivaten, insbesondere des Koffeins, liefert. Jeweils ein gesondertes Kapitel ist den Wirkungen auf ZNS, Nebennierenmark, Nebennierenrinde, Herz, Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel sowie die Fetalentwicklung gewidmet. Das Wissen um den Einfluß des Koffeins ist bis in den grundlegenden biochemischen Stoffwechsel der zyklischen Nukleotide vorgedrungen. So findet man Beziehungen zu der aktuellen Second messenger-Theorie von Sutherland.

Das mit zahlreichen Literaturangaben ausgestattete Buch sollte in keiner Fachbibliothek fehlen. Es kann darüber hinaus jedem Arzt zur Fortbildung uneingeschränkt empfohlen werden.

Dr. H a r m s, Erlangen

Prof. Dr. J. G. HOLLAND/Prof. Dr. B. F. SKINNER: „**Analyse des Verhaltens**“. 337 S., 28 Abb., kart., DM 19,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Die Hochschuldidaktik als Begriff für Methoden zur Verbesserung der Effizienz des Lernens gewinnt mit der Ausweitung des Unterrichtsbetriebes an den Hochschulen mehr und mehr Bedeutung. Manche bisherigen Lehr- und Lernprinzipien werden bereits in Frage gestellt, neue Methoden drängen aber nur zögernd vor. Zu den neuen Lehrverfahren gehört das programmierte Lernen. Sein Prinzip ist, den Lernstoff in möglichst kleine, logisch aufeinander folgende Lernschritte zu unterteilen. Skinner hat Grundlagen für diese auch in Lernmaschinen angewandte Methodik ge-

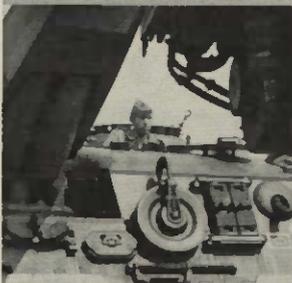


■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. ■ Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt u. verhütet u. a. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor. ■ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen. Bei Krankenkassen zugelassen. Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindlich durch: **Staatl. Mineralbrunnen Siemens Erben · Zentralbüro: 62 Wiesbaden · Postfach 13047**

**Anzeigenschluß  
für die  
Malausgabe  
ist am  
25. April 1972**

Ungewöhnliche Berufe — ungewöhnliche Möglichkeiten — als Heeresmediziner

Ihr Patient bewegt täglich  
tonnenschwere Lasten  
auf den Millimeter  
genau-



## wie hält er selbst diese Belastung aus, Herr Dr.?

Das Ausbauen eines Panzermotors z. B. verlangt Geschick, Reaktionsfähigkeit und gute Nerven. Jeder Soldat, der hier eingesetzt wird, muß zuerst und oftmals in die Praxis des Heeresmediziners (vergleichbar mit dem Werksarzt eines Industrieunternehmens).

Die Bundeswehr stellt ihren Ärzten modernstes Sanitätsgerät zur Forschung und Behandlung zur Verfügung. Geräte, die außerordentliches technisches Verständnis erfordern.

Vom Heeresmediziner wird viel verlangt: hohe Qualifikation als Arzt, Organisationstalent und Menschenführung als Offizier. Und nicht zuletzt menschliche Integrität als „Heusarzt des Bataillons“. Wenn Sie glauben, all diese Forderungen erfüllen zu können — seien Sie uns herzlich willkommen.

Denn die Besten sind uns gut genug.

Wir sind gerne bereit, Sie ausführlich zu informieren — auch über die finanzielle Seite.



Bitte informieren Sie sich über die Laufbahn des Sanitätsoffiziers  
in Heer  Luftwaffe  Marine   
Werbeträger: 172/141 501/13/03/1/1

