

Zur Dosierung der Basistherapeutika wurde die Empfehlung ausgesprochen, deren Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit nicht zu beurteilen oder für spätere anamnestische Angaben eventuell falsch zu fixieren, sofern man das Präparat nicht bis zu dem erwarteten Wirkungseintritt gegeben hat. Dieser ist bei Choroquin erst nach 3 bis 6 Monaten, bei Gold erst nach einer Verabreichung von 0,8 bis 1,0 g reines Gold (bei dem üblichen Dosierungsschema) und bei D-Penicillamin kaum früher als nach 6 Wochen zu erwarten. Bei Wirksamkeit sollte man – sofern keine Gründe dagegen stehen – unter Zurückgehen auf eine anzunehmende Erhaltungsdosis weiter behandeln. Setzt man ganz ab, dann ist (individuell und je nach Präparat unterschiedlich) nach mehreren Monaten eine Aktivierung des Krankheitsbildes zu erwarten.

Aus dem Vortrag von W. Börner (Würzburg) über **Schilddrüsenhormone und Thyreostatika** war zu entnehmen, daß nach den heute gültigen Vorstellungen  $T_4$  als Transportform im Serum entsprechend dem Bedarf in der Körperperipherie zum stoffwechselaktiven  $T_3$  dejodiniert wird, weshalb die früher empfohlene Therapie mit Kombinationspräparaten, welche  $T_3$  und  $T_4$  gewöhnlich im Verhältnis 1 : 5 enthielten, in Frage gestellt werden muß. Die Möglichkeit, die Höhe der Substitutionsdosis von  $T_4$  bzw.  $T_3$  an der Normalisierung des TSH-Spiegels im Serum zu bestimmen, führte außerdem zu der Erkenntnis, daß man mit niedrigeren Hormondosen auskommt, als dies früher empfohlen wurde. Nach Börners Darstellung ist für die diffuse euthyreote Struma eine konsequente Langzeitbehandlung mit Thyroxin die Therapie der Wahl, wobei in der Regel 50 bis 100  $\mu\text{g}$   $T_4$  täglich genügen. Der Therapieerfolg wird um so deutlicher ausfallen, je früher nach dem Auftreten der Struma mit der Behandlung begonnen wurde; zur Strumaprophylaxe bei kaum vergrößerter Schilddrüse gelten 50  $\mu\text{g}$   $T_4$  als ausreichend.

Auf Probleme der thyreostatischen Behandlung eingehend hob der Vortragende hervor, daß der Nachweis einer unter einer solchen Medikation eingetretenen Remission weder durch klinische noch durch einfache Laborparameter erbracht werden kann, da alle diese Testergebnisse in der Regel bereits 4 bis 6 Wochen nach Beginn einer thyreostatischen Behandlung normal ausfallen. Aus dieser Sicht komme dem  $T_3$ -Suppressionstest, der von verschiedenen Autoren (z. B. Cassidy, Alexander) empfohlen und teilweise modifiziert wurde, eine besondere Bedeutung zu. Wie der Vortragende zu berichten wußte, führt er bereits seit einigen Jahren 6 Monate nach Behandlungsbeginn den sogenannten  $^{132}\text{J}$ -2-Phasen-Kurztest nach  $T_3$ -Suppression durch. Ist der Test negativ, was bedeutet, daß die Hypophysen-Schilddrüsenachse noch unterbrochen ist, dann wird die Erhaltungsdosis des Thyreostatikums weiter verabreicht und in 2 bis 3 Monaten eine Wiederholung des Suppressionstestes durchgeführt – oder es wird durch eine Radiojodbehandlung bzw. Operation eine irreversible Verkleinerung des Jodpools angeschlossen.

Zu Beginn einer Vortragsreihe über Probleme der Konzeptionsverhütung kam H. Schaefer (Heidelberg) zu Wort, der sich mit einigen **sozialmedizinischen Aspekten der Familienplanung** auseinandersetzte. Er ging davon aus, daß die Geburtenregelung wesentlich an das Bildungsniveau geknüpft ist: 80 % der Frauen aus der Oberschicht praktizieren sie, jedoch nur 27 % aus der Unterschicht. Weltpolitisch betrachtet scheint die Entwicklung dadurch zunächst bedrohlich, daß die Kluft zwischen den Reichen und den Armen sich vertieft, anstatt zu verflachen. Zwar könnte ein wachsender Wohlstand der dritten Welt das Problem lösen helfen, doch werde auch diese Möglichkeit eng mit dem Bildungsgrad unterentwickelter Nationen zusammenhängen. Die medizinischen Alternativen, so gab Schaefer zu bedenken, sehen so aus, daß die Wahl zwi-

schen Geburtenkontrolle und Katastrophe besteht. Außer einer mangelhaften Bildung setzen sich jedoch einer Geburtenkontrolle gravierende sozio-religiöse und psychologische Argumente entgegen, die sich in 3 Punkten zusammenfassen lassen:

