

Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 3

Die Bayerische Ärzteversorgung het am 9. Oktober 1973 eine Feierstunde anläßlich ihres fünfzigjährigen Bestehens im Ärztehaus Bayern begangen. Im Rahmen dieser Feierstunde hielt Dipl. Math. Professor Dr. G. HEUBECK, Köfn, den nechstehend veröffentlichten Festvortrag

50 Jahre berufsständische Versorgung

Beispiel und Bewährung

von Professor Dr. G. Heubeck, Köln

1.

Der Zusammenbruch 1919 und besonders die Inflation 1923 machten deutlich, daß selbst für Angehörige eines Berufsstandes, den man – und der sich selbst – lange Zeit überhaupt nicht für organisierbar hielt, die griechische Welsheit gilt, wonach das Ganze mehr ist als die Summe der Teile. Die Verhältnisse zwangen zu der Erkenntnis, daß die einzelnen – vor allem, wenn und je mehr sie in Ihrem Beruf eufgehen – weder Zeit, noch Fähigkeiten, noch Mittel genug haben und jemals haben können, um sich gegen die Risiken und das Schicksal abzusichern, die die Politik ihnen bereiten können.

Selbst wenn einzelne durch Geschick und Glück solchen Gefahren, denen die Daseinsvorsorge ausgesetzt ist, erfolgreich begegnen konnten und können. so wurde doch bereits damals die Erkenntnis allgemein, daß die Wahrscheinlichkeit für den einzelnen verhältnismäßig gering war, jeweils zu den Glücklichen zu gehören. Gegen Unsicherheit sichert Versicherung. Die Gemeinschaftsbasis eines Berufsstandes, kombiniert mit dem Sach- und Fachverstand einer Versicherungskammer und deren Experten, ist - rückschauend - eine gute Erfolgsvoraussetzung gewesen. Die Probe aufs Exempel ließ zwar fast 25 Jahre aut sich warten, aber sie kam und wurde zur Bestätigung für die Richtigkeit der gefundenen Lösung. Die zweite Inflation wurde gut überstanden. Nach einer vorübergehenden Senkung der Leistung ab November 1948 euf 85% der 1:1 umgestellten Renten wurden ab Mitte 1950 wieder die vollen RM-Beträge nunmehr in DM gezahlt. Der Zusammenbruch und seine Folgen wurden in keinem Augenblick zur Gefahr für die Existenz der Einrichtung; ganz im Gegensatz zu der rein privaten individuellen versicherungsrechtlichen Regelung in zentralen Gruppenversicherungsverträgen, die unter den Militärregierungen und der Währungsreform zunächst starke Einbußen hinnehmen mußten.

Es darf an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, daß auch aus der Sicht des Technikers die bayerische Aufsichtsbehörde hinsichtlich der Finanzierungstechnik und Leistungsgestaltung bei den jeweiligen Konsequenzen aus der Entwicklung und der Zustimmung zur Anpassung an die Notwendigkeit einer veränderten Situation bereits damals - und insbesondere in den letzten zehn Jahren - eine Verständnisbereitschaft zeigte, die weit über die bürokratische Pflicht- oder Soll-Erfüllung hinausging. Das ist um so anerkennenswerter, als vielfach richtige Erkenntnisse und Lösungen gegen anderslautende Gemeinschaftsbeschlüsse durchzuhalten waren, die - zu wenig differenzierend - den speziellen günstigen Voraussetzungen und längeren Erfahrungen nicht gerecht werden konnten, ein Faktum, ähnlich dem des bayerischen Schulbeginns Im Herbst, dem sich schließlich auch die anderen Länder anschlossen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zurück zur ersten Bewährungsprobe der Bayerischen Ärzteversorgung. Nach dieser Bewährung war es naheliegend, daß sie Anreiz und Vorbild für ali diejenigen wurde, die nunmehr aus dem neuen Desaster die gleichen Konsequenzen zogen, die in Bayern aus gleichem Anlaß 25 Jahre früher gezogen worden waren, nämlich den Entschluß, berufsständische Versorgungswerke aufzubauen. Die Bewährung in der Krise, im Zusammenbruch und der Inflation jener Jahre war für die neuen Werke nicht nur Ermutigung; darüber hinaus boten die Erfahrungen und Statistiken der bayerischen Ärzteversorgung auch da wertvolle Grundlagen, wo andere Wege zur Finanzierung der Leistungen eingeschlagen wurden. Diese Feststellung beschränkt

sich nicht nur auf die Heilberufe, sondern reicht, was Ermutigung und Konzeption betrifft, hinein in alle berufsständischen Versorgungsbestrebungen. Insoweit gelten die folgenden Ausführungen, demonstriert en der Bayerischen Ärzteversorgung als Prototyp einer berufsständischen Versorgung, grundsätzlich auch für die übrigen.

II.

Wie die Perle das Krankheitsprodukt der Auster ist, ist die Bayerische Ärzteversorgung gewissermaßen eine Frucht der Inflation von 1923. Es ist eine makabre Parallele, daß zum fünfzigjährigen Jubiläum das Menetekel des Gründungsjahres, das Stichwort Inflation, wieder in Flammenschrift an der Wand erscheint. Gewissermaßen aus heiterem Himmel; denn elle klassischen Voraussetzungen einer Inflation scheinen prima vista zu fehlen, die nach Wolfgang STÜTZEL überhaupt in Frage kommen, nämlich: Verlorene Kriege, Herrscherluxus und Abenteuer. Aber bei näherem Zusehen entdecken wir leicht, daß die Ursachenforschung nur ein Streit um Worte wäre, ob man etwa Wahlgeschenke, Untätigsein gegen das Wirksamwerden des Parkinsonschen Gesetzes. Überdrehen der Steuerschraube und Dauerverstoß gegen die Grundgesetze der Wirtschaftlichkeit als Herrscherluxus oder Abenteuer bezeichnen dürfe oder nicht. Als Alternative zu dem Dreierspektrum der "erlittenen" Kausalklassifikation wäre ja schließlich noch eine vierte denkbar, eine beabsichtigte Störung oder gar Zerstörung eines mißliebigen, weil ideologisch und politisch nicht bequemen freiheitlichen Wirtschaftssystems.

Verzichten wir auf Motivforschung und nehmen wir den unbequemen Tatbestand der Inflation und die große Wahrscheinlichkeit für einen Fortbestand zur Kenntnis. Die Entwicklung scheint ja sowieso dem ehemaligen Münchner Stadtkämmerer Erwin HIEL-SCHER*), einem der Währungsreformatoren von 1948. zunehmend recht zu geben, daß dies das "Jahrhundert der Infiation" ist. Wir können dies als weltweites Faktum kaum mehr leugnen, auch wenn wir diese Erkenntnis mit der Hoffnung verbinden, es mögen uns südamerikanische Abenteuer und ebensolche Dauerinflationsraten erspart bleiben und es möge bei aller "Beständigkeit" des sechsjährigen Anstiegs der Inflationsrate auch Schwankungsmöglichkeiten nach unten, d. h. unter die heutigen Sätze, geben. Entschließen wir uns also notgedrungen, ebenso mit der Inflation zu leben, wie wir mit der Bombe leben und mit anderen, vielleicht noch dar nicht bekannten oder in ihrer Gefährlichkeit erkannten Risiken.

Technik und in zunehmendem Maße Ideologien und Utopien beeinflussen unser Dasein und produzieren ja unentwegt Risiken, die unser Streben nach einer materiellen Sicherung wenigstens für den Fall, daß wir sie selbst nicht mehr aktiv betreiben können, elso im Alter, zunehmend in Frage stellen.

Was bedeutet mit der Inflation leben?

Es bedeutet, sie nicht erleiden zu müssen, sondern ihr zu begegnen. Sle zu erleiden, ohne ihr wenigstens teilweise zu begegnen, würde nämlich bedeuten, daß bei einer Inflationsrate von 7% eine Nominalrente in ihrer Kaufkraft in zehn Jahren bereits um 50% sinken würde. Selbst bei einer Inflationsrate von 5% - die nach offizieilen Aussagen kaum zu unterschreiten ist - tritt im Laufe von zehn Jahren ein Kaufkraftverlust von 40% ein, den zu tragen nach soeben ergangenen Urteilen des Bundesarbeitsgerichts und des Bundesgerichtshofs weder einem Arbeitnehmer noch einem Vorstandsmitglied zuzumuten ist. Also doch wohl auch nicht einem Arzt, der aus und nach einem erfüllten Beruf ausgeschieden ist. Also ist entsprechende Vorsorge zu treffen. Selbst eine Inflationsrate von 3%, wie wir sie bis 1968 hatten, läßt die Kaufkraft in zehn Jahren bereits um ein Viertei sinken und während der mittleren Bezugsdauer einer Arztrente einschließlich Witwenrente um 50%. All diesen Sätzen hat die Bayerische Ärzteversorgung Rechnung getragen, denjenigen von 3% nachträglich für die Vergangenheit, denjenigen von 5% bzw. 7% in den ietzten Jahren.

111.

Wir können uns gegen die großen Risiken der Veränderung, gegen das Risiko als Schadensereignis, als Individuum allein nicht zuverlässig absichern.

Trotz dieser allgemeinen Erkenntnis oder zumindest dunkel empfundenen Befürchtung müßte der Arzt nicht - bei aller Verpflichtung gegenüber den Mitmenschen - Individualist geblieben sein, wenn er nicht die Eigenvorsorge bejahen würde. Es ist daher nützlich - trotz der bewährten Institution der berufsständischen Versorgung - zu fragen, sine ira et studio zu fragen, ob es nicht andere Vorsorgemöglichkeiten gibt, die speziell im Hinblick auf den erwähnten Inflationstatbestand mehr leisten. Das Bessere ist des Guten Feind. Zum Vergleich bieten sich an: die Individualvorsorge und die nun wieder geöffnete Sozialversicherung. Diese beiden wichtigen Gestaltungsmöglichkeiten möchte ich kurz abhandeln, weil wir aus ihnen, wie sich zeigen wird, außerordentlich wichtige Erkenntnisse gewinnen können.

1.

Aus allen einschlägigen Statistiken ergibt sich, daß bei den Selbständigen der Versorgungsbedarf im Alter unterschätzt und daher nur unzureichend abgedeckt wird. Das gilt vor allem für die Berufe, die noch kein Versorgungswerk haben. Daher werden von Außenstehenden die Einkünfte der freien Berufe, insbesondere der Ärzte, in ihrer Bedeutung als verfügbares Einkommen permanent überschätzt. Wer weiß

^{*)} Erwin HIELSCHER: Oas Jahrhundert der Inflationen in Oeutschlend, München, 1968.

denn schon — innerhalb wie außerhalb der Ärzteschaft —, wieviel dem Arzt nach Abzug der Kosten und Steuern und dem erforderlichen Aufwand zur Sicherstellung einer dynamischen Beamtenpension nach Gruppe A 16, das sind zur Zeit monatlich rund DM 3000,—, von dem vielbewunderten jährlichen Umsatz von durchschnittlich DM 190000,— verbleibt? Und wer weiß insbesondere, daß bei sonst gleichen Verhältnissen etwa der halbe Umsatz zum gleichen bisherigen Nettoeinkommen führen würde, wenn diese Versorgung einschließlich Beihilfe zur Krankenversicherung im Umfang der Beamtenversorgung nicht vom Arzt selbst angespart werden müßte?

Zur Transparenz möchte ich hier einen weiteren Beitrag bringen, damit den Reformeiferern, wenn sie schon nichts aus ausländischen Beispielen lernen woilen, wenigstens das uneingestandene Motiv des Neidkomplexes entzogen wird. Es sei daher gestattet, einen Gesamtüberblick über die Lebensein-künfte eines Freiberuflers und ihre beiden Hauptteile, die des Aktiven und die des Pensionärs, zu geben.

Wir vereinfachen - ohne dabei die grundsätzliche Aussage zu verändern -, indem wir den Arzt oder Anwalt oder den sonstigen Freiberufler nach der üblichen mehrjährigen Anlaufzeit vom Alter von 35 Jahren an bis zum Alter von 65 Jahren das verdienen lassen - nach Abzug der Praxiskosten, aber ohne Abzug von Steuern und Vorsorgeaufwendungen -, was heute allenfalls 40% bis 50% alier Freiberufler erreichen, nāmlich monatlich DM 6000,- oder jährlich DM 72000,-. Bei gleichbleibenden Verhältnissen über 30 Jahre wäre die Summe dieser Einkünfte aus der Berufstätigkeit dann 30 × DM 72 000,- = 2,16 Mio. DM. Billigt man dem nicht weniger tätigen Arzt die gleiche Pension zu wie dem Beamten, also 75% der Einkünfte, so ergeben sich 75% von DM 6000,-, das sind monatlich DM 4500,- oder jährlich DM 54000,-. Die mittlere Zahlungsdauer einer solchen Pension beträgt unter Berücksichtigung einer 60% igen Witwenrente ziemlich genau 20 Jahre. Die Summe der Pensionseinkünfte beläuft sich demnach auf 20 × DM 54000,- = 1,08 Mio DM; also exakt die Hälfte der Aktiveneinkünfte von 2,16 Mio. DM. Die Lebenseinkünfte belaufen sich also auf 2,16 Mio DM + 1,08 Mio DM = 3,24 Mio DM oder das 11/2fache der Aktivenbezüge. Wir halten fest: die Lebenseinkünfte bestehen bei gleichbleibenden Verhältnissen etwa zu 1/3 aus Pensionsbezügen und zu 2/3 aus Aktivenbezügen.

Doch diese heile Welt mit gleichbleibenden Verhältnissen, mit so viel Stabilität gibt es bei so viel Inflation nicht. Bei Dynamik sehen aber die Dinge ganz anders aus. Zuerst ist zu sagen, was ich unter Dynamik hier verstehe: Eine durch was auch immer bedingte jährliche Steigerung der Bezüge. Ob Karriere, Produktivität oder Inflation sei als Grund gleichgültig. Die Bezüge mögen jährlich um 6 % oder 8 % steigen, wie das die Arbeitsentgelte der Sozialversicherten in den

letzten 15 Jahren getan haben. Dann entwickeln sich die Lebenseinkünfte und insbesondere die Relation von Pensionsbezügen zu Aktivenbezügen ganz anders. Ich kann hier auf die leicht nachprüfbare Einzelberechnung verzichten und will nur das Ergebnis mitteilen. In diesem Fall ergibt sich bei einem jährlichen Trend von 6% für die Aktivenbezüge aus den erwähnten 30 Jahren eine Summe (ohne Zinsen) von 5,9 Mio. DM und für die Pensionsbezüge eine Summe (ohne Zinsen) von 11,7 Mio DM; bei einer Steigerung der Einkünfte um jährlich 8% ergibt sich für die Summe der Aktiveneinkünfte zwar die phantastische Summe von 8,5 Mio. DM, aber für die Summe der Pensionen die weit höhere von 25,8 Mio. DM. Die Summe der Pensionsbezüge ist also in beiden Fällen nominell schon wesentlich höher als die Summe der Aktivenbezüge. Das Verhältnis Summe der Renten zu Summe der Aktivenbezüge. das sich bei gleichbleibenden Bezügen noch auf 1:2 belief, hat sich also bei 6% genau umgekehrt in 2:1 und es hat sich bei 3% Trend sogar in 3:1 verändert. Übersetzt man nun diese theoretischen Zahlen in die Wirklichkeit, d. h., berücksichtigt man Zinsen und Steuern, und macht man die in ganz verschiedenen Zeitabschnitten liegenden Zahlungen vergleichbar, indem man sie auf einen Zeitpunkt bezieht, nämlich das Rentenbeginnalter von 65 Jahren, dann bekommen wir bei 6% als aufgezinste Summe der Netto-Aktivenbezüge 7.4 Mio. DM und als abgezinste Summe der Pensionen 6,2 Mio. DM. Was bedeuten diese Zahlen? Antwort: Wenn der mit monatlich DM 6000,- brutto startende Arzt in einer dynamischen Welt bei 6% Trend eine Pension von 75% seiner letzten Aktivenbezüge haben und dafür das Geld ansparen will, braucht er von seinem Netto-Einkommen dafür laufend 84º/o, 84º/o von 7,4 Mio. DM sind etwa 6,2 Mio. DM. Er hat also nur 16% zum Leben oder er muß mehr verdienen. Bei einem Trend von 8% liegen die Werte für die Aktivenbezüge bis zum Alter 65 und für den Pensionsbedarf mit je 10,8 Mio. DM genau gleich, d. h., er darf von den erwähnten Aktivenbezügen überhaupt nichts verbrauchen.

Zu beachten ist, daß bei dieser Betrachtung vorzeitige Versorgungsfälle, also invalidität und Tod, überhaupt noch nicht gedeckt sind, ebensowenig wie das Risiko der Krankheit.

Als Ergebnis dieser Untersuchungen ist festzuhalten, daß in diesem Einkommensbereich im Nominalismus eine Eigenvorsorge von 75% der entsprechenden Aktivenbezüge aus diesen überhaupt nicht darzustellen ist. Man müßte auf Kapitalanlagen mit steuerfreiem Wachstum ausweichen können, die wiederum steuerfrei zu realisieren sein müßten oder einen dynamischen Ertrag abwerfen; Aktien und Investmentfonds sind das nach den Erfahrungen der letzten zehn Jahre kaum, Grundbesitz vielleicht noch, solange die Mieten nicht auf die Dauer einfrieren und Wertzuwachs nicht besteuert wird. Natürlich liegt es nahe, den Pensionsbedarf dadurch kräftig zu reduzieren, daß man die

Lebenshaltungskosten reduziert, etwa durch ein eigenes Haus, vorausgesetzt, daß dieses nicht dadurch zu einem neuen Kostenfaktor wird, daß unsere "Reformetoren" den schon erwähnten Wertzuwachs besteuern.

Nun wird neuerdings von der Versicherungswirtschaft dankenswerterweise eine "dynamische" Lebensversicherung engeboten. Darunter wird folgendes verstanden:

Man läßt den Beitrag von Jahr zu Jahr mit dem Einkommen steigen und sieht, was unter Berücksichtigung der Überschüsse des Versicherers dann bei Fälligkeit herauskommt. Das Ergebnis sei en einem einfachen Beispiel erläutert.

Die Versicherungssumme von z.B. DM 300000,- - die natürlich nicht für unsere Pension von 75% reicht -, für die wir aber jeweils 12,5% unserer obigen Einkünfte aufwenden müßten, erhöht sich unter Berücksichtigung der Dividenden bei einer jährlichen Prämiensteigerung um 6% bis zum Alter 65 auf 1,2 Mio. DM. Bel einer jährlichen Prämienerhöhung um 8% beträgt die fällige Endsumme sogar rd. 1,65 Mio. DM. Das sind ganz respektable Zahlen. Allerdings sind sie, gemessen an dem durch den Trend bis zum Alter 65 erreichten Einkommensniveau wesentlich wenlger wert. Waren die DM 300 000,-, bei Abschluß noch das 4,2fache unserer Jahresbezüge, so sind die schönen 1,2 Mio. DM bei Ablauf nur noch das 2,9fache und die 1,65 Mio. DM nur noch das 2.3fache der dann erreichten Jahresbezüge.

Der Grund liegt darin, daß trotz Erhöhung der laufenden Belträge im Rhythmus der Einkommenserhöhung die Nachfinanzierung für die abgelaufene Zeit fehlt, die natürlich durch den Mehrertrag der Versicherer nicht voll ersetzt werden kann, obwohl dieser steuerfrei, also günstiger als bei anderen Anlagen anfällt. Und mit der Fälligkeit der wertmäßig reduzierten Versicherungssumme steht wieder die Frage ins Haus, wie man anlegt, um daraus eine dynamische Pension zu bekommen. Das Inflationsproblem ist also auf diese Weise nicht lösbar. Damit ist auch dieser Versuch einer eigenverantwortlichen Problemlösung, der im Vergleich mit anderen noch relativ günstig ist, nicht befriedigend. Diese Überlegungen führen zu dem wichtigen Ergebnis, daß man in einem dynamischen System mit steigenden Einkünften und steigendem Bedarf auf Nominalbasis privat keine eusreichende Altersversorgung eufbauen kann. Der Gesamtbedarf des Pensionärs Ist nominell höher als das Aktivenelnkommen. Steigende Wachstumsraten führen zu wachsender Unterversicherung.

Größere Sicherheit und höhere Leistungen können also nur über die Gemeinschaft gefunden werden.

Der Versuch, die Versorgung über die größtmögliche Gemeinschaft, die gesetzliche Rentenversicherung, aufzubauen, ist begrenzt durch die limitierte Beitragszahlung, die nach heutigen Verhältnissen, selbst bei Entrichtung von Höchstbeiträgen für die Dauer von 40 Jahren, nur etwa Monatsrenten von maximal DM 1000,— erwarten läßt. Das ist für unseren beisplelhaft ausgewählten Einkommensbereich eine Pension von rund 17%. Auch diese durchaus erwägenswerte Ergänzungsmöglichkeit löst also unser Versorgungsproblem allenfalls zu einem bescheidenen Teil (die Höherversicherung scheidet wegen Fehlens jeder Dynamik dabei eus).