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

Ort: ( ) \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

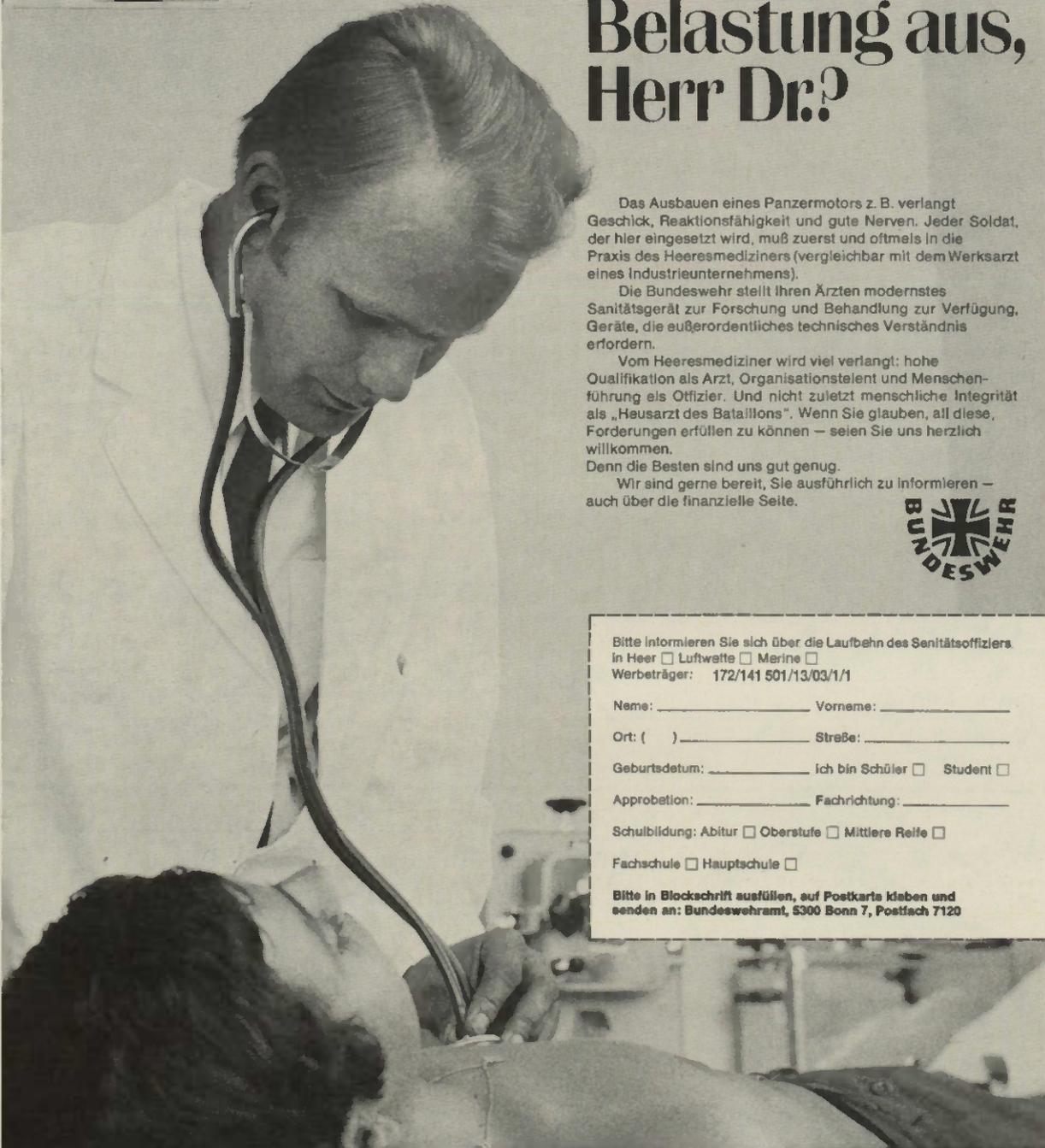
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ich bin Schüler  Student

Approbation: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Schulbildung: Abitur  Oberstufe  Mittlere Reife

Fachschule  Hauptschule

Bitte in Blockschrift ausfüllen, auf Postkarte kleben und  
senden an: Bundeswehramt, 5300 Bonn 7, Postfach 7120



liefert. Das vorliegende Buch von Holland und Skinner ist als Prototyp eines sorgfältig entwickelten programmierten Textbuches anzusprechen. Es handelt sich nicht um ein Lehrbuch gewohnter Art mit zusammenhängenden Textbeiträgen, in denen der Stoff dargelegt und diskutiert wird. Die zu erlernende Aufgabe ist vielmehr in kleine Elementaraufgaben unterteilt und zu jeder Aufgabe gehört eine richtige, auf der folgenden Seite angegebene Lösung. Thema des Buches ist die Psychologie des Verhaltens, die von einer modernen Forschungsrichtung innerhalb der Psychologie studiert wird. Ihre Ergebnisse heben auch für den medizinischen Bereich Bedeutung. Sie können zu einem Verständnis der Haltung des Arztes gegenüber dem Kranken beitragen und ein Verstehen des Kranken und seiner Reaktionen auf die Umwelt, beginnend mit den Reflexen bis zu höchsten Stufen des Verhaltens, erleichtern.

Das interessante Buch aus dem Arbeitsbereich der Psychologie wird nur einen Teil der Ärzte ansprechen, sicher aber das Interesse derer finden, die in der Lehre tätig sind und selbst an der Entwicklung moderner Lehrverfahren arbeiten.

Es ist zu begrüßen, daß ein solches noch ungewöhnliches Lehrbuch in ein Verlagsprogramm aufgenommen wurde. Bücher dieser Art werden besondere Bedeutung im Rahmen des geplanten Unterrichtes im Medienverbund bekommen.

Privatdozent Dr. Reinhardt, Erlangen

Prof. Dr. M. LANGE: „Lehrbuch der Orthopädie, Band I“. 636 S., 941 teils farbige Abb. in 1056 Einzeldarst., Gänzeleinen, DM 178,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Zehn Jahre sind seit dem Erscheinen des im deutschen Sprachraum immer noch führenden großen dreiteiligen Lehrbuches von Max Lenge vergangen. Nach seiner Emeritierung hat es der Autor nun unternommen, den ersten Band dieses Gesamtwerkes überarbeitet und erweitert herauszugeben.