1. Die Entwicklungsvölker fühlen sich durch eine aufkotroyierte Geburtenregelung bevormundet, teilweise sogar bedroht.

2. Gerade die praktikablen Formen einer Geburtenkontrolle werden von der katholischen Kirche aus religiösen Gründen verboten.

3. Nach wie vor stehen die Menschen in Entwicklungsländern unter dem Zwang, ihre persönliche Sicherheit durch Kinderreichtum zu garantieren, wobei dieser Zwang durch die auch in diesen Ländern sich abzeichnende Verlängerung der Lebenserwartung noch eher zunimmt.

In seinen weiteren Ausführungen setzte sich Schaefer kritisch mit dem von der katholischen Kirche ins Feld geführten Argument der „Unnatürlichkeit“ einer Geburtenkontrolle auseinander. Wenn hier von kirchlicher Seite eine Aktion gegen die wirksamen Methoden der Geburtenbeschränkung unternommen wird, so sei dies deshalb bedeutsam, weil sich in der WHO die Vertreter der katholischen Länder nicht entschließen können, Maßnahmen zu empfehlen, welche gegen das Votum ihrer Kirche verstoßen.

Zwar habe Papst Paul VI. die Wissenschaftler seinerzeit aufgefordert, die Voraussetzungen für eine sittlich einwandfreie Geburtenregelung genauer zu klären. Hierbei habe eine große Mehrheit des Expertengremiums ein positives Votum für die Geburtenregelung abgegeben, das jedoch vom Papst verworfen wurde. Eine solche politische Niederlage wiege um so schwerer, als selbst für den Fall, daß sich die Kirche überzeugen ließe, wenigstens hier fehlbar gewesen zu sein – „unfehlbar“ sei das Wort des Papstes nicht einmal im kirchlichen Sinn gewesen –, weil selbst in diesem Fall die Chancen für eine weltweite Familienplanung gering wären.

Zu den hier auftretenden Hindernissen gehöre nicht nur die Ablehnung der Entwicklungsvölker gegenüber einer ihnen mehr oder weniger aufgezwungenen Geburtenregelung, sondern auch deren weitgehendes Unvermögen, mit der „Pille“ richtig umzugehen. Wenn überhaupt, dann sei noch am ehesten von den Intrauterin-Pessaren eine Hilfe zu erwarten.

Obwohl die Diskussion über diese wahrhaft fundamentalen Schwierigkeiten von der sich abzeichnenden Umweltkatastrophe und neuerdings von der sogenannten Ölkrise übertrumpft wurde, sollte man sich doch immer wieder die völlig paradoxe Lage auf unserer Erde vor Augen halten: Sie besteht darin, daß die technisch führenden Nationen heute kaum noch über einen Geburtenüberschuß verfügen und daß man in der Bundesrepublik schon dabei ist, die Bevölkerungszahl nicht mehr aus Geburten allein, sondern aus zusätzlichen Einwanderern leidlich stabil zu halten. Da die Weltbevölkerung stetig anwächst und Hungerkatastrophen vermehrt auftreten, sei die Befürchtung begründet, daß sich das Problem der Weltbevölkerung nur durch eine Krise weltweiten Ausmaßes werde lösen lassen. Hochrechnungen hätten ergeben, daß schon in wenigen Jahrzehnten etwas geschehen wird, und zwar werden es zunächst kontinuierlich ausbrechende Hungerkatastrophen sein. Dabei könne aber niemand sicher sein, ob sich den Hungerkatastrophen nicht eines Tages solche politischer Art anschließen werden, nämlich Kriege und Revolutionen, die dann den Hunger gleichmäßiger als bisher über die Erde verteilen . . .

Aus der Sicht des Internisten befaßte sich H. Kleinfelder (Nürnberg) mit einigen **funktionellen und organischen Komplikationen unter dem Einfluß von Ovulationshemmern**. Er begann mit dem Hinweis, daß nicht alle unter diesen Hormonkombinationen auftretenden Nebenwirkungen als un-