2.

Es liegt nehe, die Qualität der berufsständischen Versorgung an der der gesetzlichen Rentenversicherung zu messen, nachdem diese enläßlich ihrer Öffnung und ihrer besonders, ja einmalig günstigen Nachzahlungsmöglichkeiten eine vor allem für Ältere prüfenswerte Chance zum Erwerb von zusätzlichen Altersrentenansprüchen bietet.

Wie hoch ist eigentlich der Verrentungssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung für Angestellte und Arbeiter für normal laufende Beiträge, also ohne den Sonderfall dieser günstigen Nachentrichtung? Er liegt zur Zeit knapp unter 6%. Um auf einen Verrentungssatz von 20%, wie ihn die Bayerische Ärzteversorgung gewährt, zu kommen, braucht man bei

Das ist besonders für diejenigen wichtig, die erst im Alter von 55 bis 60 Jahren die Spitze der Beitragszahlung erreichen, was bekanntlich bei Ärzten der Fall ist, und für die, die glauben, die Sozialversicherung leiste so sehr viel mehr els das elgene Versorgungswerk.

Natürlich kann man sagen: hätten wir vor 50 Jahren das System eingeführt, das heute die Sozialversicherung praktiziert, würden unsere Altrentner höhere Renten bekommen. Aber diese Überlegung übersieht, daß die Sozialversicherung nicht seit 50 Jahren, sondern erst seit 16 Jahren (1957) das derzeitige System praktiziert, und daß eben heute der volldynamische Verrentungssatz nicht 20%, sondern nur 6% beträgt. Er betrug 1957 noch 10,1%. Er ist also In 16 Jahren um 40 % gesunken und ist welter im Sinken begriffen. Es ist außerordentlich wichtig, das zu wissen. Es bedeutet, daß z. B. der 55jährige Arzt, der heute den höchstmöglichen Beitrag zahlt, selbst bei einer alljährlichen Anhebung des Rentenanspruchs in der Sozialversicherung um 8% bls zum Alter von 71 Jahren warten müßte, bis er aus der Sozialversicherung aufgrund seiner Zahlung im Alter 55 den gleichen Verrentungssatz von 20% bekommt, den er in der Bayerischen Ärzteversorgung bereits ab Alter 65, genauer gesagt, sogar beim Invaliditäts- oder Todesfall vom ersten Tag nach der Einzahlung an erhält. Da aber vom Rentenbeginn an bei der Bayerischen Ärzteversorgung noch eine weltere Anhebung um 5% oder gar z. B. für 1973 um 7% in Frage kommt, ist die 65er Rente im Alter 71, wenn die Sozialversicherung sie nach

unserem Beispiel einholt, schon wieder davongelaufen. Um dieses und das weitere Vorauseilen einzuholen, brauchte man bei 8% igem Sozialversicherungstrend und 5% igem Trend in der Bayerischen Ärzteversorgung tatsächlich bis zum Alter 80. Wollte man auch noch die zwischenzeitliche Differenz der Rentenbezüge ausgleichen, müßte man sogar ein Alter von mehr als 100 Jahren erreichen. Ähnliches gilt für die Einzahlung des 50jährigen und einem Anhebesatz von 7% für die laufenden Renten der Bayerischen Ärzteversorgung; euch hier würde erst nach dem Alter von 70 Jahren die Sozialversicherungsrente mit der Bayerischen Ärzteversorgungs-Rente gleichziehen, also etwa 20 Jahre lang zurückgeblieben sein. Dabei wurde für die Sozialversicherung ein Dauertrend von 8% unterstellt, obwohl auch die offiziellen Bilanzen der Rentenversicherung nur mit einem solchen von 6% rechnen. Das Leistungsniveau der Bayerischen Ärzteversorgung geht also in diesen Fällen über das der Sozialversicherung hinaus; die Effizienz des Aufwandes ist größer und prompter. Dieser Sachverhalt verdient, festgehalten zu werden, um zu verhindern, daß Unverstand oder Unkenntnis von verborgenen Grundzusammenhängen ein sehr subtil gebautes, leistungsfähiges System stören oder gar zerstören. Hier könnte bereits der Versuch strafbar, d. h. existenzgefährdend sein, weil toxische Spätwirkungen nicht mehr reparabel sind. Bei einem solchen kunstvollen Mechanismus sind system-immanente Sachzwänge und Eigengesetzlichkeiten vorhanden, die man kaum beeinflussen kann.

IV.

Kehren wir nach diesen Feststellungen, einmal über die Unmöglichkeit der ausreichenden sicheren Eigenvorsorge, zum anderen über die vergleichsweise sehr gute "Wettbewerbsfähigkeit" der Bayerischen Ärzteversorgung gegenüber der Sozialversicherung zurück zu den Voraussetzungen, unter denen ein berufsständisches Versorgungswerk, wie die Bayerische Ärzteversorgung, die Lösung des wieder akuten Inflattionsprobiems angehen kann.

Bei jeder Kapitalbildung wird erwartet, daß dieses gegebildete Kapital durch seinen Ertrag einen Beitrag zur Finanzierung laufender Leistungen erbringt. Dieses Verfahren und damit die Kapitalbildung wird dann ad absurdum geführt, wenn die Inflationsrate den möglichen effektiven Kapitalertrag erreicht oder ihn sogar übersteigt. Ein einfaches Beispiel macht dies deutlich und zeigt zugleich, daß das Problem sich nur graduell, nicht aber grundsätzlich verschiebt, wenn man von vornherein nur eine Teilkapitalbildung vornimmt und für einen mehr oder weniger großen Teil das Umlageverfahren enwendet. Soll beispielsweise das Kapital eine Höhe erreichen, daß aus seinem Ertrag 20 % der jeweils laufenden Renten bestritten werden, so muß dieses Kepital bel einem angenommenen Zinssatz von 4% die fünffache Jahresrente ausmachen. Kann man mit einem Kapitalertreg von 8% rechnen, so würde bereits eine Vermögensbildung in Höhe von 21/2 Jahresrenten genügen, um diesen Zuschuß von 20% zu den laufenden Renten zu liefern. Würde nun aber die Inflationsrate ebenfalls 8% betragen, so sieht man, daß im Folgejahr der Beitrag des Kapitalertrages zur Finanzierung der laufenden Renten nur dann in der gewünschten Höhe möglich ist, wenn das Deckungskapital ebenfalls um diese 8% erhöht würde, d. h., wenn man den unterstellten Zinsertrag von 8% wiederum voll dem Deckungskapital zuführt. Für laufende Leistungen stünde damit nichts zur Verfügung. Geht man einen Schritt weiter und unterstellt jeweils nur einen Kapitalertrag von 6% bei einer Inflationsrate von 8%, so erkennt man, daß das Postulat, das angesammelte Vermögen möge 20 % zu den laufenden Renten beitragen, nur dann erfüllbar ist, wenn nicht nur der Zinsertrag von 6% voll dem Vermögen zugeschlagen wird, sondern wenn darüber hinaus noch weitere 2% des Vermögens im Umlageverfahren aufgebracht und ebenfalls dem Deckungskapital zugeführt werden.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten, daß jedes kapitalbildende Verfahren dann zu einem höheren laufenden
Beitrag führt als das reine Umlageverfahren, wenn die
Inflationsrate größer ist als der Kapitalertrag. Dabei
ist als effektiver Kapitalertrag natürlich nicht nur der
Nominalzins, sondern der Gesamtertrag aus Nominalzins und eventuellem Wertzuwachs (z. B. bei Grundbesitz) zu betrachten, auch wenn letzterer nur durch
Realisierung gewonnen werden könnte. Über die Technik einer solchen Neubewertung der Substanz, wie sie
beispielsweise laufend bei Investmentfonds, z. B.
Aktien- und Immobilienfonds, vorgenommen wird und
auch bei Pensionsfonds im Ausland, brauchen wir uns
nicht weiter zu verbreiten. Das Problem ist jedenfalls
lösbar.

Auf der anderen Seite steht fest: solange die laufenden Renten aus den normal kalkulierten einkommenden Beiträgen allein finanziert werden, also vom Zinsertrag sowieso noch kein Beitrag für die laufenden Renten geleistet wird, sondern dieser Zinsertrag ausschließlich noch zur Kapitalbildung dient, ist diese Kapitalbildung noch von Nutzen. Es wird demnach darauf ankommen.

- a) ertragreiche Kapitalanlagen zu suchen, deren Nominalertrag schon mit einiger Sicherheit nicht durch die Inflationsrete unterleufen wird,
- b) die Kapitalanlagen so zu mischen, daß wenigstens die Substanzerhaltung gesichert ist, also zumindest der Realwert der Anlagen erhalten bleibt.

Wie schwer letzteres ist, zeigt die Erfahrung mit den verschiedenen Wertpepier-Investmentfonds der letzten zehn Jahre. Und wie bedroht selbst sichere Anlagen sein können, zeigt die Gefahr des Mietstops bei Wohnmieten, wie sie sich durch die letzte Gesetzgebung in diesem Bereich abzeichnet.

Zur Zeit sind wir sicher bei manchen Versorgungswerken am kritischen Punkt angelangt, d. h., die Erträge reichen unter Berücksichtigung des Kursverfalls von Wertpapieren allenfalls noch zur Kompensierung der Inflationsrate aus. Wird einer solchen galoppierenden Inflation nicht Einhalt geboten, so ist zu überlegen, ob man nicht daraus Konsequenzen zieht, etwa durch die Verlegung des Schwergewichts der Neuanlagen oder sogar durch Umstrukturierung des Bestands. Vielleicht befinden wir uns, ohne es zu wissen, sogar "unter einem Ultimatum, das sehr schnell ablaufen könnte" - um eine Mahnung von RÖPKE aus dem Jahre 1956 zu zitieren, die vielleicht gerade heute von höchster Aktualität ist. Andererseits besteht für die Neuanlagen kein Grund zur Panik, wenn man hoffen kann, durch außerordentlich ertragreiche Kapitalanlagen die Inflationsrate künftig zu überspielen, etwa durch 10%- bis 11% igen Ertrag bei einer Inflationsrate von 7% bis 7,5%.

Unter dem Zwang und dem dominanten Postulat, die Inflationsrate zu überspielen, sollte auch auf eine Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der zinsgünstigen Hypothekenhergabe nicht verzichtet werden, auch wenn diese beliebte Finanzierungsquelle für etwa die Hälfte aller Kassenmitglieder hilfreich war, und so die Bayerische Ärzteversorgung zu einem nützlichen und zweifellos grundsätzlich beizubehaltenden Mehrzweckinstrument wurde. Eine zu große Spanne gegenüber dem Marktzins würde jedoch auf die Dauer die Gefahr einer Ungleichbehandlung der Mitglieder und insbesondere die einer Benachteiligung von Rentenbeziehern entstehen lassen.

V.

Die Frage der Kapitalbildung hat noch einen weiteren ganz entscheidenden Aspekt: in einer dynamischen Welt muß man dynamisch bleiben. Das reine Umlageverfahren ist dies unter Umständen auch im negativen Sinn. Natürlich kann man eine vorgegebene dynamische Rentenhöhe in einem Bestand halten, wenn man die Beiträge entsprechend erhöht. Ausländische Beispiele zeigen, daß auch dies eine Grenze hat. Auch kann man bei festgehaltenem Beitrag theoretisch die Renten gegebenenfalls, d. h. bei schrumpfender Zahl der Beitragszahler oder Einnahmen, herabsetzen oder beides kombinieren. Aber beides ist unbefriedigend. Man braucht einen dritten Faktor und dieser dritte Faktor sind entweder andere - für die gesetzliche Rentenversicherung die Beitragszahler oder die Steuerzahler, die aber doch wieder weitgehend identisch sind mit den Beitragszahlern, ja teilweise sogar mit den Leistungsempfängern, wenn man die Lohnsteuern und die indirekten Steuern zusammen betrachtet - oder dieser dritte Faktor ist ein Kapital mit seinem Ertrag oder gegebenenfalls mit seiner Substanz. Diese letztere, ganz besondere und ebenso bedeutsame Funktion wie die, ausrelchenden Ertrag zu liefern, besteht für die Kapitalbildung demnach darin.

zusätzliche Sicherheit zu garantieren. Sicherheit insofern, als dieses Kapital gegebenenfalls nicht nur durch seinen Ertrag, sondern auch durch einen Entsparprozeß für die Versorgung nutzbar gemacht werden kann.

Die Interdependenz von Beitragsdynamik, Beständigkeit des Bestands an Beitragszahlern, Zins und Lelstungshöhe, kurz, das Zusammenspiel all dieser Faktoren ist bei allen berufsständischen Versorgungswerken erkannt; ob sie sich nun offenes Deckungsplanverfahren, Punktwertverfahren, Rentenwertumlageverfahren oder Anwartschaftsdeckungsverfahren nennen. Alle haben ihren vorsorglich eingebauten Steuerungsmechanismus, den die Stichworte Punktwert, Bemessungsgrundlage, Verrentungssatz und Rentenanpassungssatz charakterisieren. Nur dies gestattet, in einer dynamischen Welt dynamisch und frei, d. h. unabhängig, zu bleiben. Das reine Umlageverfahren ohne den dritten Faktor Kapital würde lediglich Negativ-Alternativen gestatten: Der Bergbau mit seinen enormen Beitragserhöhungen und teilweiser Senkung der Leistungssätze als Folge eines niemals auszuschließenden Schrumpfungsprozesses kann hier mahnendes Beispiel für die Gefahren des reinen Umlageverfahrens sein. Ja, selbst der derzeitige Schrumpfungsprozeß in der Arbeiterrentenversicherung, verdeckt durch die 21/2 Millionen ausländischer Arbeitskräfte und den Finanzausgleich durch die Angestelltenversicherung, muß hier zur Vorsicht mahnen.

In diesem magischen Dreieck Bestand an Beitragszahlern, Leistung und Kapital ist demnach das Kapital ein wesentlicher Sicherheitsfaktor. Welche Bedeutung das Fehlen des Kapitals haben kann, zeigte vor einigen Jahren die Finanzmisere in der gesetzlichen Rentenversicherung, wo neben den Aktiven durch Beitragserhöhung selbst die Rentner durch einen Krankenversicherungsbeitrag zur Kasse gebeten wurden. Es ist zwar nicht sehr wahrscheinlich, daß die Zahl der Ärzte zurückgeht und die Ärzte zum Teil überflüssig werden, weil Medizin in Zukunft im wesentlichen eine Frage der Datenverarbeitung wird - wie es Präsident Dr. JUNGMANN (Hannover) kürzlich treffend formuliert hat. Aber selbst, wenn dies der Fall wäre und die Datenverarbeitung erhebliche Bedeutung gewinnen würde, kann ich aus langjähriger Arbeit mit dem Computer glaubhaft versichern, daß er mir noch nie den Eindruck machte, er würde durch persönliche Ansprache und Interpretation seiner Ergebnisse den modernen Menschen von seiner Existenzangst befreien. Seine Wirkung auf den Menschen und speziell den Kranken wäre wohl keine andere als die der Lautsprecheransage auf dem Flugplatz in einem fremden Land, dessen Sprache und gar dessen Idiom man kaum versteht. Aber selbst von Umstrukturierungsversuchen östlicher oder nördlicher Prägung und der Gefahr eines Rückgangs der Beitragszahler in einem Versorgungswerk wird man um so weniger beunruhigt sein müssen - jede Beunruhigung und daraus resultierende Lähmung des Widerstandswillens wäre ja bereits die Räumung eines wichtigen Vorfeldes –, als man die künftigen Leistungen durch einen angemessenen Kapitalstock abgesichert hat.

VI.

Ich komme zum Schluß.

Die Altersversorgung wie die Hinterbilebenenversorgung ist eine Umschichtung von Teilen der Aktivenbezüge auf die Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Unsere Beisplele, besonders zur individuellen Vorsorge, haben gezeigt, daß diese Umschichtung in einer instabilen Welt — das anspruchsvolle schön-färberische Wort Dynamik ist ja vielfach nur ein Synonym für Instabilität — vom Einzelnen aus eigener Kraft im "Einzelgang" nicht mehr oder nur selten noch befriedigend möglich ist.

Die Lösung des Versorgungsproblems durch ein berufsständisches Versorgungswerk ist eine geglückte Kombination von Elgen- und Gemelnschaftsleistung. Der mitunter gehörte Vorwurf, hier würden einer bestimmten Berufsgruppe Privilegien gewährt, die in einem sozialen Rechtsstaat nicht vertretbar selen, ist aus zwei Gründen unberechtigt. Einmal besteht das "Privileg" lediglich darin, daß diese Gruppe in ihrer staatsfreien maßgeschneiderten Versorgung keinen Staatszuschuß beansprucht; zum anderen läßt sich leicht zeigen, daß in unserem System der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Hochverdienenden die Renten der Wenigerverdienenden subventionieren, sondern umgekehrt. Der Gesetzgeber war also auch in dieser Hinsicht gut beraten, als er die Vorstandsmitglieder der Unternehmungen von der Versicherungspflicht befreite und bei der Öffnung der Rentenversicherung von der Existenz bestehender Versorgungswerke ausging und für den Beitritt zur gesetzlichen Rentenversicherung größten Spielraum ließ.

Die Auffassung, daß bei einer diktatorischen Strukturänderung eines Berufsstandes größere Gefahren für ein berufsständisches Versorgungswerk und damit für die Versorgung des einzelnen entstehen könnten, vermag ich aus folgenden Gründen nicht zu teilen. Zunächst ist die erwähnte Sicherheit durch Deckungsmittel in einem kapitalbildenden Finanzierungsverfahren zu bedenken. Andererseits sollte aber auch folgende Überlegung nicht abwegig sein: Wenn nach einem sicher auf lange Zeit zu erwartenden planmäßigen befriedigenden Verlauf der Bestandsentwicklung wirklich einmal ein katastrophaier Rückgang des Mitgliederzugangs eintreten würde, dann hätten wohl auch solche Gruppen, die aus eigener Initiative und ohne einen Staatszuschuß, ja sogar ohne einen formellen Anspruch auf Staatsgarantie Ihre Versorgung gemeinsam durchgeführt haben, ein Anrecht darauf, daß ihnen dann — erst dann! — auch die Allgemeinheit, also der Staat hilft.

Belspiele dafür sind die Staatshiife bei der Währungsreform durch die Zuerkennung von Ausgleichsforderungen für Währungsverluste und die Rentenaufbesserung im Umfang der Sozialrenten (1:1) an bereits
vorhandene berufsständische Versorgungswerke, private Pensionskassen und private Pflichtversicherungen; ferner der Staatszuschuß an die ja ebenfalls berufsständische Knappschaftsversicherung.

Unabhängig von diesen gewissermaßen Rückversicherungsüberlegungen gegenüber einer keineswegs berechtigten Weltuntergangsstimmung meine ich aber, daß eine so bewährte - auch in ihrer Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bewährte berufsständische Versorgungseinrichtung einen Anspruch darauf hat, daß man ihr zutraut, auch neuen Gegebenheiten nicht passiv gegenüber zu stehen, sondern neuen Probiemen mit neuen Lösungen gerecht wird. Den optischen Nachteil, daß jaufende Verbesserungen keinen Anlaß, aber auch keine Notwendigkeit liefern für eine spektakulāre, als "Reform" oder wenigstens als "neue Dimension" zu verkaufende Maßnahme - um nur zwei der neuen inflationierten Leerformeln zu gebrauchen -, diesen scheinbaren Nachteil sollte man in berechtigtem Stolz auf das Erreichte und Geieistete in Kauf nehmen.

In diesem Sinne der Jubilarin: ad multos annos!

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

in 8203 Oberaudorf/Bad Tri8I und 8974 Oberstaufen/Aligäu für Kessen- und Privetpetienten

In der Klinik Bad Trißl werden nur Frauen mit Mamma- und Genitalkarzinomen autgenommen, in der Schloßbergklinik Männer und Frauen mit ellen Formen solider Tumoren und Leukämien.

Mit den gesetzlichen Krenkenkassen und Ersetzkessen in Bayern bestehen Ptlegesetzvereinbarungen. Die Unternehmen der Priveten Krankenversicherung gewähren zu den stationären Kosten Zuschüsse.

Anmeldung und Autnahme nach Vorlage eines Erztlichen Befundberichtes ausschließlich über die Arbeitsgemeinschatt zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämptung in Beyern e. V., 8000 München 80, Mühlbaurstreße 16/IV (Ärzteheus Bayern), Telefon (0.89) 47.60 87.

Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschett zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämptung in Bayern e. V. angetordert werden.