Schon im Vorwort zur ersten Auflage war die Konzeption des Werkes vom Autor klar bestimmt: „Es sei ein Buch, das aus der Praxis für die Praxis geschrieben wurde.“ Gerade in diesem Zitat liegt auch jetzt wieder die Bedeutung des erneut vorgelegten Teilwerkes: das umfassend dargestellte Grundlagenwissen der Orthopädie und Traumatologie. Gemeint ist zum Beispiel die Untersuchungstechnik des Haltungs- und Bewegungsapparates, die Dokumentation solcher Untersuchungsergebnisse auch unter Berücksichtigung der international neu eingeführten Neutral-Null-Methode zur Winkelmessung an Extremitäten, die Möglichkeiten der speziellen orthopädischen röntgendiagnostischen Verfahren, die apparativ notwendigen Voraussetzungen für allgemeine und spezielle Verbands- und Gipstechniken, die Darstellung prinzipieller operativer Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der neueren Verfahren von Druckosteosynthese und Alloarthroplastik. — Neuen wissenschaftlichen Methoden der Diagnostik und Therapie (Szintigraphie, Myelographie, Frühstadiendiagnose der Hüftluxation) sowie neuen Erkenntnissen, z.B. bei den Thalidomidembryopathien, wurden eigene Kapitel gewidmet.

Die Gestaltung des ersten Bandes in seiner zweiten Auflage ist wiederum untadelig. Fotografien und Zeichnungen sind von bestechender Aus-

druckskraft. Die Sprache ist klar und einprägsam.

Das Werk Max Lenges wird weiterhin wegweisend bleiben, unentbehrlich in jeder speziellen Bibliothek sowie in der Handbibliothek jener Ärzte, die mit der Orthopädie und ihren angrenzenden Fachgebieten beschäftigt sind.

Dr. H.-W. Bestraký, München

Prof. Dr. H. SCHMIDT: „Röntgentomographisch-anatomischer Atlas“. 223 S., 194 Tafeln, Ganzleinen, DM 88,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Professor Dr. Hermann Schmidt, Chefarzt der Strahlendiagnostischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Altone, der früher in Tübingen wirkte, legt unter Mitarbeit von Professor Dr. Kleus Mörke vom Anatomischen Institut der Universität Tübingen einen hervorragend ausgestatteten röntgentomographisch-anatomischen Atlas vor mit 194 Tafeln auf 222 Seiten, auf denen vom Kopf des Menschen bis zum distalen Rumpfe fünf Schnittführungen in der Frontalebene und sechs Schnitte in der Sagittalebene praktisch alle Regionen genzeheitlich topographisch vorführen und eine großflächige Betrachtungsweise erlauben, wie sie in dieser klaren Form kaum einer anderen Veröffentlichung zu entnehmen ist. Groß ist die Zahl der kleinsten Einzelheiten, die liebevoll zwelsprachig (die deutsch-englische Übersetzung besorgte Keren und Ette Ohlsen, Kopenhagen) exakt erläutert zur Darstellung kommen und alle in Wissenschaft und Praxis tätigen Ärzte geradezu zwingen, das Buch erst dann wieder aus der Hand zu legen, wenn es lange Zeit eingehend studiert wurde. Als Grundlage dienen die Genzkörperschnitte von Profes-



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

# Dismenol

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

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

sor Dr. Robert Wetzel, dem verstorbenen ehemaligen Direktor des Anatomischen Instituts der Universität Tübingen, die den Radiotomogrammen insgesamt vorangestellt sind und zur besseren Übersichtlichkeit jeweils vor die besprochenen Regionen Unterbauch, Oberbauch, Brust, Hals und Kopf erläuternd eingestreut wurden. Das fesselnde Buch aus dem Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, erlaubt eine Synthese der Radiologie und Anatomie, die zur dreidimensionalen Betrachtungsweise und zum plastischen Vorstellungsvermögen wesentliche Hilfestellung leistet und der Radio-Anatomie sicher den verdienten Durchbruch zu allen Fachrichtungen der Medizin und Naturwissenschaft bringen wird. Diesem Standardwerk ist eine weiteste Verbreitung zu wünschen.

Dr. W. Fahringer, München

## 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.

Maï 1972

4. - 6. 5. in Bad Neuheim:

7. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Sekretariat Prof. Dr. H. Ditschuneit, 7900 Ulm, Steinhoevelstraße 9.

5. - 6. 5. in Hannover:

3. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Vertrauensärzte. Auskunft: Leitender Landes-

medizineldirektor Dr. med. Hero Simon, 4500 Osnabrück, Rolandstraße 7.

5. - 7. 5. in Bad Kissingen:

Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Kurverein, 8730 Bad Kissingen, Postfach 1768.

6. 5. in Würzburg:

4. Wissenschaftliche Fortbildungsbildung. Auskunft: Prof. Dr. P. Polzien, Oberarzt der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, 8700 Würzburg, Klinikstraße.

8. - 12. 5. in Bad Wörlshofen:

Fortbildungsseminar für Ärzte: Physikalische Therapie in der täglichen Praxis - ihre zweckmäßige Verordnung und Anwendung. Auskunft: Kneipp-Bund e. V., 8000 München 60, Postfach 264.

10. - 11. 5. in Schmallenberg:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6.

10. - 13. 5. in München:

89. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. F. Lindner, 6900 Heidelberg 1, Chirurgische Universitätsklinik.

10. - 13. 5. in Stuttgart:

53. Tagung der Deutschen Röntgen-gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. F. Heuck, 7000 Stuttgart 1, Kriegsbergstraße 60.

11. - 13. 5. in Bad Neuheim:

Jahrestagung der Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte e. V. Auskunft: Dr. A. Becker, 6000 Frankfurt 70, Klingenberg Straße 4.

11. - 13. 5. in Erlangen:

Jahrestagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Karl Günther Ober, Direktor der Universitäts-Frauenklinik, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 21-23.

11. - 13. 5. in Velden:

24. Kärntner Ärztetreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Fortbildungsreferat, A-9020 Klagenfurt, Behnhofstraße 22.

11. - 14. 5. in Regensburg:

48. Fortbildungstagung für Ärzte. Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

13. - 14. 5. in Düsseldorf:

13. Neurologischer Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Auskunft: Sekretariat der Neurologischen Universitätsklinik, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.

13. - 14. 5. in Hennef:

Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnell, 5207 Ruppichterroth, Otto-Willach-Straße 2.

13. - 14. 5. in Kloster Grefscheit:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Prof. Dr. O. Lippross, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.

13. - 27. 5. in Montecatini Terme:

X. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Seminar-kongreß). Thema: Probleme des Kohlenhydratstoffwechsels in Forschung, Klinik und Praxis. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

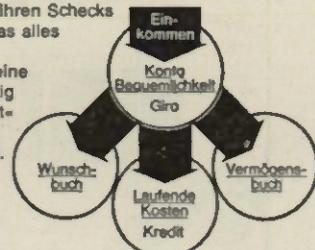
# Schöne Ferien!

Das Drum und Dran mit dem Geld erledigen wir.

Die wenigsten wissen, wieviel Probleme Ihnen die Sparkasse abnimmt. Nehmen Sie den Fall Urlaub: Wir versorgen Sie mit allen ausländischen Währungen und geben Ihnen Reiseschecks, damit Ihrer Urlaubskasse nichts passieren kann. Außerdem gibt es bei uns die neue eurochaque-Karte, die aus Ihren Schecks in 26 Ländern Europas Bargeld macht. Das alles läuft über Ihr Girokonto - einfach und bequem.

Das Girokonto kann aber noch mehr. Das kleine Schaubild zeigt Ihnen, wie leicht man sein Geld richtig einteilen kann, wenn man das -Konto Bequemlichkeit- richtig nutzt. Dann stimmt die Reisekasse. Und auch das gehört dazu, wenn der Urlaub schön werden soll.

Es ist so einfach mit dem Geld - man muß es nur richtig machen.



Wenn's um Geld geht... Sparkasse



14. – 18. 5. in Wiesbaden:

**43. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie.** Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, HNO Klinik, 5300 Bonn-Venusberg.

15. – 20. 5. in Bad Hofgastein:

**XVIII. Österreichische Sozialmedizinische Tagung über Ernährung und Volksgesundheit.** Auskunft: Obermedizinalrat Dr. E. Musil, A-1090 Wien, Berggasse 4/5.

16. – 20. 5. in Grez:

**58. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie.** Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.

19. – 20. 5. in Venedig:

**VI. Venezianisches Neuropsychiatrisches Symposion.** Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

22. – 25. 5. in Göteborg:

**V. Internationales Kongreß des Hydrologium Conlegium.** Auskunft: Dr. P. G. Horst Volckstädt, 8000 München 21, Camerloherstraße 81.

22. – 27. 5. in Westerland/Sylt:

**Tagung des Verbandes Deutscher Kassenärzte.** Auskunft: Deutscher Kassenärztverband, Dr. Lingner, 2000 Hamburg 68, Brunsrokrogweg 14.

23. – 28. 5. in Berlin:

**21. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 5. Deutschen Zahnmedizinischen Fortbildungskongreß und der Internationalen Pharmazeutisch- und medizinisch-technischen Ausstellung.** Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Wrengelstraße 11-12.

24. – 27. 5. in Berlin:

**22. Jahrestagung und Gemeinschaftstagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie mit der American Society of Maxillofacial Surgeons.** Auskunft: Prof. Dr. R. Stellmech, 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 30.

24. – 27. 5. in Krems:

**13. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der ihr assoziierten Gesellschaften.** Auskunft: Prof. Dr. G. Seizer, Wiener Medizinische Akademie, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

25. – 28. 5. in Erlangen:

**Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, 2000 Hamburg 20, Lenhertzstraße 9.

25. – 28. 5. in Westerland/Sylt:

**Kongreßwochenende als Auftakt zum Deutschen Ärztetag 1972.** Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenärztverband, 2000 Hamburg 73, Postfach 730 420.

26. – 28. 5. in Baden Baden:

**88. Wanderversammlung der Vereinigung Süddeutscher Neurologen und**

**Psychiater.** Auskunft: Frau Müller, 7570 Baden Baden, Merle-Viktoria-Straße 33.

27. – 28. 5. in München:

**Tagung der Süddeutschen Kinderärzte.** Auskunft: Prof. Dr. H. D. Pecher, 8000 München 90, Sanatoriumsplatz 2.

29. – 31. 5. in Neuherberg:

**Strehlenschutz-Ergänzungskurs.** Auskunft: Institut für Strehlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

29. 5. – 2. 8. in Berlin:

**Problematik der Lärmbelastigung.** Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

29. 5. – 3. 6. in Westerland:

**75. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm.** Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

#### Beliegenhinweis

Dieser Ausgabe ist ein

Aufruf der Münchener  
Universitätsgesellschaft e. V.

beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, 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.

Gezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“).