Die freien Berufe in unserer sozialen Ordnung*

von Dr. Fritz Pirki

Seit einigen Jahren müssen wir mit Bedauern eine zunehmende Kritik gegenüber unserer gegenwärtigen Wirtschefts- und Gesellschaftsordnung feststellen. Der Sozialen Marktwirtscheft als grundsätzlich freiheitlichen, gleichzeitig aber sozielverpflichteten Wirtschaftsund Gesellschaftsordnung droht aus zweierlel Gründen besondere Gefahr. Erstens, so wird argumentlert, ist unsere freiheitsbezogene Wirtschaftstätigkeit nicht geeignet, eine sozialgerechte Chancengleichheit und gleichmäßige Einkommens- und Vermögensvertellung herbelzuführen und zweltens spricht insbesondere die neue politische Linke der Sozialen Marktwirtschaft die Reformfähigkeit zur Lösung der großen gesellschaftlichen Zukunftsaufgaben sowie die Einführung fortschrittlicher Sozialregelungen ab. Daß diese Entwicklung überhaupt eintreten konnte, ist für viele unerklärlich, zumal wenn man bedenkt, daß die Soziale Marktwirtschaft sich als beste aller bisher praktizierten Wirtschafts- und Gesellschaftsordnungen erwiesen hat.

In diese gesellschaftspolitische Auseinandersetzung sind die freien Berufe deshalb mit einbezogen, da die entscheidenden Merkmale ihres Berufsstandes wie

Entscheidungsfreiheit in der Ausübung des Berufes Unabhängigkeit in der Berufsstellung

Qualifikation der beruflichen T\u00e4tigkeit in Form pers\u00f6nlicher und geistiger Leistungen

sowie der Dienstleistungsbereich als Ihr Hauptbetätigungsgeblet

euf Dauer nur im Rahmen einer freiheitlich gestalteten Wirtschafts- und Sozialordnung gesichert werden können. Auch Ich bin mit vielen Mitbürgern der Meinung, daß die Soziale Marktwirtschaft auf die Dauer nur erhalten werden kann, wenn Steat und Wirtschaft gemeinsam gesellschafts- und sozialpolitischen Problemen grundsätzlich gleiche Bedeutung beimessen wie wirtschafts- und finanzpolitischen Fragen, Ich möchte auch nicht verhehlen, daß in unserer politischen Rangordnung wirtschaftliche Fragen viel zu lange dominiert haben und gesellschaftspolitischen Fragen nicht jene Bedeutung beigemessen worden ist, die ihnen in unserer rasch fortschreitenden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung zwangsläufig zukommen. Es darf also in Zukunft bei unserer Wirtschaftsund Gesellschaftspolitik nur darum gehen, das Prinzip der wirtschaftlichen Freiheit mit dem des sozialen Ausgleichs für alle optimal zu verbinden. Konkreter ausgedrückt bedeutet dies, daß wir uns einerseits mit Nachdruck für die volle Erhaltung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, beginnend bei den freien Berufen,

Dem gesellschaftspolitischen Veränderungsprozeß unserer Zeit können sich euch die freien Berufe als wesentliche Funktionsträger unserer freiheltsbezogenen Wirtschafts- und sozialgestalteten Gesellschaftsordnung nicht entziehen. Es ist ganz natürlich, daß als Folge des fortschreitenden Strukturwandels euch bei den freien Berufen der Wunsch und die Notwendigkeit nach stärkerer sozialen Sicherheit, d. h. zur Absicherung der Wechsellagen des Lebens, Immer dringender werden. Dieses verstärkte Sicherheitsbedürfnis wird besonders durch eine starke Minderschätzung der geistigen Arbeit in der Industriegesellschaft genährt. Darüber hinaus räumt unsere Gesellschaft den freien Berufen nicht jenen Raum ein, den sie zur Erhaltung und Sicherung Ihrer Existenz so dringend brauchen. Eine nach Massenproduktionsgesetzen eblaufende und vollrationalisierte Wirtschaft ist kein günstiger Nährboden für die Verzinsung von geistlgem Kapital und dessen Leistungen auf erwerbswirtschaftlicher Grundlage. Aus diesen soziologischen und ökonomischen Gegebenheiten ableiten zu wollen, die freien Berufe und selbständig Erwerbstätigen weitgehend entbehren oder sie unter stärkere Staatsaufsicht stellen zu können, ist ebenso falsch wie es verfehlt wäre, jedwede freiberufliche Existenz durch Steuermittel schützen und keinerlei Wettbewerb und Veränderungen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zulessen zu wollen. Staet und Gesellschaft müssen vielmehr in ihrer Politik und Wertschätzung die freien Berufe als unentbehrliche Wesenselemente unserer Gesamtlebensordnung enerkennen und hieraus die entsprechenden Konsequenzen ziehen. Politiker, Unternehmer, Arbeitnehmer und aile gesellschaftspolitisch relevanten Gruppen müssen erkennen, daß elle Tendenzen der Reglementierung und Nivellierung unserer Wirtschaft und Gesellschaft die Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit der freiberuflich Tätigen einengt. Wer eine Ausweitung der

den einzelnen Betrieben bis hin zur gesamten Volkswirtscheft einsetzen müssen, andererseits eber euch eile arbeitenden Menschen en dem gemeinsam erwirtschafteten Ertrag zu beteiligen heben. Der CSU-Parteitag Ende September und der CDU-Programm-Perteitag vor ca. drei Wochen haben zu den großen gesellschaftspolitischen Fragen unserer Zelt eine einheitliche soziale Strategie und eine längerfristige Konzeption entwickelt. Wir haben damit unseren politischen und gelstigen Standort deutlich gemacht und versuchen nun, für unser zukunftsorientiertes Progremm brelteste Schichten unseres Volkes sowle die sie vertretenden Verbände und Organisetionen zu gewinnen, um kollektivistische, enonyme und fremdbeeinflußte Regelungen von allen Bereichen unseres wirtschaftlichen und sozialen Lebens fernzuhalten.

^{*)} Rede des Gayerischen Staetsministers für Arbeit und Sozielordnung vor dem Verbend Freier Gerufe in Gayern e.V. em 5, Dezember 1973 in München

mgitis und Tonsillitis

Wenn's um den Hals frubienzym

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

Frubienzym® wirkt bakterizid; sein Lysozym hat virushemmende Eigenschaften²) die Infektionen im Hals sind meist virusbedingt1).

Außerdem ist Frubienzym® entzündungshemmend²): Halsschmerzen, Rötung und Schwellung gehen zurück.

Dabei ist Frubienzym® gut verträglich; Nebenwirkungen und Resistenz sind kaum zu befürchten¹).

Zusammensetzung:

Lysozym Papain Bacitracin

5 2 mg 200 i.E.

Anwendung/Dosierung:
Täglich 2 – 8 Tebletten, je nech
Schwere der Krankheit. Tabletten im
Munde zergehen lassen:
nicht schucken, nicht lutschen,

nicht kauen.

Alle Infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehendlung bei chirurgischen Ein-

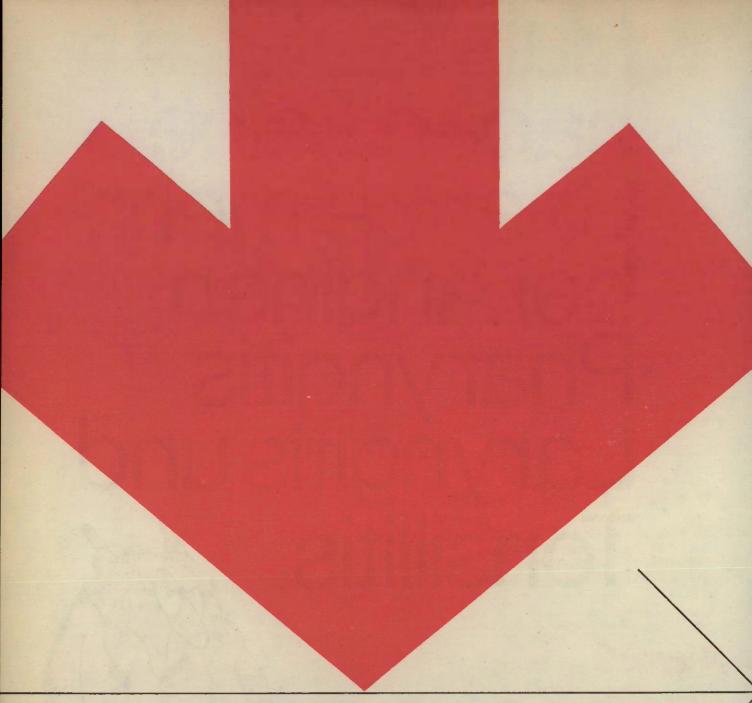
Nebenwirkungen: tretenbiaherwederim Tierexperimant noch in mehrjähriger prektiacher Anwendung aut.

Packungsgrößen/Preise:

OP zu 24 Tabletten == DM 4,90
AP zu 240 Tabletten == DM 32,65 Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antiblotica Fibel, 1965 2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arz-neim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969),

OIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH



Elfanex

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

Zusammensetzung

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralezin + 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kallum-chlorid retard pro Dragée

Indikationen

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

Kontraindikationen

Sulfonemid-Oberempfindlichkeit, Coma hepa-

ticum, therapieresistente Hypokaliāmie, Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige Koronarskierose.

Doslerung

Durchschnittlich 1-2maf tägfich 1 Dragée. Falls erforderlich, kann die Dosis vorübergehend erhöht werden, bis der Blutdruck auf den gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaitungsdosis 1--2 Dragées täglich.

Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z.B. Im Straßenverkehr – beeinflußt werden. Bel Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohfenhydratstoffwechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich. Sollten trotz der Behendtung mit ELFANEX stärkere Kallummangelzustände auftreten, ist eine zusätzliche medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kallumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise

20 Dragées DM 5,15 50 Dragées DM 11,95 Anstaltspackungen politischen Freiheit und eine stärkere Demokratisierung von Wirtschaft und Gesellschaft fordert, muß auch bereit sein, einen wirtschaftlichen Freiheitsraum zu schaffen, in dem schöpferische Initiative und Unabhängigkeit der Berufstätigkeit auf Dauer möglich sind. Ich glaube, es bedarf keiner besonderen Erwähnung, daß alle wesentlichen Impulse für die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung gerede von den Selbständigen und freiberuflich Tätigen ausgegangen sind, und daß auch heute Privatinitiative, Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit der Selbständigen die wichtigsten Antriebskräfte für den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt darstellen. Besonders im Hinblick euf die starken Ideologisierungstendenzen unserer Zeit sind die freien Berufe ein wichtiger Garant für die Sicherung eines für die gesamte Gesellschaft lebensnotwendigen Freiheitsraumes, da gerade die Selbständigen sich jedem Prozeß der Gleichschaltung am stärksten widersetzen. Dieser Gesichtspunkt allein Ist Grund genug, die selbständigen und freien Berufe gegenüber anderen Gruppen der Gesellschaft nicht zu benachteiligen. Daneben gabe es auch ohne die spezifischen Leistungen der freien Berufe gerade in unserer vornehmlich auf Produktion und Konsum ausgerichteten Leistungsgesellschaft einen starken Mangel an sozialem Gehalt in unserem Gemeinwesen. Ein klares Bekenntnis zu dieser sozialen Leistungsbereitschaft und die Förderung der pluralen Struktur unseres wirtschaftlichen und sozialen Lebens Ist ein wesentlicher Bestandteil der Politik der Bayerischen Staatsregierung. Auch In Zukunft muß es darum gehen, in offener freimütiger Erörterung den Standort der freien Berufe In unserer Gesellschaft zu sichern, und damit die Voraussetzungen für ihre berufliche Unabhängligkeit und personliche Verantwortung zu gewährleisten. Durch ihre Tätigkeit leisten dle freien Berufe einen entscheidenden Beitrag zur Erhaltung eines für alle Bürger notwendigen Freiheitsraumes. In unserer Massengesellschaft ist der einzelne auf sich gestellt und nicht in der Lage, diesen lebensnotwendigen Bereich zu schützen. Der Bürger bedarf zur Wahrnehmung seiner Interessen und zum Schutz seiner Rechte der besonderen Hilfe innerlich unabhängiger und nur ihrem Wissen und Gewissen verpflichteter freier Berufe.

Dieser mit kurzen Worten aufgezeigte gesellschaftspolitische Rahmen bleibt eber nur dann gewährleistet,
wenn Staat und Wirtschaft nicht ständig durch unrealistische Reformprogramme in der Absicht überfordert
werden, den erwerbs- und privatwirtschaftlichen Betätigungsbereich insgesamt zugunsten einer stärkeren öffentlichen Kontrolle einzuschränken. Ist es verwunderlich, daß sich durch eine solche bewußtseinsverändernde Reformbewegung auch das Bild und die
gesellschaftliche Wertschätzung der freien Berufe und
der Selbständigen schlechthin, d. h. die Einstellung
weiter Teile der Öffentlichkeit gegenüber den Aufgaben und der Rolle aller Selbständigen, geändert hat

und das Schlagwort vom privaten Reichtum und der öffentlichen Armut zunehmend die Diskussionen beherrscht?

Die Bayerische Staatsregierung bekennt sich zu einer breiten sozialen Absicherung und Daseinsvorsorge für den Bürger, tritt aber andererseits ebenso nachhaltig für das Leistungsprinzip als treibende Kraft des wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts ein. Ich bin auch der Meinung, daß eine Leistungsgesellschaft nicht ausschließlich einem wirtschaftlichen Quantitätsdenken, einem zweifelhaften Konsumstreben und einer Vergötterung des Wohlstandes dienen soll und darf. Aber, wir haben von der Realität auszugehen und anzuerkennen, deß ohne wirtschaftliche Leistung weder soziale Verbesserungen noch gesellschaftlicher Fortschritt möglich sind. Neben der Tatsache, daß die Arbeitnehmer nur durch wachsende Leistungskraft der Wirtschaft in noch stärkerem Maße an der Wohlstandssteigerung teilnehmen können, benötigen wir vor allem zur Beseitigung der Umweltschäden, sozusagen zur Verbesserung der Qualität des Lebens, ein angemessenes wirtschaftliches Wachstum, Das Schlagwort vom privaten Reichtum und der öffentlichen Armut beruht bekanntlich auf der These des amerikanischen Nationalökonomen GALBRAITH, der vor ca. 15 Jahren in seinem Buch "Gesellschaft in Überfluß" zum Ergebnis kommt, daß in den Industriestaaten des Westens ein soziales Ungleichgewicht zwischen dem privaten Sektor und dem öffentlichen Sektor bestehe. Diesem Schlagwort liegt die Forderung zugrunde, der Staat solle in stärkerem Maße als bisher lebenswichtige Gemeinschaftsaufgaben übernehmen, höhere Sozialleistungen gewähren und für alle sozialen Schichten bessere Bildungsmöglichkeiten schaffen. CSU/ CDU wenden sich nicht grundsätzlich gegen die Forderung nach echter Verbesserung der Lebensqualität usw., sie haben jedoch Immer darauf hingewiesen, daß eine Verwirklichung all der geforderten Maßnahmen und Vorhaben nur über eine Erhöhung der Staatsquote, d. h. eines höheren Anteils des Staates am Sozialprodukt, und einer Erhöhung der Steuerlastquote, d. h. durch eine allgemeine Anhebung der Steuern und Abgaben, möglich sind. Bereits gegenwärtig liegt der Antell des Staates em Sozialprodukt In der Bundesrepublik (ca. 900 Milliarden DM) mit 40% und einer Steuerlastquote von 24% schon ohnehin relativ hoch. Das Beispiel Schweden zeigt, daß eine hohe Staatsquote von ca. 43/44% und eine Steuerlastquote von ca. 30% den wirtschaftlichen Leistungswillen, die private Initiative und die Risikobereitschaft in einem Maße hemmen, daß die dortige sozialdemokratische Regierung im Interesse der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der schwedischen Volkswirtschaft bestrebt ist, die öffentliche Kontrolle des Sozialprodukts nicht weiter auszudehnen, sondern diese sogar einzuschränken. Es ist, ebenso wie in Schweden, zu befürchten, daß eine auf Umvertellung zum öffentlichen Sektor hin gerichtete Politik in

Deutschland ähnliche negative Wirkungen hervorrufen wird. Deshalb stehen CDU und CSU jeder stärkeren öffentlichen Kontrolle des Sozialproduktes skeptisch bis ablehnend gegenüber, da dies zwangsläufig zu einer Erhöhung des staatlichen Dirigismus führen und die privatwirtschaftliche Erwerbssphäre einschränken würde. Auch ist in einer solch fortschreitenden Entwicklung die Gefahr zu sehen, daß der Leistungswille der Arbeitnehmer, Unternehmer und freiberuflich Tätigen geschwächt, das Maß an persönlicher und wirtschaftlicher Freiheit eingeschränkt und unsere Wirtschaftsordnung in ihrer Existenz bedroht wird. Ich bin der Auffassung, daß man an eine Erhöhung der Staatsquote und der Steuerlastquote erst dann ernsthaft denken kann, wenn präzise Vorstellungen darüber vorliegen, wofür dieses Mehr an Sozialprodukt und Steuern im Einzelfall ausgegeben werden soll. Der allgemeine Hinweis der sozialliberalen Koalition, daß damit längst fällige Reformen zu finanzieren seien, genügt bei der Behandlung dieser wichtigen Probleme nicht.

Von dieser Gesamtentwicklung wird nicht nur die unternehmerische Wirtschaft, sondern auch die freien Berufe und ihr erwerbswirtschaftlicher Betätigungsbereich beeinflußt. Bedauerlicherweise wird heute das Bild der freiberuflich Erwerbstätigen in weiten Teilen der Öffentlichkeit gleichgesetzt mit unseriösen Geschäftemachern. Demgegenüber wird die unverzichtbare volkswirtschaftliche Funktion und die gesellschaftliche Rolle der selbständig Tätigen von gewissen Kreisen bewußt Ignoriert und außer acht gelassen. Ich möchte demgegenüber feststellen, daß unsere Wirtschafts- und Sozialordnung ohne die freiberuflich und selbständig Tätigen mit ihrem geistigen Kapital, den Eigenschaften wie Kreativität, Fähigkeit zu neuen Kombinationen, Leitungs- und Lenkungsfunktionen, Augenmaß für wirtschaftliche Realitäten, Einsatzfreude und Risikobereitschaft weder denkbar noch funktionsfähig wäre. Die freiberuflich Tätigen sind dadurch der Garant der Versorgung unserer Gesellschaft mit lebenswichtigen Dienstleistungen und die unverzichtbaren Wegbereiter für die Verbesserung der Lebensund Arbeitsbedingungen sowie für die Sicherung des Wohlstandes breitester Schichten unseres Volkes sowohl heute als auch morgen.

Bei den aktuellen Problemen der freien Berufe steht gegenwärtig die Diskussion um die zukünftige Gestaltung des Gesundheitswesens sehr stark im Vordergrund. Da und dort wird ganz offen darüber diskutiert, ob denn nicht eine Systemänderung in Richtung Gesundheitszentrum das unabdingbare Gebot der Stunde sel. Die Befürworter einer solchen Veränderung unserer Krankenhäuser in Richtung Gesundheitszentren, in denen alle ärztlichen Versorgungsleistungen geboten werden können, glauben damit endlich ein Mittel der bestmöglichen Organisation und gegen die spürbaren Kostensteigerungen gefunden zu haben. Ganz abgesehen davon, daß die Beweise für diese

Argumente noch ausstehen, ist man versucht, mit Professor Werner HEISENBERG zu sagen, "daß Zweckmäßigkeit überhaupt kein Wert ist, sondern die Wertfrage sich nur um eine Stelle verschiebt, nämlich zu der anderen Frage: Ist der Zweck wertvoll, dem die betreffenden Erkenntnisse und Möglichkeiten gemäß sind, dem sie dienen sollen?"

Man muß klar erkennen, daß die Forderung nach Errichtung von Gesundheitszentren an die Wurzel des freipraktizierenden Arztes geht. Nehmen wir z. B. den Fall, ein solches Gesundheitszentrum böte sämtlichen niedergelassenen Ärzten der Umgebung Labor, Röntgen, Physikalische Therapie usw. an und dies zum Selbstkostenpreis, zu einem Preis, der in der freien Praxis nicht erreichbar ist, so gerät der freipraktizierende Arztin eine Abhängigkeit zu diesem Gesundheitszentrum. Diese Abhängigkeit würde noch um ein Vielfaches stärker werden, wenn damit gleichzeitig die Aufnahme in ein dazugehörendes EDV-Verbundsystem verbunden wäre. Auch wenn man entsprechende private Institutionen demonstrativ weiter bestehen lassen würde, ändert dies wenig an der eingetretenen zentripetalen Sog-Situation. Ich gebe zu, daß eine solche Konzeption für den unkundigen oder oberflächlichen Betrachter auf den ersten Blick bestechend erscheinen muß und seine Wirkung nicht verfehlen wird. Man muß sich jedoch unter allen Umständen darüber im klaren sein, daß eine solche medizinisch-technische Abhängigkeit aller oder der meisten freipraktizierenden Ärzte in der Umgebung eines derartigen Gesundheitszentrums zu einer Abhängigkeit führen würde, die einen tiefgreifenden Einbruch in die Freiberuflichkeit schlechthin darstellen würde, mit der Folge ähnlicher Auswirkungen In anderen Bereichen der freien Berufe.