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-pess. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zsuner Jr., 8060 Dachau.

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

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



## ÜBERDACHUNGEN

für Terrasse · Balkon · Haustür  
Wintergärten · Trennwände etc.

KUPFERVORZÄCHER

Erstklassig in Gestaltung, Material u.  
Verarbeitung. Festpreise · Gerüstie  
Etwas Besonderes nach Maß!

Kostenlose Information von:

J. Bulach, 8000 München 15,  
Beveriestraße 26  
Telefon: (08 11) 77 81 86



# Landeshauptstadt München

Die Landeshauptstadt München sucht für die Gesundheitsbehörde

Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

## 1 Facharzt(-ärztin) für Kinder- und Jugendpsychiatrie

VergGr. 1b BAT

Aufgabengebiet: Betreuung aller Sonderschulen und heilpädagogischen Einrichtungen im Stadtbereich sowie die Elternberatung behinderter Kinder.

Fürsorgestelle für Geisteskrankte, Trinker und Süchtige

## 2 Fachärzte(-ärztinnen) für Psychiatrie

VergGr. 1b BAT

VergGr. 1b BAT

Aufgabengebiet: Untersuchung, Beratung und Betreuung von geistig und seelisch Behinderten, Trinkern und Süchtigen im Hinblick auf Behandlungs- und Fürsorgemaßnahmen.

Guchtechterwesen

## 1 Facharzt(-ärztin) für Psychiatrie

Halbtagskraft, VergGr. 1b BAT

Aufgabengebiet: Erstellung von nervenfachärztlichen Gutachten.

Geboten werden: Einstellung im Angestelltenverhältnis nach den Normen des Bundesangestelltentarifvertrages.

Bei Vorliegen der beamteten- und laufbahnrechtlichen Voraussetzungen Übernahme als Städt. Obermedizinalrat in BesGr. A 14 Bay BesO.

Soziale Leistungen wie Beihilfen, Essenszuschüsse, Urlaubssozialwerk u. a. m.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt 42 Stunden, bei Halbtagsbeschäftigung wird die Arbeitszeit im gegenseitigen Einvernehmen festgesetzt. Die Ausübung vertrauensärztlicher und privater Nebentätigkeit kann genehmigt werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Zeugnisse über Berufsausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit erbeten an das Personalreferat der Landeshauptstadt München, Rathaus, Zimmer 339/III.

An der Chirurgischen Abteilung des Städt. Marienkrankenhauses Amberg (160 Betten, Chefarzt Dr. Rudolf Feikel) ist

## 1 Assistenzarztstelle

zu besetzen. Die Chirurgische Abteilung (1 Oberarzt, 8 Assistenten, 2 MA) vermittelt volle Facharztweiterbildung (Große Chirurgie einschl. Gefäß- u. Kinderchirurgie, gesamte Unfallchirurgie mit kompletter AO-Ausstattung, Endoprothesen usw.). Geboten wird: Vergütung nach BAT II, Bereitschaftsdienstpauschale (560,- DM), Nebeneinnahmen durch Gutachten usw., übliche Sozialleistungen, 5-Teige Woche, durchgehende Arbeitszeit, Verpflegung im Hause, Wohnung für Ledige im Ärzteappartement, bei Verheirateten Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung, Umzugskosten werden erstattet.

Ferner werden gesucht

## 2 Medizinalassistenten

für die Chirurgische Abteilung. Unterhaltszuschuß nach Tarif. Amberg (ca. 45 000 Einwohner) liegt in waldreicher, landschaftlich reizvoller Umgebung am Oberpfälzer Jura, sämtliche Schulen, Hallenbad, Kunstseilbahn, Tennis usw., direkter Autobahnanschluß.

Bewerbungen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, 8450 Amberg, Rathaus.

Für die Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Regensburg (Gesamtbettenzahl 920) wird zum baldmöglichsten Eintritt

## 1 Assistenzarzt (-ärztin)

für eine Planstelle der Inneren Abteilung gesucht (Zulassung zur vollen Facharztweiterbildung).

Es besteht Möglichkeit zur Erlernung aller modernen Untersuchungsverfahren einschl. nuklearmed. Methoden.

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des DCV nach Vergütungsgruppe II (bzw. entsprechend der bevorstehenden Neuregelung für Ärzte im öffentlichen Dienst einschl. Bereitschaftsdienstvergütung).

Für Ledige Wohnung im Hause möglich.

Die aufstrebende Universitätsstadt Regensburg (130 000 Einwohner), am Rande des Bayer. Waldes gelegen, besitzt neben ihren kunsthistorischen Schätzen hohen Freizeitwert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Prof. Dr. med. P. Doering, Chefarzt an den Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder, 8400 Regensburg 2, Prüflingerstraße 86.

In der künftigen Universitätsstadt Bayreuth wird das nach dem 2. Weltkrieg weitgehend neu aufgebaute Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken mit rund 1500 Planbetten und einem jährlichen Durchgang von etwa 1900 Aufnahmen und Entlassungen nach neuzeitlichen Erkenntnissen in selbständige Funktionsbereiche gegliedert. Wir schaffen

### 1. ein neuropsychiatrisches Aufnahmezentrum

(Neurodiagnostik, Szintigraphie, EEG, Echoenzephalographie)

### 2. ein Zentrum für Geronto- Psychiatrie

### 3. sozialpsychiatrische Bereiche

### 4. eine Suchtkrankenabteilung

Das Nervenkrankenhaus Bayreuth ist das Zentralversorgungs-krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie im Regierungsbezirk Oberfranken.

#### Wir suchen:

Ärzte, die bereit sind, mit persönlichem Einsatz in einem kollegialen Team an der Verwirklichung dieser Möglichkeiten der Neuropsychiatrie mitzuarbeiten.

#### Wir bieten:

Dienstbezüge nach den besoldungsrechtlichen Bestimmungen mit günstigen Beförderungsmöglichkeiten für Ärzte, die die Voraussetzung für die Übernahme in das Beamtenverhältnis erfüllen.

Vergütung nach BAT II mit Möglichkeit der Höhergruppierung sowie Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie; gegebenenfalls Übernahme in das Beamtenverhältnis mit günstigen Beförderungsmöglichkeiten.

#### ferner:

Fortbildungsgelegenheit, Großzügige Pauschalvergütung des Bereitschaftsdienstes, Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit und Mithilfe im Unterricht der Krankenpflege- und der Schwesternschule. Alle sonstigen Vergütungen des öffentlichen Dienstes, Preisgünstige Wohnungen und die Möglichkeit zur Teilnahme an der verbilligten Personalverpflegung.

Das Nervenkrankenhaus liegt unmittelbar im Stadtgebiet Bayreuth, unterhalb des Festspielhügels. Sämtliche weiterführende Schularten sind am Ort vorhanden.

Die Stadt Bayreuth mit 63.000 Einwohnern liegt reizvoll zwischen dem Fichtelgebirge (alle Wintersportmöglichkeiten), dem Frankenwald und der Fränkischen Schweiz mit günstigen Autobahn- und Zugverbindungen nach Nürnberg-München, Nürnberg-Würzburg-Frankfurt/Main und nach Berlin. Sie ist kultureller Mittelpunkt Oberfrankens und eine Stadt mit hohem Freizeitwert.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und beglaubigten Abschriften von Zeugnissen über abgelegte Prüfungen und bisherige Tätigkeiten sind an die Direktion des Nervenkrankenhauses 8580 Bayreuth, Postfach 63, zu richten (Fernruf: (09 21) 2 30 81).

Für das Krankenhaus Fridolfing (70 Betten) wird ab sofort ein

### Chirurg

bei gleichzeitiger Niederlassung am Ort als freipraktizierender Arzt gesucht. Der bisherige Chirurg möchte seine Tätigkeit am Krankenhaus aus Altersgründen beenden.

Erwünscht ist Vorbildung in Geburtshilfe. Zur Verfügung stehen 25 Belegbetten, chirurgische Art der Tätigkeit im Krankenhaus: mittlere Chirurgie, reichlich Unfallchirurgie, H-Arzt-Stelle. Internistischer Facharzt ist im Krankenhaus tätig.

Fridolfing liegt im Voralpenland an der bayerisch/österreichischen Grenze, unweit Salzburg.

Bewerbungen oder Anfragen sind zu richten an Herrn Dr. med. Bernhard Kurz, Facharzt f. Inn. Krankh., daz. Chirurgen d. Krankenh. 8229 Fridolfing, Rupertstr. 31, Tel. (0 86 84) 3 35.

Beim Nervenkrankenhaus Schloß Werneck (730 Betten) ist die Stelle des

### Direktor-Stellvertreters

mit entsprechender fachlicher Ausbildung (BesGr. A 15) neu zu besetzen.

Gleichzeitig werden

### Assistenz- und Abteilungsärzte

gesucht (BAT II). Die Tätigkeit wird für die Dauer von 2 1/2 Jahren auf die Weiterbildung für den Facharzt für Psychiatrie engerechnet. Werneck liegt im Vorfeld von Schweinfurt, nahe Würzburg und Bad Kissingen. Zusatzversorgung und alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes (Beihilfen, Umzugskosten), Nebeneinnahmen durch Unterrichts- und Gutachtertätigkeit. Dienst- bzw. Mietwohnung vorhanden, für Alleinstehende steht in Bälde ein modernes Appartementhaus zur Verfügung.

Bewerbungen an den Direktor Dr. Dr. B. Kohlhepp, 8722 Werneck, Postfach 45.

Das Kreis Krankenhaus Viechtach sucht für seine Innere Abteilung (40 Betten) für sofort oder später

### 1 Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe IIe LkrAT Bayern = BAT neben Stellenzulage und günstiger Bereitschaftsdienstpauschale, vermögenswirksame Leistungen, Zuschuß zur Krankenversicherung und zur Ärzteversorgung, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie Beihilfe in Geburts-, Krankheits- und Todesfällen.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend mit vielfältigen Sportmöglichkeiten liegt, verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Math.-nat. Gymnasium und Realschule für Knaben und Mädchen.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bei der Haupt- und Personalverwaltung des Landratsamtes 8374 Viechtach einzureichen.

## Landesversicherungsanstalt Unterfranken/Würzburg

Die **Spezialklinik** der LVA Ufr. für Nierenerkrankungen und Erkrankungen der abführenden Harnwege im **bayer. Staatsbad Brückenau** mit z. Z. 94 Betten (Endausbaustufe 140 Betten) sucht ab sofort einen **Facharzt/ärztin** für Innere Krankheiten als

### Oberarzt (-ärztin)

Auch die Einstellung eines Bewerbers, dem 1 Jahr zur Facharztanerkennung fehlt, ist möglich.