Ich glaube, es Ist die Pflicht eines redlichen Sozialministers, deutlich festzustellen, daß sich hier ein Scheideweg für den freipraktizierenden Arzt abzeichnet. Hierauf gibt es nur eine Antwort: Unser derzeitiges System der ambulanten Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte — mag es auch international gesehen unbestreitbar sehr gut sein — muß ständig verbessert werden und dies sowohl quantitativ als auch qualitativ. Zu den qualitativen Gesichtspunkten fertschritte in der Praxisorganisation, wie Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Reduzierung von Wartezeiten, sowie die Frage des Mittwoch- und Wochenenddienstes sowie der Urlaubsvertretung usw.

Was die quantitative Verbesserung der Versorgung unserer Bevölkerung durch freiberufliche Ärzte anbetrifft, so komme ich zwangsläufig zu dem mit der unscharfen Formulierung "ärztliche Versorgung auf dem Lande" bekannten Problem. Angesichts der rund 90% igen Zugehörigkeit unserer Bürger zur sozialen Krankenversicherung ist hier in erster Linie die Kassenärztliche Vereinigung angesprochen. Sie wissen, daß wir seit Jahren in enger Zusammenarbeit

Allopurinol 100 mg

50 Dragees zum Einnehmen

Der Harnsäure-Hemmer Senkt den Harnsäurespiegel Löst Harnsäuresteine Schutz und Dauerbehandlung Hyperurikärnie, Gicht, Harnsäuresteine Allopurinol der Hamsäure-Hemmer

Zusammensetzung pro Dragee

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

Indikationen

Hyperurikämie, Gicht, Arthritis urica, harnsaure Diathese, Harnsäuresteine

Kontraindikationen

Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen

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

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

Handelsformen

Packung zu 50 Dragees DM 29,80 Klinikpackung zu 250 Dragees

mit Herrn Professor SEWERING bemüht sind, gemeinsam die Attraktivität von Arztpraxen außerhalb der Ballungszentren unseres Landes zu stelgern. Diese Bemühungen waren und sind nicht ohne Erfolg, obgleich es sich keiner von uns erlauben könnte, das Problem etwa als gelöst zu betrachten. Selbst wenn die Durchschnittsziffern, d.h. grob gesagt wieviele Ärzte auf wieviele Bürger kommen, gerade für unser Land recht passabel erschelnen, dürfen wir eng lokale Probleme darüber nicht vergessen. Mit anderen Worten: Was nützt es dem Bürger, wenn die eben erwähnte Arztquote in dem Großlandkreis, in dem er wohnt, gar nicht so negativ ist, die notwendig rasche Erreichbarkeit des für sein Leiden erforderlichen Arztes gleichwohl aber nicht gewährleistet ist, oder z. B. die vorhandenen Ärzte überwiegend ein Lebensalter erreicht haben, das ihre Einsatzfähigkeit auch bel größter Opferbereitschaft erheblich reduziert. Wir können uns auch nicht auf den Umstand hinausreden, daß eine Reihe anderer Berufe ebenfalls ungleich über das Land verteilt sind. Der Arzt ist hier von Bedeutung und von der Art seiner Aufgabe her eben nicht einfach mit anderen Berufen vergleichbar, mögen jene noch so notwendig sein.

Dem steigenden sozialen Sicherheitsbedürfnis der selbständig Tätigen wurde durch das Rentenreformgesetz vom 16. Oktober 1972 weitgehend Rechnung getragen. Bei diesem Gesetz, mit dem das Recht des persönlichen eigenverantwortlichen Eintritts in die Rentenversicherung begründet wird, können Selbständige unter drei Möglichkeiten wählen:

- Anmeldung zur Pflichtversicherung ab Antrag mit allen Konsequenzen der regelmäßigen Beitragsabführung je nach Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit jährlich DM 27 600,--,
- die Entrichtung freiwilliger Beiträge nach eigenem Gutdünken in hohen oder niedrigen Klassen, regelmäßig oder in unregelmäßigen Abständen und
- den Verzicht auf Eintritt in die Schutzgemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherten.

Allen Selbständigen und Freischaffenden, nämlich Rechtsanwälten, Notaren, Ärzten, Steuerberatern, Steuerbevollmächtigten, Wirtschaftsprüfern, Architekten, Journalisten, Schriftstellern, Handelsvertretern usw., um nur einen Teil dieser Berufe zu nennen, stehen somit die Tore der Landesversicherungsanstalten und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zum Eintritt offen.

In vielen Fällen wird mit der Nachentrichtung von Beiträgen das Recht auf Zahlung einer sofortigen Rente verbunden sein. Es geht dabei vielfach nicht nur um den Rentenanspruch, sondern z. B. auch um das Recht auf kostenfreie Krankenversicherung als Rentner, den Kinderzuschuß von über DM 100,— im Monat pro Kind, um die Übernahme der Kosten für teure Heilkuren, eine dynamisierte Rente und schließlich auch um den Hinterbliebenenanspruch. Bedauerlicherwelse hat das Rentenreformgesetz vom Oktober

1972 keine Lösung der steuerrechtlichen Probleme gebracht. So z. B. Ist noch nicht verwirklicht, daß die Beiträge der Selbständigen zur Rentenversicherung die gleiche einkommenssteuerliche Förderung erfahren wie die der Arbeitnehmer. Ich halte es für dringend notwendig, daß im Rahmen des finanziell Möglichen aus Bundesmitteln bedürftigen älteren Selbständigen, die insbesondere durch den wirtschaftlichen Strukturwandel geschädigt worden sind, im Rahmen der "Stiftung für die Alterssicherung älterer Selbständiger" eine wirksame Hilfe bei der Nachentrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung gewährt wird. In bezug auf die "Stiftung für die Alterssicherung älterer Selbständiger" ist insbesondere an die Bundesregierung zu appelieren, diese Einrichtung finanziell so auszustatten, daß damit alle wesentlichen Härtefälle für freiberuflich und selbständig Tätige erfaßt und großzügig erledigt werden können.

Des weiteren sind die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen zur Steuerreform und Vermögensbildung für die freien Berufe und selbständig Tätigen unbefriedigend. Besonders zu bedauern ist, daß die Förderung der Vermögensbildung an relativ niedrig bemessene Einkommensgrenzen gebunden werden soll. Dadurch kommen viele selbständig Tätige und Freiberufliche nicht in den Genuß der staatlichen Sparförderung mit der Folge, daß die Chancen der Vermögensbildung sich ungleich verteilen. Des weiteren würde die Steuergerechtigkeit es erfordern, daß die freiberuflich Tätigen für jedes Jahr ihrer langen Ausbildungszeit einen Tarifabschlag deshalb erhalten, weil sich bei der langen qualifizierten Ausbildung ihr Lebenszeiteinkommen auf eine erheblich kürzere Berufsausübungszeit zusammendrängt, als dies bei den meisten anderen Berufen der Fall ist. Auch diesen Tatsachen hat die Bundesregierung bei ihren Steuerreformmaßnahmen in keiner Weise Rechnung getragen. Im Grunde ist es sogar so, daß mit den verschärften progressiven Steuertarifen eine längere qualifizierte Ausbildungszeit und damit die höhere berufliche Qualifikation steuerrechtlich sogar bestraft wird. Neben diesen unbefriedigenden steuerlichen Maßnahmen sind besonders die mit den hohen Inflationsraten der letzten Jahre zusammenhängenden Nachteile für die freiberuflich Tätigen hervorzuheben. Bedauerlicherweise sind die freiberuflich Tätigen nicht ohne weiteres in der Lage, die eintretenden Kostenerhöhungen über ihre Preisgestaltung, die Honorare, fortzuwälzen. Ungeachtet dessen erhöhen sich aber von Jahr zu Jahr die Miet- und Personalkosten in einem Maße, daß es bei anhaltender Entwicklung geradezu zu einem wirtschaftlichen Substanzverlust in weiten Bereichen unserer freien Berufe kommen muß. Als besonders sozial unverantwortliche Preisgestaltung ist die abermalige Erhöhung der Postgebühren für Mitte nächsten Jahres zu nennen. Ab 1974 kosten dann wichtige Leistungen der Bundespost zweibis dreimal so viel wie 1965, obwohl die Leistungen der Post nachweislich schlechter geworden sind. Dies trifft besonders in starkem Maße auch die auf öffentliche Übermittlung angewiesenen freien Berufe und daneben euch unsere alten, kranken und hilfebedürftigen Mitbürger. Eine abermalige Erhöhung der Postgebühren, wie für 1974 vorgesehen, ist unverantwortlich und wird von der Bayerischen Staatsregierung mit aller Entschiedenheit abgelehnt.

Ich bin der festen Überzeugung, daß die zuküntigen Entwicklungsmöglichkeiten der freien Berufe und selbständig Tätigen in jenem Umfang gewährleistet ist, wie es uns gelingt, ein freiheitsbezogenes und individuell gestaltetes wirtschaftliches und gesellschaftliches Klima zu schaffen. Wer den privatwirtschaftlich geprägten und erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Betätigungsbereich einengt, muß sich darüber im klaren sein, daß er damit die Existenzgrundlagen der freien Berufe und selbständig Tätigen einschränkt und damit langfristig zerstört. Gleichzeitig wird damit die Versorgung der Bevölkerung mit freiberuflichen Dienstleistungen zugunsten kollektivistischer Versorgungsansprüche zurückgedrängt. Angesichts der unter dem Schlagwort "Demokratisierung aller Gesellschaftsbereiche" geführten Diskussion über die Gestaltung unserer Zukunft kann sich heute niemand mehr auf eine neutrale Position zwischen den gesellschaftlichen Fronten zurückziehen. Gesellschaftspolitisches Engagement ist heute notwendig, um die Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit in Beruf und Gesellschaft, den erreichten materiellen Wohlstand und sozialen Fortschritt für alle zu sichern und um jener Politik zum Durchbruch zu verhelfen, In deren Mittelpunkt persönliche Freiheit, soziale Sicherheit, individuelles Eigentum, Startchancengleichheit und Selbstbestimmung stehen. Es geht um die Verwirklichung einer individuell gestalteten und freiheitsbezogenen gesellschaftspolitischen Konzeption, um diese unsere Welt im humanen Sinne fortzuentwikkeln. Nur wenn wir Leistung und Selbstverantwortung zum Mittelpunkt unserer zukünftigen Gesellschaftspolitik machen, wird es uns gelingen, einen optimalen Ausgleich zwischen den vielfältigen Interessen im Sinne des Gemeinwohls herbeizuführen und das Gefühl der Partnerschaft zwischen allen Schichten unseres Volkes zu vertiefen und zu festigen. Der Hauptansatz einer modernen Gesellschaftspolitik kann deshalb nicht die Frage nach der Vermehrung des materiellen Wohlstands sein, sondern muß sich aus qualitativen Aspekten, insbesondere an der Verbesserung der Qualität des Menschseins orientieren. Zum erstenmal in der deutschen Wirtschaftsgeschichte hat der Produktivitätsfortschritt unserer Wirtschaft das Bevölkerungswachstum kräftig überholt mit der Folge eines ständig steigenden Lebensstandardes und Wohlstandes für alle sozialen Schichten. Die negativen Begleiterschelnungen der Industrialisierungsphase sind endgültig zu Ende und wir stehen am Beginn eines Zeitalters - sofern die Energiekrise befriedigend gelöst werden kann -, das eine humanere soziale Zukunft verspricht. Diese Chance gilt es, durch eine qualitative Verbesserung der Lebens- und Wirtschaftsbedingungen zu nutzen.

Wir haben also danach zu fragen,

was mehr Arbeitsfreude und Lebenserfüllung vermittelt.

größere Verantwortung und Entfaltung der schöpferischen Kräfte des Menschen ermöglicht und
den persönlichen Lebens- und Erwerbsraum des
elnzelnen ausweitet und damit die Qualität des
Lebens in seinem Kern verwirklicht.

Diese große Chance, die uns der wirtschaftliche und soziale Fortschritt gibt, kann andererseits aber leicht verspielt werden. Ich bitte daher, auch in Zukunft ebenso wie in der Vergangenheit entschlossen an einer freiheitsbezogenen und sozial ausgestalteten Entwicklung von Staat und Gesellschaft mitzuwirken.

Bend 32 der von der Beyerischen Lendesärztekammer hereusgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Bend enthält die Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Lendesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

"Schnelidiegnostik und Soforttherepie" – "Therapie bei Bluterkrenkungen"
"Psychophermeke" – "Gesundheitsschäden durch Überlestung"

Die Kessenärzte Beyerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen en die Schriftleitung des "Bayerisch Ärzteblattes", 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, unter Belfügung von DM 1,— in Briefmerken als Schutzgebühr, richten.

Untersuchungen über den Verbrauch von Süßstoffen bei Diabetikern*

von H. Mehnert, S. Kleinert und V. HIIble

Mit der Zunahme des Diabetes mellitus haben Fragen der Diät für Zuckerkranke zunehmend an Interesse gewonnen. Präparate werden angeboten, die das Süßungsbedürfnis der Diabetiker befriedigen sollen, ohne einen nachteiligen Einfluß auf den Stoffwechsel auszuüben. Dabei ist zwischen Zuckeraustauschstoffen und Süßstoffen zu unterscheiden. Unter Zuckeraustauschstoffen versteht man Zucker und Zuckeralkohole, wie z. B. Fruktose, Sorbit und Xylit, die den Stoffwechsel des Diabetikers nur unter bestimmten Bedingungen belasten, aber insbesondere wegen ihres Kaloriengehalts Einschränkungen mit sich bringen. Demgegenüber sind Süßstoffe - Saccharin und Cyclamat - praktisch kalorienfrei und daher bei Fettsüchtigen ohne die Gefahr der Gewichtszunahme zu verwenden. In den letzten Jahren sind jedoch wiederholt Zweifel geäußert worden, ob die besonders haufig verwendeten Süßstoffe vom Typ der Cyclamate schädliche Nebenwirkungen aufweisen. Die Möglichkeit von Leber- und Nierenschäden, ein möglicher teratogener Effekt und sogar die Gefahr der Krebsentstehung nach Einnahme von Cyclamat wurden diskutiert.

Beschränkungen im Verbrauch wurden in vielen Ländern aus Sicherheitsgründen angeordnet, wenn nicht sogar ein vollständiges Cyclamatverbot erfolgte. Aber auch die physiologische Unbedenklichkeit des Saccharins wurde neuerdings wiederholt in Zweifel gestellt (Literatur bel [1] und [2]).

Wir hatten uns deswegen zur Aufgabe gestellt, zunächst bei 500 Diabetikern (2) und dann noch einmal ergänzend bei 100 Diabetikern (1) anamnestische Erhebungen über den Verbrauch von Süßstoffen und Zuckeraustauschstoffen durchzuführen. Im einzelnen sollte dabel geklärt werden, inwieweit innerhalb der diabetischen Bevölkerung vor und nach der Manifestation der Zuckerkrankheit ein Süßungsbedürfnis bestand. Angaben über Art und Menge des verbrauchten Süßstoffes oder Zuckeraustauschstoffes sollten mit Daten über Beginn und Verlauf des Diabetes, Lebensalter und Körpergewicht sowie mit Angaben über Zweiterkrankungen korreliert werden. Insbesondere soilte festgestellt werden, ob die Cyclamat und Saccharin verbrauchenden Patienten schädliche Einwirkungen dieses Süßstoffes erkennen ließen bzw. ob eine größere Anzahl dieser Diabetiker die empfohlenen Grenzdosen erreichen oder überschreiten würde.

*) Nech einem Referet, das em 6. November 1973 beim Internetioneien Süßstoff-Symposion in Hennover gehelten wurde.

Methodik der Untersuchungen

Den Patienten wurden Fragebogen vorgelegt, in denen die wichtigsten Fragen zu Anamnese, Lebensalter, Körpergröße, Körpergewicht sowie zur "Süßungsmittelanamnese" enthalten waren. Einzelheiten zur Art der Befragung wurden an anderer Stelle veröffentlicht (1, 2).

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragungen werden in den folgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt. Der Abbildung 1 ist der Verbrauch von Süßstoffen und

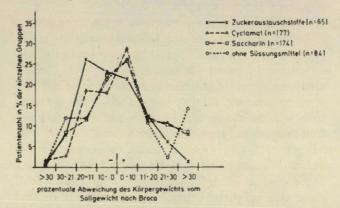


Abbildung 1
Verbrauch von Zuckeraustauschstoffen und Süßstoffen in Abhängigkeit vom Körpergewicht bei 500 Diabetikern

Zuckeraustauschstoffen in Abhängigkeit vom Körpergewicht bei 500 Diabetikern zu entnehmen. Die für Übergewichtige "günstigere" Berechnung des Körpergewichts nach BROCA wurde der Einfachheit halber durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß sowohl Übergewichtige wie auch Untergewichtige ein Süßungsbedürfnis entwickeln und lediglich 84 Patienten ohne Süßungsmittel auskamen. Interessant und später zu

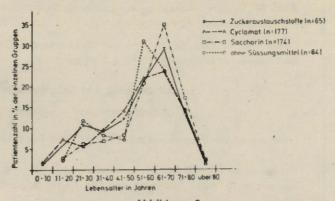


Abbildung 2
Verbrauch von Zuckeraustauschstoffen und Süßstoffen in
Abhängigkeit vom Lebensalter bei 500 Diabetikern

Indikationen:

Normalisierung der gestörten Colon-Funktion; auch bei hepatobilär bedingter Obstipation.

Kontraindikation: Bei den angegebenen Dosierungen sind Kontraindikationen nicht bekannt.

Nebenwirkungen: Keine bekannt.

Zusammensetzung:

Dehydrocholsäure

20,0 mg

Foilicuii Sennae (stand, mit 5 mg Sennosiden A+B) 110,0 mg

Oi. Foeniculi Ol. Carvi

0,2 mg

K. P. 20 Tabletten AVK DM 2,75

O. P. 50 Tabletten AVK DM 5,50

Muster auf Anforderung

Arzneimittel so natürlich wie möglich

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Şüssungsmittel	Geschlecht der Patienten	Zahl der Patienten	Anteit der Übergewichtigen ^{K)}	Anteil der Normal- und Untergewichtigen ****
ahne Süssungsmittet	8	34	47%	53%
	9	50	56 %	44.7/.
Cyclemet	ď	86	57 %	43%
	9	51	62 %	36%
Saccharin	ď	50	50*/*	50 %
	9	64	62 %	38%
Sorbil oder Fructose	ď	28	43%	57%
	8	37	40%	60%

Bei den Dlabetikern "die Zuckeraustauschstoffe (Sorbit oder Fructose) verbrauchen, überwiegt der Anleit der normal- und untergewichtigen Patienten?

Tabelle 1

Verbrauch von Zuckeraustauschstoffen und Süßstoffen in Abhängigkeit vom Körpergewicht bei 500 diabetischen Männern und Frauen

diskutieren ist der Hinweis, daß übergewichtige Patienten mehr zu Süßstoffen als zu Zuckeraustauschstoffen tendieren.

In Abbildung 2 ist das Süßungsbedürfnis — bezogen auf einzelne Altersgruppen — dargestellt. Dabei läßt sich erkennen, daß keine Unterschiede hinsichtlich des Süßungsbedürfnisses bestehen, denn die Kurven, die den Verbrauch von Zuckeraustauschstoffen bzw. Süßstoffen bzw. die fehlende Verwendung von Süßungsmitteln charakterisieren, laufen annähernd parallel.

Tabelle 1 macht noch einmal deutlich, daß der Verbrauch der Zuckeraustauschstoffe Sorbit oder Fruktose bei den Normal- oder Untergewichtigen deutlich größer ist als bei den Übergewichtigen. Eine weitere Erhebung wurde bei den 500 Diabetikern im Hinblick auf den Verbrauch von Cyclamat und das Auftreten von Zweiterkrankungen durchgeführt. Die Ergebnisse gemäß den anamnestischen Angaben der Patienten sind einer umfangreichen Tabelle bei KLEINERT (2) zu entnehmen. Bei weiteren 100 Diabetikern wurde diese Frage von HILBLE (1) im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Saccharinverbrauch und Zweiterkrankung geprüft. Diese Ergebnisse werden wegen

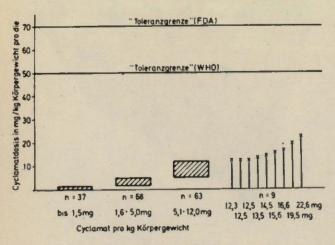


Abbildung 3
Täglicher Cyclamatverbrauch von 177 Diabetikern

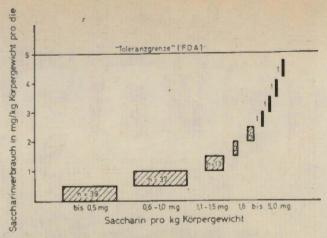


Abbildung 4
Täglicher Saccharinverbrauch von 100 Diabetikern

der kleinen Zahl der Patienten hier nur kurz erwähnt und nicht im einzelnen wiedergegeben.

Abbildung 3 läßt den überraschend niedrigen durchschnittlichen Cyclamatverbrauch der befragten Diabetiker erkennen.