Das klinisch geführte Haus ist mit moderner Diagnostik und Therapie ausgestattet. Es besteht eine enge wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der nephrologischen Sektion des Zentrums für Innere Medizin der Universität Würzburg.

**Geboten wird:** Vergütung nach Vergütungsgruppe IIa/IIb BAT mit allen Vorteilen des öffentlichen Dienstes (Zuschuß zur Zusatzversicherung, Beihilfe im Krankheitsfall, Umzugskostenvergütung, Verpflegung zu günstigen Sätzen ohne Verpflegungszwang), Nebeneinnahmen, Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Unterstützung bei Wohnungsbeschaffung. Beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Das Staatsbad Brückenau liegt am Südhang der bayer. Rhön und gehört (ab 1.7.1972) zum Landkreis Bad Kissingen. Günstige Verkehrsbedingungen durch die Nord/Süd-Autobahn Kassel/München bestehen sowohl in den süddeutschen Raum als auch nach Norddeutschland.

Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Bewerbungen mit den entsprechenden Unterlagen sind zu richten an: **Herrn Medizinaldirektor Dr. H. J. Böckler, 8788 Bad Brückenau, Kurklinik Sinntel.**

## Stadt Schwabmünchen

Das **Städt. Krankenhaus Schwabmünchen** (Raum Augsburg-München) sucht für seine chirurgische Abteilung (86 Betten)

### Assistenzarzt (-ärztin)

mit Aussicht auf **OberarztNachfolge**

zum baldigen Eintritt. Beste Arbeitsmöglichkeiten in modern eingerichteter Op.-Abteilung mit differenziert vorkommendem Op.-Programm in Bauch-, Unfall- und Extremitäten-Chirurgie. Außerdem umfangreiche Ambulanz und Durchgangsarztverfahren. Anrechnung auf Facharztweiterbildung. Anästhesist vorhanden.

Vergütung nach BAT II, Chirurgenzulage, Chefarztzuwendungen, Bereitschaftsdienstvergütung, Nebeneinnahmen durch Gutachten, Unterbringung in einem modernen Appartement, auf Wunsch Teilnahme an preisgünstiger Personalverpflegung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbittet die **Verwaltung des Städt. Krankenhauses, 8930 Schwabmünchen, Weidenhartstraße 35, Telefon: (0 82 32) 21 52**

Am **Kreiskrankenhaus Eggenfelden/Ndb.** (zur berufsgenossenschaftlichen Unfallbehandlung zugelassen, für drei Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt) werden zum 1. April 1972

### 2 Assistenzarztstellen

frei. Die Stellen können auch von einem älteren Medizinalassistenten (deutschsprachig) besetzt werden.

Vergütung ca. 2500,- DM monatlich. Schriftliche Bewerbung oder telefonische Anfrage bei

**Chefarzt Dr. Hans Georg Eckart, 8330 Eggenfelden, Kreiskrankenhaus, Telefon (0 87 21) 6 86.**

Für das 1960 neu erbaute **Krelekrankenhaus Bogen a. d. Donau/Ndb.**, das z. Z. von 161 auf 225 Betten erweitert wird, werden gesucht:

**2 Assistenzärzte** für die chirurg. Abt.

**1 Assistenzarzt** für die med. Abt.

**2 Medizinalassistenten**

für die chirurg. Abt.

**2 Medizinalassistenten**

für die med. Abt.

Wir bieten beste Arbeitsbedingungen, moderne Einrichtungen, günstige soziale Leistungen und Bereitschaftsdienstvergütung.

Der Landkreis besitzt zwei kreiseigene Arztwohnhäuser und ein modernes Personalwohnheim (Einzelzimmer). Unterkunft und Verpflegung werden zu sehr günstigen Sätzen geboten. Facharztweiterbildung ist möglich.

Bogen hat Gymnasium, Realschule, Hallenbad und Freibad und bietet im Sommer und Winter ausgezeichnete Erholungs- und Sportmöglichkeiten.

Es ist Krele- und Garnisonstadt in verkehrsgünstiger und landschaftlich bevorzugter Lage (Eingang zum Beyer-Wald).

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins an das

**Landratsamt Bogen, 8443 Bogen, Stadtplatz 21, erbeten.**



Bei den **Städtischen Krankenanstalten Fürth** sind zum 1. 4. 72/1. 5. 72 an der **Chirurgischen Klinik** (Vortand: **Ärztl. Direktor Prof. Dr. Gall**) zwei

### chirurgische Assistentenstellen

zu besetzen. An der Klinik gibt es eine Abteilung für Allgemein-Chirurgie (Thorax-, Bauch- und Gefäßchirurgie) und eine Unfallchirurgische Abteilung. Die Klinik ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt. 250 chirurgische Betten und pro Jahr ca. 4000 operative Eingriffe. Bewerber sollen ihren Wehrdienst bereits abgeleistet haben.