Abbildung 4 bringt die gleiche Auswertung für 100 Diabetiker, die Saccharin verwenden.

Diskussion

Von 500 Diabetikern hatten nur 84 Patienten des unausgewählten Kollektivs keineriei Bedürfnis nach Süßstoffen oder Zuckeraustauschstoffen (Abb. 1). Überwiegend wurden Süßstoffe verwendet, und zwar gleich viel Cyclamat (177 Patienten) und Saccharin (174 Patienten). Dabei ist zu bedenken, daß in der Cyclamat-Gruppe auch jene Diabetiker berücksichtigt wurden, die neben Cyclamat auch Saccharin oder Zuckeraustauschstoffe verbrauchen. Die Forderung, Diabetiker sollten am besten überhaupt keine Süßungsmittel verwenden, dürfte kaum zu verifizieren sein. Auch die Behauptung, daß ein großer Teil der Diabetiker eine Aversion gegen Süßigkeiten entwickelt, ist offensichtlich falsch. Gemäß unseren Untersuchungen würde diese Behauptung höchstens auf ein Sechstel der Diabetiker zutreffen. In Wahrheit dürfte der Anteil aber noch geringer sein, da sicherlich nicht wenige Patienten entgegen der Diätvorschrift gewöhnlichen Zucker verwenden und deswegen weder Süßstoffe noch Zuckeraustauschstoffe benötigen. Die Bevorzugung der Süßstoffe gegenüber den Zuckeraustauschstoffen überraschte und dürfte darin begründet sein, daß Süßstoffe kalorienfrei und somit für Fettsüchtige eher zu empfehlen sind.

Abbildung 2 läßt — ebenso wie Tabelle 1 — erkennen, inwieweit das Körpergewicht der Patienten den Verzehr der Süßungsmittel beeinflußt. Auch bei der von uns vorgenommenen groben und für Übergewichtige zu günstigen Einteilung nach BROCA ist erkennbar, daß Diabetiker, die Süßstoffe einnehmen, ein höheres Körpergewicht aufweisen als diejenigen, die Zuckeraus-

Norpergewicht grösser als Sallgewicht nach Broca

tauschstoffe bevorzugen. Weiterhin wurde enalysiert, welche Beziehungen zwischen dem Verbrauch von Zuckeraustauschstoffen und Süßstoffen in Abhängigkeit vom Lebensalter bestehen. Dabei zeigte sich kein Unterschied Im Hinblick auf die einzelnen Altersgruppen. Auch das Süßungsbedürfnis ist offensichtlich nicht an ein bestimmtes Lebensalter fixiert, da sich In allen Altersgruppen etwa gleich viel Patienten fanden, die auf Süßungsmittel verzichten konnten.

Bei der Analyse von Zweiterkrankungen von Diabetikern, die Cyclamat und Saccharin eingenommen haben, wurde ein Vergleich vorgenommen mit solchen Diabetikern, die niemals diese Süßstoffe zu sich genommen haben. Hierbei handelt es sich um zwei retrospektive Studien an relativ wenig Patienten. Die Aussagekraft ist deswegen beschränkt. Erstaunlicherweise ist bei allen aufgeführten Krankheitsgruppen der Anteil der Cyclamat-Patienten deutlich geringer els der der anderen Diabetiker. Weder die Krankheitsdauer noch das Lebensalter schienen dabel eine Rolle zu spielen. Zumindest nach den Ergebnissen dieser Studie ist ein nachteiliger Effekt des Cyclamats also nicht zu beobachten. Interessant ist dabei, daß es sich bei den Cyclamat verbrauchenden Diabetikern überwiegend um solche gehandelt hat, die die Süßstoffe länger als ein Jahr eingenommen haben. Für eine Schädlichkeit der Cyclamate im Hinblick auf die Entstehung von Herz- und Gefäßerkrankungen, Störungen der Leber- und Nierenfunktion, der Blutbildung und am Magen-Darm-Trakt sowle im Hinblick auf das Auftreten bösartiger Tumoren ergab sich kein Anhalt. Diese Ergebnisse werden ergänzt durch Untersuchungen von ZÖLLNER und SCHNELLE (3), die unter hohen Cyclamatgaben auch im Langzeitverbrauch keine Leber- und Nierenschäden feststellten. Einige Zahlen unserer Ergebnisse seien herausgegriffen: In die Kategorie "Herzerkrankungen", die sehr weit gefaßt war und z. B. geringfügige EKG-Veränderungen einschloß, war ein Drittel der Cyclamat-Patienten einzustufen im Vergleich zu 58% der Diabetiker, die niemals Cyclamat genommen hatten. Fast die gleiche Relation ließ sich bei der Befragung von Patienten ermitteln, die über die Erkrankung der Koronarien hinaus andere Gefäßschäden aufwiesen.

Bei den Patienten mit einer "Leber- und Gallenanamnese" war die Relation wie 27%: 40%, bei den "Nierenkranken" wie 15%: 23%. Bei Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen, Blutkrankheiten und Tumoren waren die Zahlen zu klein, als daß man daraus hätte eine Aussage machen können. So befanden sich unter den 177 Cyclamat-Patienten nur zwel, bei denen eine Tumoranamnese bestand, während es unter den 322 Patienten, die zum Vergleich dienten, allerdings immerhin 27 waren. Die besonders interessierende Frage der Häufigkeit von Blasenkrebs sollte gezielt mit epikritischen Untersuchungen in urologischen Kliniken bearbeitet werden. Auch bei den Diabetikern, die Saccharin zu sich nehmen, ließen sich

keine auffälligen Beziehungen zu anderen Krankheiten erkennen, da die Prozentsätze noch niedriger als bei den Cyclamat-Patienten lagen (1). Es muß aber nochmals ausdrücklich betont werden, daß die Befragungen lediglich ein sofort erkennbares ungünstiges Resultat ausschließen, deswegen aber noch nicht geeignet sind, ein endgültiges Urteil zu dieser wichtigen Frage zu erlauben.

Die wohl wichtigste Frage unserer Studie war die nach dem durchschnittlichen täglichen Cyclamat- und Saccharinverbrauch. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 und Abbildung 4 wiedergegeben. Bei 37 der 177 Cyclamat verbrauchenden Diabetikern betrug die tägliche Dosis bis zu 1,5 mg/kg Körpergewicht. Bei 68 Patienten wurde eine Dosis zwischen 1,5 bis 5 mg/kg Körpergewicht ermittelt. 63 Diabetiker verbrauchten zwischen 5 bis 12 mg/kg Körpergewicht und lediglich neun eine höhere Dosis. Bekanntlich entzündete sich der Streit um eine mögliche Toxizität der Cyclamate gerade auch an der Festlegung und möglichen Überschreitung von Toleranzgrenzen. Die seinerzeit von der American Food and Drug Administration angegebene Grenzdosis von 70 mg/kg Körpergewicht bzw. die von der Weltgesundheitsorganisation als tägliche akzeptable Dosis angegebene Menge von 50 mg/kg Körpergewicht wurden bei weitem nicht erreicht. Selbst der Diabetiker mit dem höchsten Cyclamatverbrauch nahm nicht einmal die Hälfte der gemäß der WHO-Empfehlung zulässigen Höchstdosis; er nahm im Durchschnitt 22,6 mg/kg Körpergewicht Cyclamat täglich zu sich. Erfreulicherweise zählten euch die bei der Befragung berücksichtigten 17 diabetischen Kinder und Jugendlichen keineswegs zu den Spitzenverbrauchern der Cyclamate. Ein ähnliches Resultat ergab die Befragung zum Saccharinverbrauch bei 100 Diabetikern. Kein Patient überschritt die Grenze von 5 mg/kg Körpergewicht pro die. Drei Viertel aller Befragten nahmen nicht einmal 1 mg/kg Körpergewicht täglich zu sich, und nur bei drei Befragten lag die Saccharindosis zwischen 3 und 5 mg/kg Körpergewicht pro die.

Zusammenfassung

Bei 500 Diabetikern wurden Erhebungen über den Verbrauch von Süßstoffen und Zuckeraustauschstoffen durchgeführt. Nur 84 Patienten hatten keinerlei Bedürfnis nach der Verwendung von Süßungsmitteln. Überwiegend wurden Süßstoffe verwendet. Diese Zahlen sprechen gegen eine Aversion der Zuckerkranken gegenüber Süßigkeiten und für die Berechtigung, Diabetikern einen ädaquaten Süßigkeitsersatz zu beschaffen. Die Bevorzugung der Süßstoffe war bemerkenswert und hängt offenbar damit zusammen, daß diese Substanzen — im Vergleich zu Zuckeraustauschstoffen — kalorienfrei sind. Damit stimmt überein, daß übergewichtige Diabetiker mehr als andere Patienten Süßstoffe verwenden.

Bei Diabetikern, die Cyclamat oder Saccharin nehmen, ließen sich keine Hinwelse dafür erkennen, daß bestimmte Zweiterkrankungen gehäuft auftreten. Dies betraf Herz-, Gefäßerkrankungen, Leber-, Gallen- und Nierenkrankheiten und - bel allerdings geringer Zahl auch Tumoren.

Der durchschnittliche Cyclamatverbrauch der befragten Patienten ist außerordentlich gering. Nur neun der 177 Patienten nahmen mehr als 12 mg/kg Körpergewicht pro die zu sich, wobei der Spitzenwert eines einzelnen Patienten bel 22,6 mg/kg Körpergewicht pro die lag. Besorgnisse hinsichtlich einer Cyclamatüberdosierung sind demnach nicht berechtigt.

Ähnliche Bedingungen ergaben sich für den Saccharinverbrauch, der bei drei Viertel der Befragten unter 1 mg/kg Körpergewicht pro die und bei allen Patienten unter 5 mg/kg Körpergewicht pro die lag.

Literatur

(1) HILBLE, V.: Untersuchungen über den Verbrauch von Seccharin bei Diebetikern unter Berücksichtigung Toxizităt, Mediz, Ineugurel-Dissertetion,

München, 1972.

(2) KLEINERT, S.: Untersuchungen zum Verbreuch von Süßstoffen und Zuckerausteuschstoffen bei 500 Diebetikern.

Mediz. Ineugurel-Dissertation, München, 1969.

(3) ZOLLNER, N. und Fortgesetzte klinische Untersuchungen SCHNELLE, K .: Frage der Toxizität lengfristiger Geben von Cyclamet bei Petienten mit Leber- und Nierenkrenkhelten. Arzneimittellorschung (Drug Re-

seerch) 19, 914-920 (1969).

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. H. Mehnert, Dr. med. S. Kleinert und Dr. med. V. Hilble, 8000 München 40, Kölner Platz 1

Ex voto

Vorschau zum Thema des 53. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin "Notfalldlagnostik und Notfalltheraple" vom 22. bis 24. März 1974

von A. Schretzenmayr

Blaulicht und Martinshorn, ärztlicher Notdienst, Notfalltelefon, Reanimation und Schockbekämpfung, Intensivstation mit einsatzbereiten Ärzten und Schwestern, mit modernen Maschinen und Geräten - all dies charakterisiert heute die Situation bei vitaler Gefährdung des Bürgers infolge Krankheit oder Unfall. Der Mensch von heute kann sich kaum vorstellen, daß es je anders gewesen sein könnte; ihm ist diese aus ärztlicher Wissenschaft und blotechnischer Perfektion kombinierte Notfallhilfe etwas Selbstverständliches; er "ruft sie an", wann immer er sie braucht und es kommt ihm dabei kaum zu Bewußtsein, daß seine Großeltern, ja vielleicht noch seine Eltern in ähnlichen Notfallsituationen den zuständigen Heiligen "angerufen" haben, um ihn um Hilfe und Fürbitte anzuflehen. Mit Staunen und meist mit einem etwas überlegenen Lächeln betrachtet der Mensch von heute beim zufälligen Besuch einer altehrwürdigen Wallfahrtskirche die dort aufgestauten Votivgaben und Votivtafeln, er amüslert sich vlellelcht über manche kindlich-primitive Darstellung einer Notfallsituation und übersieht dabei ganz, daß all diese Inbrunst der Votivmalerei, der "Marteri" und der Votivgaben, all dieser Glaube an das Wunder, an die Macht der Heiligen, all diese transzendale Mystik an der Stelle dessen steht, was heute Infusionen und Intensivmedizin besser zu können versprechen.

Ist und war das Votivbrauchtum, das man überall in der Welt, aber bei uns im alemannischen und bayerlschen Raum mit besonderer Hingabe beobachtet, ein mittelalterlicher Aberglaube, ein Irrtum und Unsinn, über den der moderne Mensch mit überlegenem Zynismus hinweggehen sollte?

Bevor wir diese Fragen beantworten, sind einige Beispiele zu betrachten, zu analysieren und mit unserem heutigen Wissen in Beziehung zu bringen. Vieileicht entdecken wir im Votivbrauchtum doch etwas mehr als primitive "Kunst", Geschäftstüchtigkeit des Devotionalienhandels und Spiel mit der Gutgläubigkeit des in Not geratenen Menschen.

Votivgaben gibt es wahrscheinlich schon solange wie es Menschen gibt; so manche der berühmten Figuren aus prähistorischer Zeit verdanken ihre Entstehung dem Drang des Menschen, Bitten, Wünsche, Hoffnungen und Dank figürlich, plastisch, bildlich zur Darstellung zu bringen. Wir denken an die "Fruchtbarkeitssymbole" des prähistorischen Menschen, z. B. an die bekannte Willendorfer Venus (Abb. 1) - wahrscheinlich der erste Kunstgegenstand der Welt und an ihre zahlreichen Geschlechtsgenossinnen aus Holz, Ton und Stein, die im Sinne der Votivgabe als Bitte oder Dank für Hilfe in Geburtsnöten oder für die Gewährung von Nachkommenschaft zu deuten sind.

Auf den Votivcharakter solcher prählstorischer Figuren weisen auch Funde von Sanktuarien hin, die bis in prähistorische Zeiten zurückgehen, wie z.B. des Temenos (Heiligtum) von Ayia Irini auf Cypern (Abb. 2). 2000 Votivfiguren stehen im Halbkreis um einen viereckigen Altarstein. Es sind Terrakottafiguren, die überwiegend Männer in Puppengröße bis über Lebensgröße darstellen und die mit starren Augen von der Gottheit des Temenos Hilfe für ihre Nöte fordern.

Es finden sich besonders viele Krieger unter diesen Votivfiguren, gekennzeichnet durch Helme oder neu von Luitpold

Elzym Kapseln

entspannen entkrampfen entblähen

Magen und Darm

Zusammensetzung:

Enzymkonzentrat aus Aspergillus oryzae 120 mg

Protease 126 E nach Willstätter
Cellulase 185 E nach Grassmann
Hemicellulase 64 E nach Grassmann
1,3 E nach Willstätter

Dimethylpolyslloxan 100 mg Aethylpapaverinhydrochlorid 25 mg

Handelsformen und Preise:

20 Kapseln DM 5.90 40 Kapseln DM 11.50 100 Kapseln DM 26.00

Indikationen:

Alle Formen pathologischer Gasansammlungen

im Magen-Darmtrakt

Meteorismus

Spannungs- und Völlegefühl

Aerophagie

Roemheld-Syndrom

postoperativer Meteorismus

Röntgenvorbereitung des Abdomens Vorbereitung zur Gastroskopie

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Literatur sowie Ärztemuster schicken wir auf Anforderung gern.



Abbildung 1

Die "Willendorfer Venus", prähistorische Votivfigur für Hilfe
in allen Geburtsnöten

Schwerter, welch letztere unter den Arm geklemmt getragen werden. Der Votationsanlaß ist dabei nicht erkennbar; die starren kriegerischen Figuren schweigen sich darüber aus, ob das ex voto-Geschenk für den Sieg in der Schlacht und für reiche Beute gegeben wurde, oder ob das Gelübde mit der Fürbitte um Schutz vor Verwundung und um Heilung der Wunden etwas zu tun hat. Wir kommen später nochmals auf diese Fragen zurück.

Eine Soldaten-Votivgabe, auf der expressis verbis "ex voto" (Abb. 3) genannt wird und die in der Römerzeit aufgestellt wurde, geht in ihrem Sinngehalt gleichfalls zurück bis auf die prähistorische Zeit, und zwar auf die protokeltische und keltische Besiedlung unseres schwäbischen Raumes, die etwa um 1000 v. Chr. einsetzt (Hallsteinzeit) und die zwischen 500 v. Chr. und der Eroberung Raetiens durch die Römer (11 v. Chr.) ihren Höhepunkt erreicht (La Tène-Zeit). Die Kelten waren ein hochbegabter indogermanischer Volksstamm mit einer frühzeitlich hohen Kultur und "Religion", in deren Rahmen auch zahlreiche Götter verehrt wurden. Unter diesen spielte der Heil- und Quellgott Grannus eine wichtige Rolle, ursprünglich wohl als Mittler der naturgemäßen Behandlungsmethoden durch heilende Quellen, später als ein dem

römischen Heilgott Apollo Gleichgestellter, in allen Notfällen des Krieges und des Friedens angerufen. Wir finden Grannusheiligtümer dort, wo damals und auch heute noch Heilquellen benutzt werden, z. B. in Aachen, dessen Name "Aquae granis" auf den keltischen Heilgott Grannus zurückgeht.

Auch in unserem alemannischen Raum gibt es ein großes Grannusheiligtum, und zwar in der keltischen Siedlung Ponione, dem heutigen Faimingen (jetzt Stadtteil von Lauingen/Donau). Offenbar auf alter keltischer Tradition basierend, haben die römischen Soldaten in dem zum Schutz von Augusta Vindelicorum (Augsburg) gebauten Kastell Faimingen dem Heilgott einen großen Tempel errichtet, von dem heute nicht nur einige große Quader der Tempelaußenmauern, sondern auch sieben dem Heilgott Grannus dedizierte Votivaltäre erhalten sind. Lesen wir die Inschrift des im Augsburger Römermuseum stehenden und in Abbildung 3 wiedergegebenen Grannusaltars: Dem Apollo Grannus (hat) Sabinius Provincialis aufgrund eines Gelübdes (diese Weihung) gern und freudig nach Gebühr (dargebracht).

Sabinius Provincialis, offensichtlich Besatzungsmitglied des römischen Kastells Faimingen, verrät uns nicht, ob er sein Gelübde dem keltischen Heilgott Grannus wegen einer Verwundung im Kampf gegen

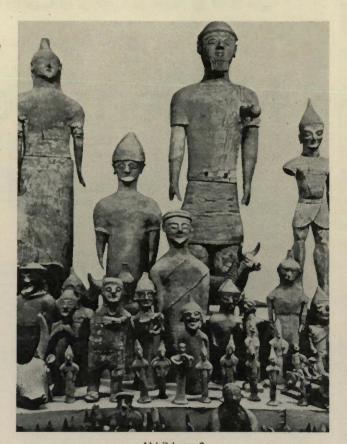


Abbildung 2 Ein Teil der über 2000 Votivstatuetten in dem prähistorischen Sanktuarlum Ayia Irini (Cypern), darunter viele Krieger und Priester



Abbildung 3 "Ex voto"-Altar im Augsburger Römermuseum, dem keltischen Heilgott Grennus gewidmet (aus dem römischen Kestell Ponione, heute Falmingen-Leuingen a.D.)

die Germenen oder als Fürbitte um kriegerische Ehren gegeben hat. Auch der ex voto-Altar im Augsburger Römermuseum bleibt also — so wichtig seine kulturhistorische Bedeutung sonst ist — in dieser Beziehung wortkarg.



Abbildung 4
Unfallchlrurgie: Der häusliche Unfall (Leitersturz)

Um so farbenprächtiger und mitteilsamer ist das christliche Votivbrauchtum, das im 16. Jahrhundert in allen katholischen Ländern einen Höhepunkt erreicht, auch speziell in unserer süddeutschen Heimat viel gepflegt wird und das selbst heute noch nicht ganz ausgestorben ist. Das Votivbrauchtum stellt eine unerschöpfliche, nur teilweise ausgewertete Fundgrube für den Historiker, den Religions- und Kulturwissenschaftler, den Soziologen und Psychologen dar und gibt, soweit medizinische Aspekte betroffen werden, dem Medizinhistoriker, Psychotherapeuten und selbst dem modernen Arzt und Unfallchirurgen so manchen Anreiz und Hinweis.

Für den Mediziner sind die Votiv tafeln, d.h. Bildvotive in Form von Gemälden und Zeichnungen, oft
ergänzt durch erklärende Legenden, am aufschlußreichsten; wir wollen uns deshalb im folgenden auf
diese beschränken. Alle nur denkbaren medizinischen
Notfallsituationen werden auf diesen Votivtafeln zur
Darstellung gebracht, elle Spezialzweige der Medizin
und alle fachärztlichen Disziplinen sind angesprochen:

Die Unfallhellkunde steht natürlich an erster Stelle; der landwirtschaftliche Unfall spielt in den bäuerlichen Gegenden von Bayern und Tirol eine große Rolle, wie Hufschlagverletzungen, Scheuen der Pferde, Sturz vom Heuwagen, Brandverletzungen bei



Abbildung 5

Die Nechfolger der prähistorlschen und römischen Krieger
euf einer Votivtefel von 1854



Abbildung 6 Notfallpädiatrie

Feuer auf dem Bauernhof, Blitzschlag usw. Der häusliche Unfall, z.B. Sturz der Hausfrau von der Leiter. führt zum Anruf des Heiligen Antonius, der auf dem Votivbild (Abb. 4) rechtzeitig erscheint und die Folgen des Sturzes mildert. Auch Votivtafeln, welche Gelübde im Zusammenhang mit dem Krieg darstellen, tauchen In großer Zahl auf. Jetzt geben uns die begleitenden Texte eindeutig Aufschluß über den Votationsgrund: Immer wird das Gelübde für gesunde Heimkehr und für Überleben der kriegerischen Ereignisse (Abb. 5) oder für Heilung einer schweren Verwundung gegeben; Siegeslorbeeren, heroische Leistungen oder andere kriegerische Aspekte sind niemals Gegenstand der Dedikation! Es ist also sehr wahrscheinlich, daß auch die prähistorischen und keltoromanischen Votivgaben für glückliche und gesunde Heimkehr, nicht aber für Ruhm und Ehre auf dem Schlachtfeld der Gottheit dediziert wurden.

Die Notfallpädiatrie ist im Hinblick auf die enorme Kindersterblichkeit der vergangenen Jahrhunderte und die Bedeutung des Nachwuchses für den bäuerlichen Betrieb auf den "Marterln" häufig vertreten; die Bilder zeigen fast immer die Mutter neben der Wiege in der Haltung der Orantin (Abb. 6); die Krankheit des Säuglings ist nur ausnahmsweise



Abbildung 7 Seuchennotfall

zu vermuten, so z.B. bei der Darstellung einer Seuche: von der achtköpfigen Familie (Abb. 7) sind sieben Mitglieder von der Seuche ergriffen und liegen zu Bett; drei Kinder, gekennzelchnet durch ein großes rotes Kreuz in den gefalteten Händen, sind an der Seuche gestorben, die anderen Kinder und die Eltern sind durch den Votationsakt gerettet worden.

Die Notfallaugenheilkunde bringt das Votationsanliegen in einer Form zum Ausdruck, die auch meist für andere erkrankte Körperteile, wie Arme, Beine, Lunge, Brüste usw. gewählt wird, nämlich in Form der bildlichen oder figürlichen Darstellung des gesunden Organs — bei den Augen oft in vielfacher Wiederholung; so zeigt eine besonders eindrucksvolle Votivtafel im Vordergrund das knieende Ehepaar als Votanten und im Hintergrund eine von zwei Kirchenfenstern flankierte Wand, auf welcher 100 Augen aufgemalt sind (Abb. 8). Die Vervielfachung soll offenbar die Dringlichkeit der Fürbitte unterstreichen.



Abbildung 8 Notfallophthalmologie

Die Notfallgynäkologie, -andrologie und Geburtshilfe benutzt einen anderen Symbolmechanismus, um ihre Anliegen bildhaft auszudrücken: Neben der Votantin (Abb. 9) oder dem Votanten wird eine große Kröte abgebildet; die Kröte gilt als Symbol der Erkrankung der Geschlechtsorgane und des Unterleibs sowohl bei der Frau wie beim Mann. Votationsanlaß sind demnach bei der Frau alle Unterleibserkrankungen, angefangen von der



Das ist das 370.942.375. Zäpfchen®Spasmo-Cibalgin compositum der 370.942.375. Therapieeinsatz bei starken Schmerzen und Spasmen

Zusemmensetzung

	Amino- phenazon	Olallyl- berbitur- säure	Trasen- tin®-6H	Codein- phosphat
Oreg.	0,220 g	0,030 g	0.0259	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,060 g	0.050 g	0,040 g

indikationen Krampf- und Schmerzzustände im Bereich der Gellenwege, des Magen-Oarm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenor-

rnoe. Postoperetive und posttraumetische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zehnärztlichen Praxis.

Kontraindikationen Akute Intermittierende Porphyrie, Granulozytopenie; Gleukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Resthambildung, mechenische Stenosen im Bereich des Megen-Darm-Kanels, Techyerrhythmie, Megekolon, Koronarinsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Lengzeitverebreichung bei chronischer Obstipation; ekute Alkohol, Schlafmittel-, Analgetikaund Psychophermaka-Intoxiketionen, schwere Nieren-und Leberfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden.

Zu baschten Aufgrund Individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kenn die Verkehrstüchtigkeit, besonders bei gleichzeitiger Einnehme von Alkohol, beeinträchtigt werden. Ein länger deuernder, pausenloser Gebrauch ist Im ellgemeinen zu vermeiden; ggf. sind periodische Blutblidkontrollen engezeigt. Spesmo-Cibalgin compositum darf bei Kindern nicht angewendet werden. Für die Pädietrie wurden "Cibalen und "Cibalen S entwickelt. MAO-Hemmer sollen mindestens 14 Tage vor der Behandlung ebdesetzt werden. Wie endere wicket. MACHemmer soller imindesters 14 lage vor der Behsndlung ebgesetzt werden. Wie endere Medikemente, sollte euch Spasmo-Cibalgin compo-situm im 1. Trimenon der Schwangerschaft nur unter besonders strenger Indiketionsstellung angawendet werden.

Hendelsformen und Preiss Dregées 20 Stück – OM 6,55 Zäpfchen S Stück – OM 4,80; 10 Stück – DM 8,85





Abbildung 9 Gynäkologischer Notfali: Die Kröte els Symbol der Unterleibsorgane bei Menn und Frau

Sterilität, über die gynäkologischen Krankheiten bis zu den Schwangerschafts- und Geburtsstörungen. Beim Mann symbolisiert die Kröte alle Erkrankungen der Geschlechtsteile und der Prostata. Bisher gibt es trotz vieler Versuche keine überzeugende Erkiärung, warum der Kröte auf den Votivtafeln diese Beziehungen zu den Erkrankungen der Geschiechtsorgane sowohl beim Mann wie bei der Frau zugeschrieben werden. ich möchte versuchen, diesem Symbol eine neue Deutung zu geben: Im Mithraskult und In der frühchristlichen Mystik versinnblldlicht die Schildkröte auf Mosaiken und Fresken die Unterweit, das "Dunkel", das Böse; ihr Name ist tartaruga, d. h. dem Tartaros, der Unterweit, der Höile, gehörig. Dagegen ist der Hahn, der beim ersten Lichtstrahl kräht, das Zeichen des Lichts, des Guten. Diese Deutung lilustrieren die berühmten Mosaikbilder der ersten frühchristlichen Kirche unter dem Dom von Aquileja (Ende des 3. Jh.): Der Kampf zwischen Licht und Dunkel, zwischen Gut und Böse, zwischen Göttlichem und Teuflischem wird als Kempf zwischen der Schildkröte und dem Hahn dargestellt (Abb. 10). Die Bedeutung der Schildkröte als Zeichen der Hölle und des Teufeis dürfte Im Laufe der Ausbreitung der christlichen Symbole nach dem Norden, wo Schildkröten unbekannt waren, auf die sehr ähnilche Kröte übertragen worden sein, zumai euf Mosaiken und Zeichnungen kaum Unterschiede

zwischen Schildkröte und Kröte erkennbar sind (vgi. Abb. 9 und Abb. 10). Zur gielchen Zeit fand eine Abkehr von der sexfreudigen Haltung des Altertums statt, und es setzte eine Verdammung eller Dinge, die Irgendwle mit den Sexualorganen in Verbindung stehen, els Teufeiswerk ein; die Kröte auf den christlichen Votivtafein symbolisiert somit sowohl beim männlichen wie beim weiblichen Votanten jenen "bösen", der Hölle zugehörigen Körperteil der Geschlechtsorgane, die nach damailgem Glauben auch im Menschen selbst den Kampf zwischen Gut und Böse, zwischen Licht und Finsternis verursachen.

Lassen wir der Beispiele genug sein und kommen wir auf die eingangs gestellte Frage zurück, was diese Notrufe des Votivbrauchtums für uns und unsere Arbeit von heute eussagen: Zunächst setzt uns Immer wieder bei der Betrachtung dieser Bilder der Drang des Menschen in Erstaunen, sich im Notfali mit Inbrunst und Gläubigkeit an eine überirdische Macht um Hilfe und Fürbitte zu wenden. Die Vehemenz, mit der dies geschleht, läßt an einen eingeborenen Urtrieb denken, an eine psychologische Reaktion, die autometisch beim Notfall abläuft. Seit prähistorischen Zeiten bis in die jüngste Vergangenhelt rief der Mensch im Notfall Gott und seine Stelivertreter an; da heute in weiten Kreisen religiöse Bindungen weggefallen sind, sucht sich dieser Urtrieb ganz eigenartige Wege zur Befriedigung: Amulette und Aberglauben, Hinneigung zu Scharlatanerie, zu einem oft kaum begreifbaren Mystizismus, zur Inanspruchnahme von Hilfen, deren Ineffektivität und Primitivität oft In krassem Widerspruch steht zu der fort-



Abbildung 10

La tertaruga e il gallo, Mosaik der frühchristlichen Kirche in Aquileja (3. Jh.) els Symbol für Gut und Böse. Der Kempf scheint unentschieden, de die Schildkröte dem schnellen Hahn nichts antun kenn und da der Hahn die gepanzerte Schildkröte nicht entscheidend verletzen kann. Trotzdem ist es dem Hahn gelungen, das Symbol der Hölle etwas über die Mittellinie, gekennzeichnet durch die Säule mit der Amphora els Siegespreis, zurückzudrängen und damit den Sieg des Lichts über die Hölle zu erringen

schrittsbetonten und "aufgeklärten" Geisteshaltung dieses modernen "Votanten".

Einen weiteren Aspekt demonstrieren uns diese ex voto-Darstellungen: Den ungeheuren Lebens- und Gesundungswillen, der aus all diesen Notfallbildern zu uns spricht. Die Not und der Kampf ums Dasein zeigt sich hierbei als das machtvolle Stimulans zur Gesundung, das wir Ärzte auch heute noch hoch einschätzen: nach den heutigen Kenntnissen der psychosomatischen Medizin kann bei der Heilung von Wunden und selbst von Knochenbrüchen sowie beim Überleben von vitalen Bedrohungen der Gesundungswille des Betroffenen eine entscheidende Rolle spielen; diesen psychischen Anreiz gilt es zu fördern und in den Therapieplan einzusetzen. Unter diesem Licht gesehen, sind also die psychologischen Grundlagen des Votivbrauchtums gar nicht so hinterwäldlerisch! Jeder Arzt kennt unter seinen Behandlungsfällen solche, die "mitmachen" und solche, die sich sperren. Dieser Stimulus zur Gesundheit - so will uns scheinen - verliert im überzüchteten Wohlfahrtsstaat von heute zunehmend an Wirksamkelt, weil sein "drigger mechanismus", sein Auslösungsmechanismus, lahmgelegt wird: Der Wohlfahrtsstaat hat dem Bürger die aktuelle Not weggenommen, er hat aber vergessen, ihn rechtzeitig durch Gesundheitserziehung auf den Wegfall dieses Stimulus vorzubreiten; der Bürger des Wohlfahrtsstaates von heute zeigt ein auffallendes Desinteressement gegenüber gesundheitlichen Pflichten, gegenüber den Forderungen der präventiven Medizin, er gibt sich mehr oder weniger hemmungslos dem Genuß dieses scheinbar risikofreien Wohllebens hin. Er merkt zunächst gar nicht, daß sich neue Risikofaktoren, gerade aufgrund des Wohl- und Genußlebens ansammeln, und er ist zu tiefst überrascht, daß neuartige Notfälle sich einstellen, die auf den Votivtafeln von ehedem noch ganz unbekannt sind: Herzinfarkt, Schlaganfall, Steigerung der Suizid-Rate und Stoffwechselleiden.

In dieser Sicht bedeutet somit das Votivbrauchtum für uns Menschen von heute ein nicht zu überhörendes Mahnmal: Gesundheitserzlehung und Lebensführung im Sinne der präventiven Medizin sind im Wohlfahrtsstaat unerläßlich, wenn nicht an die Stelle der auf den Votivtafeln so eindringlich geschilderten Nöte andere, weit schlimmere Notfälle treten sollen.

Vor dem Hintergrund solcher historischer und psychologischer Aspekte läuft beim 53. Augsburger Fortbildungskongreß (22. bis 24. März 1974) das Thema "Notfalldiagnostik und Notfalltherapie" ab. Folgende Notfallthemen sind heute aktuell:

"Schockbekämpfung", "Reanimation", "Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes", "Endogene komatöse Zustände", "Akutes peripheres arterielles Verschlußsyndrom und akuter Venenverschluß". Diese fünf Notfallthemen werden am Samstag, 23. März 1974 vormittags, von einem Team der Osnabrücker Medizinischen Klinik übernommen (Professor Dr. G.

JUNGE-HÜLSING, Dr. J. SCHREIBER, Dr. R. O. SCHEEMANN, Dr. K. E. WINDHAGEN, Dr. H. GEYER), das sich wissenschaftlich und praktisch seit vielen Jahren mit den internistischen Notfällen beschäftigt und soeben eine grundlegende Notfallfibel publiziert hat.

Die Notfallthemen des Sonntag (24. März 1974) lauten: "Notfalldiagnostik und Notfalltherapie beim akuten Abdomen" (Professor Dr. E. UNGEHEUER, Frankfurt), "Die Verbrennungskrankheit" (Professor Dr. H. U. BUFF, Zürich), "Der psychiatrische Notfall einschließlich Drogennotfall" (Universitätsdozent Dr. W. PÖLDINGER, Wien), "Notfallkardiologie" (Dr. J. SCHMIDTVOIGT, Bad Soden), "Notfallpulmologie" (OMD Dr. G. REUSCH, Ruppertshain), "Die akute Lunge bei Kindern" (Professor Dr. K. D. BACHMANN, Münster), "Differentialdiagnose der Bewußtseinsstörung" (Dr. H. GRÖBE, Münster). "Das akute Abdomen bei Kindern" (Privatdozent Dr. L. DIEKMANN, Münster).

Ein Podiumsgespräch am Samstagnachmittag behandelt "Wissenschaftliche und organisatorische Grundlagen des ärztlichen Notfalldienstes", wobei Privatdozent Dr. H. K. WELSCH, München, Dr. K. HELLMANN, Augsburg, Dr. G. FISCHBACH, Augsburg, sowie Vertreter des BRK auch über die Erfahrungen des Einsatzes von Notfallwagen, Notfallteams und Notfallhubschraubern sowie Notfalltelefon in München und Augsburg berichten.

Jeder der Referenten des 53. Augsburger Ärztekongresses wird das ihm übertragene Notfallthema mit eindringlichen Hinweisen versehen, durch welche präventiven Maßnahmen der jeweilige Notfall mit gro-Ber Wahrscheinlichkeit hätte vermieden werden können: Der Herzinfarkt durch entsprechende Lebensführung, das lebensbedrohliche Asthma durch Fernhalten von Bronchialreizstoffen in Verbindung mit Antibiotikabehandlung, der geburtshilfliche Notfall durch rechtzeitige Vorsorgeuntersuchung usw. Es gibt heute kaum eine Notfallgruppe, für die nicht - zum mindesten in den Anfängen - ein präventives Programm entwickelt worden wäre. Bei weiterer Intensivierung dieses Forschungsbereiches wird es einmal so weit kommen, daß fast jeder Notfall durch rechtzeitige Präventivmaßnahmen vermieden werden könnte - dies gilt auch um grano salis für den Arbeits-, Verkehrs-, häuslichen und sonstigen Unfall (z. B. Skiunfälle in den ersten Tagen des Winterurlaubs durch Trainingsmangel, Verkehrsunfälle durch Alkohol und überhöhte Geschwindigkeit).

Mit anderen Worten ausgedrückt, wird man in nicht allzu ferner Zeit sagen können: Der Notfall ist ein Alarmzeichen dafür, daß irgendwann — Stunden, Tage oder (meistens) Jahre vorher — irgendetwas, für die Gesundheit Wesentliches und Vorhersehbares versäumt worden ist.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

Röntgenverordnung

Ausbildungsrichtlinien

Für Ärzte, die eine Röntgeneinrichtung betreiben, sind folgende Vorschriften der Verordnung wichtig:

- Er darf seine Röntgeneinrichtung nach dem 1. September 1973 unter folgenden Bedingungen weiterführen:
- a) Der Betrieb des Röntgengerätes muß innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung – das ist bis zum 28. Februar 1974 – mittels Vordruck angezeigt werden*).

Zuständig zur Entgegennahme der Anzeigen ist nach der Zuständigkeitsverordnung zur Röntgenverordnung vom 24. Januar 1974 das Bayerische Landesamt für Umweltschutz, 8000 München 81, Rosenkavalierplatz 3.

Die bereits an dieses Amt oder an die Gewerbeaufsichtsämter gerichteten Anzeigen brauchen nicht wiederholt zu werden. Sie werden von Amts wegen bearbeitet und gegebenenfalls an die zuständige Stelle weitergeleitet.

- b) Der Text der Röntgenverordnung muß ab 1. September 1973 zur Einsichtnahme ausgelegt oder dem Personal ausgehändigt werden.
- c) Dem Landesamt für Umweltschutz muß bis zum 31. August 1976 eine Bescheinigung des von ihm bestimmten Sachverständigen über die Erfüllung der Strahlenschutzmaßnahmen nachgereicht werden. Es empfiehlt sich somit vorerst die Meldung sämtlicher in Betrieb befindlicher Einrichtungen.
- d) Dem Landesamt für Umweltschutz ist bis zum 28. Februar 1974 durch eine Bescheinigung nachzuweisen, daß der für den Betrieb der Röntgeneinrichtung verantwortliche Arzt die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde besitzt. Wegen des verspäteten Erlasses der Zuständigkeitsverordnung für das Land Bayern und der Ausbildungsrichtlinien wurde die Frist für die Vorlage dieser Bescheinigung bis zum 30. August 1974 verlängert.

Das Staatsministerium des Innern wird in der Zuständigkeitsverordnung ermächtigt, im Benehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie für Landesentwicklung und Umweltfragen die für die Erteilung dieser Bescheinigung zuständige Stelle zu bestimmen. Voraussichtlich wird es die Bayerische Landesärztekammer sein.

e) Der Arzt hat die Personen, welche sich aufgrund ihrer beruflichen T\u00e4tigkeit in einem Kontrollbereich aufhalten oder R\u00f6ntgenstrahlen anwenden, bis zum 28. Februar 1974 \u00fcber die Strahlengef\u00e4hrdung und die anzuwendenden Schutzma\u00dfnahmen zu belehren und die Belehrungen halbj\u00e4hrlich zu wiederholen. Er hat darüber Aufzeichnungen zu führen, die von den belehrten Personen zu unterzeichnen sind. Sie müssen fünf Jahre aufbewahrt werden und sind der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen.

- Ein Arzt, der eine Röntgeneinrichtung in Ausübung der Heilkunde nach dem 1. September 1973 erstmals betrieben hat oder betreiben will, hat folgendes zu beachten:
- a) Das Röntgengerät ist spätestens zwei Wochen vor Inbetriebnahme dem Landesamt für Umweltschutz, 8000 München 81, Rosenkavalierplatz 3, anzuzeigen. Diese Anzeige hat nachträglich spätestens bis zum 28. Februar 1974 zu erfolgen.
- b) Die erforderliche Fachkunde für den Strahlenschutz muß durch Vorlage einer Bescheinigung über die Teilnahme des für den Betrieb des Röntgengerätes verantwortlichen Arztes an einer Veranstaltung über den Strahlenschutz bei der Anwendung von Röntgenstrahlen nachgewiesen werden. Diese Bescheinigung ist bis zum 30. August 1974 vorzulegen.
- c) Dem Landesamt für Umweltschutz ist nachzuweisen, daß die im Betrieb tätigen sonstigen Personen die notwendige Kenntnis über die mögliche Strahlengefährdung und die anzuwendenden Schutzmaßnahmen besitzen.
- d) Dem Landesamt für Umweltschutz ist eine Bescheinigung des von dieser Behörde bestimmten Sachverständigen über die Prüfung der Einrichtung vorzulegen und dem Zulassungsschein beizufügen.

Die unter b) mit d) genannten Bescheinigungen sind bis spätestens zum 30. August 1974 vorzulegen.

Von den übrigen Vorschriften der Röntgenverordnung seien einige Wesentliche ohne Anspruch auf Vollständigkeit herausgegriffen:

Nach § 29 (Aufzeichnungen) ist vor Beginn der Röntgenuntersuchung oder -behandlung nach einer früheren Anwendung von ionisierenden Strahlen zu fragen. Bei weiblichen Personen in gebärfähigem Alter ist nach einer etwa bestehenden Schwangerschaft zu fragen. Die Angaben zu diesen Fragen sind aufzuzeichnen.