**Geboten wird:** Bezahlung nach VergGr. II BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen, Vergütung des Bereitschaftsdienstes entsprechend den tariflichen Bestimmungen, Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Bewerbungen erbitten wir umgehend an die **Verwaltung der Städt. Krankenanstalten Fürth, 8510 Fürth/Bey., Postfach 530.**

# Zolghadar

Inh. **Humbert Saemmer**



**TEPPICHE  
aus PERSIEN  
und CHINA**

**München Maximilianstr. 33 u. 34  
Ingolstadt Theresienstr. 28**

## Die Ringberg-Klinik

Spezialklinik für Interne Krebetherapie  
(125 Betten)

In Rottach-Egern am Tegernsee  
sucht für sofort oder später einen erfahrenen

### Assistenzarzt (-ärztin)

zur Übernahme einer Station.

Erwünscht sind gute Internistische Kenntnisse und die Fähigkeit zur psychosomatischen Betreuung von Schwerkranken, sowie Interesse für ganzheitlich immunologische Krebsbehandlung. Gelegenheit zur Forschung ist gegeben.

Geboten wird neben geregelter Arbeitszeit eine dieser Position entsprechend hohe Dotierung sowie 13. Monatsgehalt und Anwesenheitsgeld. Bei der Beschäftigung einer Wohnung sind wir behilflich. Für Ärzte mit Kindern sind Schulen oder Systeme bequem erreichbar.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde sowie den Arbeitszeugnissen erbeten an:

Chefarzt Dr. med. J. Issels, Ringberg-Klinik,  
8183 Rottach-Egern, Ringbergstraße 30, Telefon  
(0 80 22) 84 58 - 59

In Schirnding, Kreis Wunsiedel, mit 2200 Einwohnern ist die

### Arztpraxis

Infolge Erreichen der Altersgrenze des bisherigen Arztes neu zu besetzen. Die Räume der Praxis und die Wohnung befinden sich in einem Neubau und umfassen 135 qm (Wohnung 90 qm, Praxis 45 qm). Die Einrichtung kann mitübernommen werden.

Schirnding befindet sich an der Landesgrenze zur CSSR und besitzt nur diese eine Arztstelle. Am Ort befindet sich jedoch noch ein Zahnarzt (im gleichen Hause). Eine Apotheke ist im Rohbau erstellt und wird im Sommer 1972 betriebsfertig.

Der Sonntagsdienst ist bestens geregelt (Turnus von 7 Wochen).

Interessenten werden gebeten, sich mit der Gemeindeverwaltung 8591 Schirnding, Telefon (0 92 33) 592 in Verbindung zu setzen.

Im Kreiskrankenhaus 8482 Neustadt a. d. Waldnaab ist demnächst die Stelle eines

### Medizinalassistenten

auf der Internen Abteilung neu zu besetzen. Die Bezahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe II e LKrAT/Bayern. Der Bereitschaftsdienst wird entsprechend den tarifrechtlichen Bestimmungen vergütet.

Neustadt a. d. Waldnaab liegt ganz in der Nähe der kreisfreien Stadt Weiden. Die Landschaft wird bestimmt durch die Randzone des Oberpfälzer Waldes.

Bewerbungen sind zu richten an den leitenden Krankenhausarzt Dr. med. F. Meyer oder an die Landkreisesverwaltung Neustadt a. d. Waldnaab.

An der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenhäuser Bayreuth

(210 Betten, Chirurgen: Oberstadtmedizinaldirektor Dr. Weber) sind

### 2 Assistenzarztstellen

und

### 2 Medizinalassistentenstellen

zu besetzen. Die Chirurgische Klinik ist zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Es besteht viel selbständige operative Möglichkeit in der gesamten Allgemein- und Unfallchirurgie. Durchgangsarztverfahren.

Geboten werden:

Vergütung für Assistenzärzte nach den neuen tariflichen Bestimmungen des BAT; für Medizinalassistenten nach den entsprechenden Tarifverträgen, Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D), zusätzliche Altersversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit, Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung.

Die Festspielstadt Bayreuth liegt in landschaftlich schöner Lage in Oberfranken mit sehr guten Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Bayreuth ist Standort der B. Bayer. Landesuniversität.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Nachweisen über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an:

Stadt Bayreuth - Personalamt - , 8580 Bayreuth 1, Postfach 2840.

### Dringend Prakt. Arzt o. Ärztin gesucht

für aufstrebende Gemeinde (4600 Einw.) im Randgebiet von Nürnberg-Fürth (15 Autominuten ins Zentrum, Bahn- und Busverbindung zur Stadt). Praxisräume sind vorhanden. Eingearbeitete Arzthelferin würde sofort zur Verfügung stehen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/123 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Welche erfahrene

### med. techn. Assistentin

hätte Lust in einer schönen, gepflegten, katholischen Mission in Südafrika zu arbeiten?

Bewerbungen mit näheren persönlichen Angaben bitte an: The Metron, Mater Misericordiae Hospital, Catholic Mission, P. O. Montaballo, via Dalton, Natal.

Die Neuropharmakologische Abteilung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München sucht für sofort oder später eine

### medizinisch-technische Assistentin

oder eine

### chemisch-technische Assistentin

Vergütung nach BAT. Sozialleistungen wie im öffentlichen Dienst.

Bewerbungen erbeten an die Personalstelle des Instituts, 8000 München 23, Kraepelinstraße 2, Telefon (08 11) 3 89 62 83.