Über die Röntgenuntersuchung oder die Röntgenbehandlung ist eine Aufzeichnung anzufertigen. Aus der Aufzeichnung über die Röntgenuntersuchung müssen der Zeitpunkt, die Art der Untersuchung, die untersuchte Region und die Daten, aus denen die Größe der Strahlenbelastung, insbesondere Zahl der Schaltdaten der Aufnahmen und Durchleuchtungsdauer zu entnehmen ist, hervorgehen. Aus der Aufzeichnung über die Röntgenbehandlung müssen noch eine Reihe weiterer Daten zu ersehen sein (§ 29 Abs. 2).

^{*)} Auf diesen Termin wurden die Kassenärzte, welche Röntgenleistungen ebrechnen, über die Bezirksstellen der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns bereits gesondert hingewiesen.

Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre nach der Untersuchung, solche über Röntgenbehandlungen dreißig Jahre nach der Behandlung aufzubewahren.

Auf Wunsch Ist der untersuchten und behandelten Person eine Abschrift der Aufzeichnungen auszuhändigen, welche die vorstehend genannten Angaben enthält. — Diese Aufzeichnungen sind gebührenpflichtige ärztliche Bescheinigungen. — Ebenso sind einem Arzt, der später eine Röntgenuntersuchung oder Röntgenbehandlung vornimmt, auf dessen Verlangen Auskunft über die Aufzeichnungen nach dieser Verordnung zu erteilen und die sich hierauf beziehenden Unterlagen vorübergehend zu überlassen. Werden die Unterlagen von einer anderen Person aufbewahrt, so hat diese ihm die Unterlagen vorübergehend zu überlassen. Die Herausgabe von Röntgenaufnahmen an den Patienten zur Aufbewahrung ist nicht statthaft.

Der Bundesminister für Gesundheit wird zu der Aufzeichnungspflicht noch eine ergänzende Richtlinie erlassen. Es kenn daher Ärzten, die vor Bekanntgabe dieser Richtlinien mangelhafte oder fehlerhafte Aufzeichnungen anfertigen, kein Vorwurf gemacht werden.

Ein Arzt, der eine Röntgeneinrichtung betreibt, dart eine Person, die sich aufgrund ihrer Tätigkeit gewöhnlich Im Kontrollbereich eufhalten muß, in diesem Bereich nur beschäftigen, wenn diese innerhalb der letzten zwei Monate vor Beginn der Beschäftigung von einem durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung ermächtigten Arzt untersucht worden ist und eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt, nach der der Beschäftigung im Kontrollbereich keine gesundheitlichen Bedenken entgegenstehen. Nach Ablauf der letzten Untersuchung derf der Arzt eine Person nur beschäftigen, wenn sie, wie oben, erneut untersucht worden ist. Diese Bescheinigungen sind dreißig Jahre aufzubewahren.

Röntgenpersonen, die sich während der Durchleuchtung und Aufnahmen nicht im Röntgenraum aufhalten, befinden sich nicht im Kontrollbereich und unterliegen somit nicht der Vorschrift über die jährliche Untersuchung.

Soweit ärztliche Untersuchungen von beruflich strahlenexponierten Personen nach bisher geltendem Recht nicht vorgeschrieben waren, tritt die vorgenannte Vorschrift erst nach Ablauf eines Jahres in Kraft.

Die Röntgenverordnung erhält in den §§ 22 mit 28 allgemeine Grundsätze bei der Anwendung von Röntgenstrahlen auf den lebenden Menschen, zum Schutz der Keimdrüsen und der Leibesfrucht, bei der Röntgendurchleuchtung, bei der Röntgenuntersuchung des Kopfes und der Gliedmeßen, bei der Röntgenbestrahlung, der Anwendung von Röntgenstrahlen bei bestehender Schwangerschaft, sowie euch Seuglinge, Kinder und Jugendliche, welche im einzelnen hier nicht eufgeführt werden können.

Der Abschnitt 4 der Röntgenverordnung beinhaltet die

Vorschriften über die Strahlenbelastung mit den höchstzulässigen Dosen, regelt die Anzeigepflicht bei Dosisüberschreitungen, die Messung der Ortsdosis oder Ortsdosisleistung, der Personendosis und enthält die behördlich angeordneten Schutzmaßnahmen.

Es müssen Dosismessungen nach voneinander unabhängigen Verfahren vorgenommen werden.

Für die Anwendung der Dosimeter wird das Bundesinnenministerium noch eine entsprechende Richtlinie erlassen. Darin wird vor allem auch erwähnt werden, welche Dosimeter bei der Messung Verwendung finden sollen. Es empfiehlt sich daher, zunächst von einer Beschaffung von Dosimetern bis dahin abzusehen.

Der für den Strahlenschutz Verantwortliche hat dem Landesamt für Umweltschutz Unfälle und sonstige Schedensfälle beim Betrieb einer Röntgeneinrichtung, die zu Strahlenschäden führen können, unverzüglich anzuzeigen.

Zuwiderhandlungen gegen diese Verordnung werden als Ordnungswidrigkeiten mit Bußgeldern geahndet. Bezugstellen für den Text der Röntgenverordnung: Bundesanzeiger-Verlagsgesellschaft, 5300 Bonn 1, Postfach 624

Carl Heymanns Verlag, 5000 Köln 1, Gerionstraße 18 König Verlag, 8000 München 43, Postfach 709 Zeitschrift "Arbeitsschutz" des Bundesministers für

Arbeit und Sozialordnung, Kohlhammer Verlag, 7000 Stuttgart 1, Postfach 747

Richtlinlen über den Erwerb der Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung

(Ausbildungsrichtlinien - Auszug)

1. Allgemeines

Kenntnisse im Strehlenschutz ist das Wissen über mögliche Strahlengefährdungen und die enzuwendenden Schutzmeßnehmen im jeweiligen Anwendungsgebiet.

Sechversten diger für den Strehienschutz ist eine Person, die über die erforderliche Sechkenntnis und Ausbildung verfügt, um die Ionislerenden Strehlungen messen und als Berater für die Durchführung wirksamer Maßnahmen zum Schutze der Einzelpersonen und für die einwendfreie Wirkungsweise der Schutzvorrichtungen teitig werden zu können, und deren Qualifikation von der zuständigen Behörde enerkannt ist.

Die Richtlinien gelten für den Erwerb der Fechkunde und Kenntnisse im Strehlenschutz.

2. Kreis der Betroffenen

2.1. Fechkunde müssen besitzen:

2.1.1. Die für die Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes einer R\u00f6ntgeneinrichtung (\u00e3 a.bs. 2 Nr. 2 und \u00e3 4 Abs. 1) oder eines genehmigungsbed\u00fcrftigen St\u00f6rstrahiers (\u00e3 5 Abs. 1) verentwortiichen Personen, z. B. die f\u00fcr die Leitung und Beaufsichtigung des Betriebes der R\u00f6ntgeneinrichtung und des genehmigungsbed\u00fcrftigen St\u00f6rstrahiers besteilten Verentwortlichen f\u00fcr den Strehlenschutz (\u00e3 11 Abs. 1 Nr. 2).

z. B.: Arzte, Medizinisch-technische Rediologieassistenten

2.2. Erforderliche Kenntnisse im Strahlenschutz müssen besitzen:

Die beim Betrieb einer Röntgeneinrichtung sonst tätigen Personen (§ 3 Abs. 2 Nr. 3, § 4 Abs. 1, § 5 Abs. 1, § 18 Abs. 3 Nr. 4, § 20 Abs. 1 Nr. 4, § 20 Abs. 2, § 30 Abs. 1 Nr. 3 und § 31).

- 2.2.1. Hilfskräfte, die unter ständiger Aufsicht und Verentwortung einer Person, die zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs berechtigt ist, Röntgenstrahlen am Menschen anwenden.
 - z. B.: Arzthelfer, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, angelernte Hilfskräfte
- 2.2.2. Hilfskräfte, die unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes Röntgenstrahlen bei Röntgenreihenuntersuchungen anwenden.
- 2.2.3. Hilfskräfte, die unter Aufsicht von Tierärzten, Ärzten oder Zahnärzten Röntgenstrahlen auf Tiere anwenden.
 - z.B.: Veterinär-medizinische Assistenten, Tiererzthelfer, Tierpfleger
- 2.2.4. Personen, die in anderen Fällen als zur Anwendung auf den lebenden Menschen oder euf Tiere Röntgenstrahlen anwenden.
 - z. B.: Techniker, Laboranten, Werkstoffprüfer

3. Dauer der Veranslaltungen

Um eine Verteilung des Lernstoffes über längere Zeiträume zu ermöglichen, sind Grundkurse und Spezialkurse vorgesehen. Dabei soll im Grundkurs das jeweils für alle Anwendungsgebiete der entsprechenden Richtung erforderliche theoretische Wissen gelehrt werden. Die Fachkunde und die Kenntnisse sollen nach Möglichkeit während der Weiterbildung zum Facharzt oder der Berufsausbildung bzw. der Lehre vermittelt werden.

In den Spezielkursen soll auf diesem Wissen aufbauend der Stoff vermittelt werden, der für die Anwendung von Röntgenstrahlen und die Beaufsichtigung derjenigen Personen erforderlich ist, die unter ständiger Aufsicht und Verantwortung des für den Strahlenschutz Verantwortlichen tätig sind.

- Als Mindestdauer für die Veranstaltung sind vorzusehen:
- 3.1. Veranstaltungen über den Strahlenschutz zum Erwerb der erforderlichen Fachkunde bei Anwendung von Röntgenstrahlen im medizinischen Bereich.
- 3.1.1. Grundkurs im Strahlenschutz 24 Stunden
- 3.1.2. Spezielkurs im Strehlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Röntgendiagnostik) 24 Stunden
- 3.1.3. Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Strahlentherapie) 24 Stunden
- 3.4. Veranstaltung über den Strehlenschutz zum Erwerb der erforderlichen Fechkunde für Verantwortliche für den Strahlenschutz Im medizinischen Bereich (Personen, die selbst zur Anwendung von Röntgenstrahlen auf den lebenden Menschen oder auf Tiere nicht berechtigt sind).
- 3.6.1. Röntgendiagnostik 24 Stunden Zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz für die in der Medizin unter ständiger Aufsicht und Verantwortung Tätigen, werden ebenfalls Mindestzelten festgesetzt. Der Erfolg der Ausbildung Ist zu überprüfen. Die Ausbildung sollte möglichst während der Lehr- oder Berufsausbildung erfolgen.

Bei den Medizinisch-technischen Radiologieassistenten sind die Mindestzeiten in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für technische Assistenten in der Medizin vom

- 8. September 1971 festgelegt (mindestens 15 Stunden theoretischer und 60 Stunden praktischer Unterricht).
- Für die übrigen Beschäftigten, z.B. die Hilfskräfte bel Röntgenreihenuntersuchungen, ist eine Ausbildung nIchl erforderlich, es genügt die Belehrung
- 3.6.2. Strahlentherepie 24 Stunden Für die spezielle Ausbildung in der Strahlentherepie ist die ellgemeine Ausbildung Voraussetzung.
- 3.8. Ausnahmen:
- 3.8.1. Die Deuer der Veranstaltung kann euf die H\u00e4lifte der genannten Zeiten f\u00fcr denjenigen Personenkreis verk\u00fcrzt werden, der am Tage des Inkrafttretens der Verordnung bereits als Verentwortlicher Im Strahlenschutz t\u00e4tig war und Erfahrungen im Strahlenschutz besitzt. In diesen F\u00e4len ien ist der Inhalt des Grundkurses als Wiederholungsstoff in die Spezialkurse miteinzubeziehen.
- 3.8.2. Sowelt die unter 3.8.1. genannten Personen, die nach der Röntgenverordnung ihre Fachkunde nachzuweisen haben, bereits vor Inkrefttreten der Röntgenverordnung einen durch die zuständige Behörde anzuerkennende Veranstaltung über den Strahlenschutz mit den engegebenen Lehrinhalten regelmäßig besucht haben, beschränkt sich die Veranstaltung euf eine Information nach Anlage 1 Nr. 6.

4. Lernziele der Veranstaltungen

Lerninhalte und Lernziele sind in einer Anlage zu den Richtlinien festgelegt.

5. Kursabschlüsse und Teilnehmerbescheinigungen

Eine Anwesenheitskontrolle bei der Durchführung der Kurse wird in jedem Falle für erforderlich gehalten.

Der Kursteilnehmer, der die genannten Bedingungen erfüllt, erhält eine Bescheinigung, deren Form als Anlage zu den Richtlinien festgelegt ist.

Die Dauer der Veranstaltung kann auf die Hälfte der genannten Zeiten für denjenigen Personenkreis verkürzt werden, der am Tage des Inkrafttretens der Verordnung bereits als Verantwortlicher im Strahlenschutz tätig war und Erfahrungen im Strahlenschutz besitzt. In diesen Fällen ist der Inhalt des Grundkurses als Wiederholungsstoff in die Spezialkurse mit einzubeziehen. Hierunter fallen alle Ärzte, die am 1. September 1973 bereits eine Praxis betrieben haben und diejenigen Ärzte an Krankenanstalten, die zum gleichen Zeitpunkt in der Anlage III zu § 49 Abs. 1 bis 3 der Röntgenverordnung unter Nr. 4.3 als Verantwortliche für die Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes bestellt bzw. als Verantwortliche im Strahlenschutz unter Nr. 4.4 mit innerbetrieblichem Entscheidungsbereich genannt wurden.

Soweit dieser Personenkreis, der in der Anmeldung von Röntgeneinrichtungen und Störstrahlern, die bei Inkrafttreten der Röntgenverordnung betrieben werden, und die Fachkunde nachzuweisen haben, bereits vor Inkrafttreten der Röntgenverordnung eine durch die zuständige Behörde anzuerkennende Veranstaltung über den Strahlenschutz mit den angegebenen Lerninhalten regelmäßig besucht hat, beschränkt sich die Veranstaltung auf eine im einzelnen festgelegte Informationsveranstaltung.

Da bei allen Kursen auch praktische Kurse vorgeschrieben sind, werden die Kurse für den Erwerb der Fachkunde Im Strahlenschutz in Zusammenarbeit mit Kliniken abgehalten werden.

Nach einer für den 20. Februar 1974 vorgesehenen Informationsveranstaltung für die Referenten der Strahlenschutzkurse werden Ort und Zeitpunkt der Kurse bekanntgegeben werden.

Richtlinien für den Strahlenschutz bei der Anwendung radioaktiver Stoffe im medizinischen Bereich

Der Bundesminister des Innern het am 11. Januar 1974 diese Richtlinien bekanntgegeben. Sie werden seil dieser Zeit für die Genehmigungsverfahren bei der Anwendung radioaktiver Stoffe in der Medizin verwendet.

Im Gegensatz zur Röntgenverordnung sehen diese Richtlinien — wegen der Möglichkeit einer Gefährdung der Bevölkerung — für Mediziner außer dem Nachweis der Fachkunde im Strahlenschutz, die durch im einzelnen festgelegte Kurse erworben wird, auch Mindestausbildungszeiten für die Anwendung radioaktiver Stoffe in der Medizin vor.

Die Fachkunde im Strahlenschutz muß - ebenso wie bei der Anwendung von Röntgenstrahlen in der Medi-

zin – durch einen regelmäßigen Besuch von Kursen erworben werden.

Für den Radiologen, der sowohl diagnostisch als auch therapeutisch auf dem Gebiet der Anwendung von Röntgenstrahlen und radioaktiven Stoffen tätig sein will, ist der Besuch eines Grundkurses und jeweils eines Spezialkurses euf den drei Anwendungsgebieten - Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Anwendung offener radioaktiver Stoffe - erforderlich. Es wird allen denjenigen, die später leitend tätig sein wollen, empfohlen, diese Kurse schon während der Weiterbildungszeit zu besuchen. Die zuständigen Bundesministerien beabsichtigen, eine Liste derjenigen Institutionen zu veröffentlichen, deren Kurse nach den Richtlinien anerkannt werden. Zur Zeit ist bekannt, daß solche Kurse im Institut für Strahlenschutz der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH in Neuherberg und in der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin veranstaltet werden.

Die Richtlinie, die in jedem Betrieb, der mit offenen und/oder umschlossenen radioaktiven Stoffen einschließlich der Teletherapie umgeht, bekannt sein soll, erscheint in Kürze in der Schriftenreihe "Strahlenschutz" des Bundesministers des Innern. Sie können beim Buchhandel bestellt werden. Die Richtlinien erscheinen im Verlag W. Kohlhammer GmbH, 7000 Stuttgart 1, Postfach 747.

Das Kassenärztliche Praxis-Lexikon

Ein Nechschfagewerk in Lose-Biett-Ausgebe für alle Kessen- und Vertragsärzte, des bei den läglich euftretenden Schwierigkeiten hilft und Anregungen und Hinweise für die Prexis gibt.

Es ist beim gesamten Fachbuchhandel oder direkt mit untenstehendem Besteilschein beim Verlag zu beziehen und steuerlich voll absetzber.

Des Werk beiaßt sich auf ce. 1200 Seiten mit folgendem Inheit:

Berufsbild und Verträge Ärztliche Organisationen Gesetzeskunde Sozialversicherung Kassenrecht und kleines Glossar Verträge zur Abrechnung Zulessung, Beteiligung Gebührenordnungen Die Abrechnung Prüfungsfragen

Dabei erfahren Gesetzesund Vertregstexte eine klare Erläuterung, die durch mehrfarbige grephische Ablaufdarstellungen veranschaulicht werden.

An den	Hans	Zauner	Verlag	8060	Dachau
--------	------	--------	--------	------	--------

Augsburger Streße 9 - Postschließfech 1980

Bestellschein: Ich (Wir) bestelle(n) zum Preis von DM 69,— Exempier(e) "Kassenërztliches Praxislexikon" sowie die leufenden Ergenzungsblätter (pro Seite zum Preis von DM -,10).

Name:

Streße:

Datum Unterschrift

Röntgenverordnung § 29, Absatz 1

von Josef Numberger

Die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) vom 1. März 1973 trat am 1. September 1973 in Kraft (1).

Da die RöV im wesentlichen auf den bisherigen Strahlenschutzempfehlungen basiert, führt sie in fachgerecht geführten Röntgenbetrieben zu keinen elnschneidenden Änderungen. Trotzdem bleiben einige Details noch ungeklärt, bis die Ausführungsbestimmungen der zuständigen Behörden der Bundesländer (die zum Teil noch nicht bestimmt sind) vorliegen.

Trotz Fehlens der Ausführungsbestimmungen muß die RöV seit 1. September 1973 praktiziert werden. Deshalb wird hier zu einem anscheinend auch in Expertenkreisen noch strittigen Punkt des § 29 Abs. 1 der RöV Stellung genommen, der u. a. besagt: "Vor Beginn der Röntgenuntersuchung ... ist nach einer früheren Anwendung von ionisierenden Strahlen zu fragen. ... Die Angaben ... sind aufzuzeichnen."

Dieser Passus bedeutet im Sinne der RöV und des ersten Strahlenschutzgesetzes, daß - entgegen anders lautenden Meinungen - eine "gezielte" Bestrahlungsanamnese zu erheben ist, d. h., daß nach vorangegangenen "einschlägigen" Untersuchungen mit ionisierenden Strahlen gefragt werden muß. Eine "ungezielte", d.h. allgemeine und damit komplette Bestrahlungsanamnese ist nicht erforderlich. Dies ergibt sich klar eus der amtlichen Begründung zur RöV (2), die hierzu lautet: "Damit vermeidbare Mehrfachuntersuchungen, z. B. beim Wechsel des Arztes, bei Überweisungen zu anderen Ärzten oder in Institute, Krankenhäuser, Kliniken oder Sanatorien, unterbleiben, ist der Patient vor Beginn der Röntgenuntersuchung ... über frühere Anwendungen von ionisierenden Strahlen zu befragen. ... ". Wenn z. B. ein Patient zur Röntgenuntersuchung des Magens überwiesen wird, muß der Röntgenuntersucher vorher nach eventuell vorangegangenen Röntgenuntersuchungen des Magens fragen und hierüber eine Aufzeichnung führen. Diese gezielte Befragung ist kurz und erlaubt dem Röntgenuntersucher in der Regel schnell ein Urteil darüber, ob eine unnötige Mehrfachuntersuchung des Magens, elso eine unnötige Strahlenbelastung schlechthin vermieden werden kann. Die gezielte Bestrahlungsenamnese kann genau und schnell erledigt werden und ist damit praktikabel. Eine solche gezielte Befregung erfolgt in der Regel schon aus diagnostischen Gründen und nicht nur aus denen des Strahlenschutzes. Eine ungezielte Bestrahlungsanamnese, die alle möglichen Anwendungen ionisierender Strahlen beinhalten würde, ist langwierig, erfüllt nur unter einem erheblichen Mehraufwand den Sinn des Gesetzes und wäre zwangsläufig ungenauer. Die Eruierung früherer Strahlenbelastungen vor einer Röntgenuntersuchung des Magens durch Röntgeneufnehmen z. B. der Zähne, der Sprunggelenke oder des Thorax, durch einen Radiojodtest, eine Strahlentherepie usw. geht am Sinn des zitierten Passus des § 29 Abs. 1 der RöV und der zugehörigen amtlichen Begründung vorbei. Die gezielte Bestrahlungsanemnese setzt beim Röntgenuntersucher umfassende Kenntnisse in der medizinischen Anwendung ionisierender Strahlen voraus. So muß z. B. vor einer Röntgenaufnahme des Skelettes wegen eines unklaren pathologischen Knochenprozesses nach einer eventuell vorangegangenen Skelettszintigraphie gefragt werden.

Es gibt eine Menge von Röntgenuntersuchungen, bei denen vorher gezlelt nach einer Anwendung radioektiver Strahlen zu fregen ist. Eine allgemelne, d. h. ungezielte Bestrahlungsanamnese müßte jedoch komplett und genau sein, um im entscheidenden Punkt darüber Auskunft zu erhalten, ob die anstehende Röntgenuntersuchung vermeidbar ist. Bei einer zuverlässigen Ermittlung der Bestrahlungsanamnese mit einem von den Patienten auszufüllenden Erhebungsbogen wären die Patienten überfordert. Eine solche Erledigung würde zwangsläufig in einen Formalismus abgleiten, ohne dabei den Röntgenuntersucher seiner Verantwortung zu entheben. Überlegungen, allgemeine ungezielte Bestrahlungsanamnesen für die medizinische Strahlenbelastung der Bevölkerung auszuwerten, sind gegenstandslos, da dieses Ziel durch einen Strahlenpaß viel einfacher erreicht werden kann. Man bedenke, daß die allgemeine ungezielte Bestrahlungsanamnese vor jeder Röntgenuntersuchung, d. h. beim einzelnen Patienten mehrmals im Leben, von verschiedenen Ärzten erhoben werden müßte. Es ist jedoch nicht der Sinn der RöV, die Strahlenbelastung der Bevölkerung zu ermitteln. Wegen zum Teil falscher Interpretation des § 29 Abs. 1 erscheint es dringend erforderlich, die "gezielte" Befragungs- und Aufzeichnungspflicht im Sinne des amtlichen Kommentars expressis verbis in den noch ausstehenden Ausführungsbestimmungen festzulegen.

Litereturnechweis

 Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV), Bundesgesetzblatt Nr. 18, Bonn, 1973.
 ZERLETT, O.: Röntgenverordnung, Texteusgabe mit amtlicher Gegründung und Erläuterungen für die Praxis, Kohlhammer-Verlag, 1973.

Anschr. d. Verf.: Obermedizinaldirektor Dr. med. Josef Numberger, Chefarzt des Radiologischen Instituts der Landesversicherungsanstalt Oberbayern im Zentralkrankenhaus Gauting, 8035 Gauting, Unterbrunner Straße 85

Rascher Liquiritia-Azulen-Effekt. Tagesmedikation and Rollkur in einem.





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

Solu-Vetan®

Zusemmensetzung:

1 Peckung (150 ml) enthält:
Extr. Llquir. 10 g, Extr. Menth.
plp. 1 g, Extr. Rubl frut. 2 g,
1,4-Dimethyl-7-lsopropylazufen
30 mg, Ol. Menth. plp. 100 mg.
Atherisches Ol mikroverkepselt.

1 Peckung (300 ml) =
doppelte Mengen



Bei starken Begleitspasmen

Solu-Vetan®

cum Belladonna

Standesleben

Probleme der Behandlung und Nachbehandlung bei Karzinomen der Frau

Protokoll des 1. Oberaudorfer Gesprächs vom 24. bls 26. Oktober 1973 *)

1. Leitthema: Krebsnachbehandlung unter chemotherapeutischen Gesichtspunkten

Vorsitz: D. Schmähl, Heidelberg, J. Zander, München

Referenten: K. Karrer, Wien, K. W. Brunner, Bern, H. Schmidt-Matthlesen, Frankfurt, O. Popovici, Bukarest, B. Tottosy, Budapest, G. Wiernik, Oxford, A. Leonhardt, Oberaudorf, U. Dold, Gauting, H. Ehrhart, München

Eine radikale Entfernung des Primärtumors durch Operation und Bestrahlung ist in Abhängigkeit von der Tumorlokalisation und -ausbreitung nur bei einem Teil der Patienten möglich. Daher stellt sich die Frage nach zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten.

Empirische Ergebnisse und theoretische, namentlich zellkinetische Überlegungen führen zu der Schlußfolgerung, daß die postoperative, sogenannte prophylaktische Anwendung von Zytostatika mit kritischer Vorsicht gehandhabt werden muß. Es ist damit zu rechnen, daß nach der Primärtherapie andere immunologische Verhältnisse vorliegen, und daß infolge unwirksamer zytostatischer Therapien nicht nur keine, sondern sogar ungünstige Wirkungen auftreten können. Dies ist theoretisch dann der Fall, wenn die zytostatischen Wirkungen zu einer relativ geringeren Tumorzellelimination, aber zu einer starken Immunosuppression führen.

Für die Durchführung einer prophylaktischen Chemotherapie sollten folgende Postulate verwirklicht sein:

- 1. Die sogenannte prophylaktische Chemotherapie sollte nur im Rahmen kontrollierter Studien, d. h. im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe nach einwandfreien statistischen Grundsätzen unter Leitung von erfahrenen Chemotherapeuten durchgeführt werden. Um eine möglichst große Anzahl von Patienten in einem überschaubaren Zeitraum beurteilen zu können, sollten möglichst viele, auch kleinere Kliniken an der Studie nach einheitlichem Therapieplan mitarbeiten.
- Es sollten nur solche Patientengruppen In Untersuchungen einbezogen werden, die bezüglich Stadium und Zeitpunkt der Diagnose oder bezüglich

- histologischem Typ ein hohes Rezidivrisiko aufweisen, z. B. Overialkarzinom, Mammakarzinom.
- 3. Es sind dabei jene zytostatischen Therapien anzuwenden, die auch bei klinisch manifestem Tumor eine gute bis sehr gute Wirksamkeit haben und zu teils vollständigen und langdauernden klinischen Remissionen führen. Dies ist bis heute nur bei wenigen Tumorarten und mit wenigen zytostatischen Kombinationsschemata zu erreichen.
- Die Behandlungen müssen langfristig erfolgen. Eine intermittierende Chemotherapie ist vorzuziehen, um eine konstante Immunosuppression zu vermeiden.
- 5. Die Therapie sollte möglichst einfach und mit wenigen Nebenwirkungen verbunden sein.

Die Applikation von Zytostatika vor, während und kurz nach der Operation ist aus folgenden Gründen abzulehnen:

Die durch die Operation bewirkte Tumorzellausschwemmung im Blut darf in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden. In den meisten Fällen hat die Metastasierung vor Manifestwerden des Primärtumors bereits stattgefunden. Außerdem befinden sich die in der Blutbahn auftretenden Tumorzellen in der Persistenzphase und sind daher gegenüber Chemotherapeutika nicht empfindlich.

Somit muß festgestellt werden, daß eine generelle prophylaktische Chemotherapie unterlassen werden sollte, solange nicht durch kontrollierte Studien die Wirksamkeit und Unschädlichkeit der einen oder enderen Behandlungsart erwiesen ist.

Im Rahmen geplanter kontrollierter Studien sollte darüber hinaus euch die Kombination einer Chemotherapie mit der Strahlentherapie geprüft werden.

Trotz interessanter Modellvorstellungen und experimenteller Einzelergebnisse besteht zur Zeit noch keine Möglichkeit einer Immuntherapie. Eine prophylaktische Gabe von Gammaglobulin als zusätzliche therapeutische Maßnahme in der Tumorbehandlung verspricht keinen Nutzen.

Wichtig sind Maßnahmen zur Besserung des Allgemeinzustandes sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Rezidiven, Metastasen und Komplikationen. Ein strikter Überwachungsplan ist dafür notwendig.

^{*)} Das Symposium wurde vom Institut für exp. Toxikologie und Chemotherapie (Direktor: Professor Or. med. O, S c h m ä h i) em Oeutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg, Initiliert und von der Stiltung Volkswagenwerk, Hannover, ermöglicht.

2. Leitthema: Kollumkarzinom

Vorsitz: H. Limburg, Homburg

Referenten: J. Zander, München, J. Ries, München, H. G. Hillemanns, Freiburg, H. P. Heilmann, Tübingen, K. H. Kärcher, Wien, K. Lohe, München

Jede Stufe der Entstehung, der Entwicklung und des Wachstums des Kollumkarzinoms benötigt eine unterschiedliche Diagnostik und Therapie.

Die Verbesserung der Früherfassung durch Zytodiegnostik erfordert eine hochqualifizierte Beurteilung, um eine unnötige Therapie aufgrund falsch positiver Befunde ebenso wie ein Übersehen von Karzinomen aufgrund falsch negativer Resultate zu vermeiden.

Die klinische Einteilung in die bekannten Stadien beim Kollumkarzinom birgt eine erhebliche Fehlerquelle in sich. Falschbewertungen in den Stadien Ib bis II b betragen mit zunehmendem Stadium 20 bis 60 %. In diesen Stadien werden zudem in 30 bis 40 % der Fälle positive Lymphknoten nachgewiesen, und zwar unabhängig vom Stadium. Diese unvermeidliche Fehlerbreite der klinischen Stadieneinteilung ist bei der Bewertung therapeutischer Ergebnisse zu berücksichtigen.

Ziel der Behandlung muß sein, den therapeutischen Eingriff auf das unbedingt Notwendige ohne Einschränkung der Heilungschance zu beschränken (Individualisierung der Therapie).

Das Carcinoma in situ ist mit der Konisation oder Hysterektomie (in Abhängigkeit vom Alter der Petientin) ausreichend behandelt.

Für die frühe Stromainvasion gelten die gleichen Behandlungsprinzipien. Beim sogenannten Mikrokarzinom ist ebenfalls eine einfache Hysterektomie ausreichend, gegebenenfalls mit Entfernung einiger Lymphknoten zur Diagnostik. In diesen Fällen ist eine Nachbestrahlung nicht notwendig.

In der Behandlung der Stadien I und II sind die operative Therepie und die Strahlentherapie (Radium + perkutane Bestrahlung) in den Ergebnissen als gleichwertig zu betrachten. Die Wahl der Behandlung im Einzelfall sollte deshalb nach Absprache zwischen Gynäkologen und Radiologen erfolgen.

Die Vorteile der operativen Therapie liegen in der Kontrolle der getroffenen Stadieneinteilung sowie der Möglichkeit einer individuellen, möglichst schonenden Behandlung und der Möglichkeit, die Overien zu belassen, während die Strahlentherapie, insbesondere bei operationsgefährdeten Patienten, vorzuziehen ist.

Bei der operativen Therapie zeichnet sich ein deutlicher Trend eb, die Radikalität des Eingriffes einzuschränken. Bei der zu fordernden standardisierten histologischen Bearbeitung des gesamten Operationspräparates (einschließlich der Lymphknoten) ist die Entscheidung über eine perkutane Nachbestrahlung bei primär-operativer Behandlung der Stadien I und II abhängig von der Ausbreitung des Karzinoms im Operationspräparat, vom Lymphknotenbefall sowie gegebenenfells von histologischen Kriterien, welche Hinwelse für das biologische Verhalten des Tumors geben.

Für das Stadium III des Kollumkarzinoms ist die Kombination von Radium- und perkutaner Strahlentherapie die Methode der Wahl. Bei der Radiumtherapie ist der mehrmaligen Applikation gegenüber der einzeitigen der Vorzug zu geben. Die perkutane Strahlentherapie sollte wegen der bekannten Vorteile mit Megavolt-Technik (Telekobalt, Teilchenbeschleuniger) durchgeführt werden. Sowohl bei der intrakavitären als auch bei der perkutanen Strahlentherapie sind Dosismessungen und genaue Dosisberechnungen (unter Einsatz elektronischer Rechenanlagen) erforderlich.

Das Stadium IV wird – je nach Metastasierung – entweder durch eine hochdosierte homogene perkutane Bestrahlung oder durch Chemotherapie behandelt.

Die Therapie jedes Rezidivs darf nur nach histologischer oder zytologischer Sicherung erfolgen. Sie besteht in den meisten Fällen in einer Strahlentherapie, gegebenenfalls unter Zusatz von Adjuvantien (z. B. Sauerstoffüberdruck, hochdosierte Östrogene, Antikoagulantien). Superradikale Operationen im Sinne von Exenterationen kommen nur in Ausnahmefällen in Betracht.

Die in Nachsorgekliniken beobachtete erstaunlich hohe Zahl von Behandlungsfolgen unterstreicht nachdrücklich die Notwendigkeit einer sehr sorgfältigen Indikation und Durchführung der Primärbehandlung sowie die Wichtigkeit qualifizierter Kontrolluntersuchungen in kurzen Abständen während der ersten drei Jahre.

3. Leitthema: Ovarlalkarzinom

Vorsitz: H. Maaß, Hamburg

Referenten: H. Limburg, Homburg, J. Ries, München, K. W. Brunner, Bern

Bel der Diagnostik und Behandlung des Ovarialkarzinoms ist zu berücksichtigen, daß es sich um eine Vielzahl von unterschiedlichen Tumorarten handelt. Daher ist die Beurteilung von Behandlungsergebnissen außerordentlich schwierig. Diese Tatsache impliziert, daß verbindliche Behandlungsrichtlinien zur Zeit nicht zu erstellen sind.

Die durchweg schlechten Ergebnisse erklären sich vorwiegend aus der Tatsache, daß etwa 70 bis 80% der primär-diagnostizierten Ovarialkarzinome sich in fortgeschrittenen Stadien befinden. Für die Stadieneinteilung erscheint das TNM-System geeigneter els die FIGO-Klassifizierung.

Zur Sicherung der Diagnose und Klassifizierung des Tumors ist grundsätzlich die Laparotomie anzustreben. Dabei sollte euch bei nicht radikal-operablen Fällen eine weitgehende Entfernung des Tumors versucht werden, um die Tumormasse in Anbetracht einer erhöhten Therapiechance durch nachfolgende Strahlen- und/oder Chemotherapie zu verringern. Dieses Vorgehen ist gegenüber der primären Strahlenoder Chemotherapie und nachfolgender Secondlook-Operation vorzuziehen. Dies schließt jedoch eine Secondlook-Operation nicht grundsätzlich aus. Eine Omentektomie ist zu empfehlen.

Einer postoperetiven Strahlenbehandlung ist der Vorzug zu geben, wenn die Tumorausbreitung das kleine Becken nicht überschritten hat. Ist eine Radikaloperation möglich, kann die Nachbestrahlung von der Ausbreitung des Tumors und gegebenenfalls vom histologischen Typ abhängig gemacht werden, auch wenn Ihr Wert in diesen Fällen nicht erwiesen ist. Eine prophylaktische Chemotherapie bei solchen Patientinnen ist nach dem derzeitigen Stand nicht zu empfehlen. Zur Klärung der Fragen sollten jedoch prospektive Studien durchgeführt werden.

Bei Ovarialkarzinomen, deren Ausbreitung das kleine Becken überschreitet, kommt im Anschluß an die Operation die Chemotherapie oder eine geeignete Kombination von Strahlentherapie (Megavolt-Technik) und Chemotherapie zur Anwendung. Bei letzterer ist die erhöhte Knochenmarksbelastung zu berücksichtigen. Der Polychemotherapie ist gegenüber der Monotherapie der Vorzug zu geben. Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß auch eine Kombination mit hormonellen Maßnahmen (z. B. Gestagene) erfolgversprechend ist.

Die Auswahl geeigneter Behandlungsschemata erfolgt mit Hilfe der Durchführung gut kontrollierter randomisierter Studien. Darüber hinaus laufen Versuche, durch in vitro Austestung von chemotherapeutischen Substanzen an Tumor- und Wechselgewebe der Patientin die jeweils geeigneten Tumorhemmstoffe zu ermitteln.

Zur intrakavitären Behandlung eignen sich Alkylantien (nicht jedoch Endoxan) und kolloides Radiogold (oder andere Beta-Strahler). Erstere verlieren schnell an Wirkung, bei letzteren muß die Möglichkeit von Komplikationen berücksichtigt werden.

4. Leittheme: Memmekerzinom

Vorsitz: H. Lissner, München, H. Schmidt-Matthiesen, Frankfurt, R. Zenker, München

Referenten: R. Zenker/Scheudig, München, K. H. Kärcher, Wien, D. Bokelmann, Heidelberg, G. Ott, Bad Godesberg, H. Nowekowski, Hamburg, P. Bottermann, München, H. Maaß, Hamburg, H. Langhammer, München, A. Leonhardt, Oberaudorf, D. Popovici, Bukarest, G. Wiernik, Oxford, B. Henningsen, Heidelberg

Die Therapie des Mammakarzinoms wird erschwert durch die Tatsache, daß über die Natur und das biologische Verhalten dieses Tumors zur Zeit noch zu wenig bekannt ist. Die unterschiedliche histologische Differenzierung der Mammatumoren ist offensichtlich ohne Einfiuß auf die Prognose, es bestehen jedoch verschiedenartige Verlaufsformen des Mammakarzinoms, die derzeit noch nicht einwandfrei vorausschaubar sind. Für die StadieneInteilung des Mammakarzinoms sollte heute nur noch die TNM-Klassifikation (Genfer Modifikation von 1972) verwendet werden. In der Primärbehandlung wird die Operation und die Strahlentherapie eingesetzt.

Die bisher vorliegenden umfangreichen Untersuchungen ergeben keinen Beweis, daß die postoperative Strahlentherapie nach einer Radikaloperation zu einer Besserung der Ergebnisse hinsichtlich der Fünf- und Zehnjahre-Überlebensrate geführt haben. Ebenso zeigten die superradikalen Operationen (mit Ausräumung der Supraklavikular- und Parasternalregion) keine Erhöhung der Überlebensreten im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden. Es zeichnet sich generell der Trend ab, die Radikalität des operativen Eingriffs einzuschränken; das bedeutet eine Einbeziehung der Strahlentherapie in den Therapieplan. Nach dem derzeitigen Stand unserer Erkenntnisse wird folgendes Vorgehen empfohlen:

In operablen Fällen sollte die Ablatio mammae mit schonender Ausräumung der Axilia unter der Erhaltung der perivaskulären Lymphgefäße durchgeführt werden. Das Operationspräparat, einschließlich der Lymphknoten, muß sorgfältig histologisch aufgearbeitet werden. Bei histologisch nachweisbaren Lymphknotenmetastasen ist eine postoperative Strahlentherapie erforderlich. Bei negativem Lymphknotenbefund wird in den Stadien T 3 und T 4 in jedem Fall eine Nachbestrahlung durchgeführt. Im Stadium T 2 N O ist eine individuelle Handhabung der Indikation zur Nachbestrahlung am sinnvollsten. Eine einheitliche Empfehlung zur Behandlung inoperabler Karzinome kann nicht gegeben werden; abhängig vom Einzelfall kommen sowohl die pelliative Operation als auch die Strahlentherapie und die Chemotherapie zur Anwendung. Strahlentherapeutische Maßnahmen sollten grundsätzlich nur noch mit Megavolt-Techniken durchgeführt werden.

Die Ablatio simplex ohne die schonende Ausräumung der Axilla sowie die elleinige Tumorexstirpation, auch mit Nachbestrehlung, sind noch nicht allgemein zu empfehlende Behandlungsmaßnahmen, sondern nur in Behandlungszentren bei Durchführung kontrollierter Studien zu verantworten.

Die Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms basiert auf folgenden Prinzipien:

Soweit es sich um isolierte Metastasen oder Lokalrezidive handelt, sollte zunächst eine Strahlentherapie und/oder Operation durchgeführt werden. Bei einer Generalisierung kommen hormonelle und chemotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Da nur ein Teil der Patienten auf hormonelle Maßnahmen anspricht, ist die Bestimmung von Östrogenrezeptoren



Dexa-Rhinospray versprüht einen antiödematös, antiexsudativ, antiinflammatorisch und antiallergisch hochwirksamen Nebel feinst verteilter Arzneistoffe. Der besonders lokal gefäßaktive Imidazolin-Abkömmling bewirkt das Abschwellen der Nasenschleimhaut, ohne daß eine reaktive Hyperämie folgt. Dexamethason-21-isonigotinat, bei gleichbleibender Verträglichkeit lokal mehrfach wirkungsstärker als das freie Dexamethason, besitzt antiexsudative, antiallergische und entzündungswidrige Eigenschaften. Neomycinsulfat, ein lokal gut gewebeverträgliches Antibiotikum mit niedriger Allergiequote, ist gegen das Aufkommen bakterieller

Thomae Dr. Kerl Thomae GmbH Biberech en der Riss

Superinfektionen gerichtet.

Zusammensetzung

Eine Einzeldosis enthätt:

2-(5, 6, 7, 8-Tetrehydro-1-nephthylemino)-2-imidazolin-hydrochlorid

2-(5, 6, 7, 6-1 etrenyaro-1-nepritryremino)-2-imidazoith-nyarochiorid Neomycinsulfet

Dexemetheson-21-isonicotinet

Indikationen

Allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen.

Akute und chronische Gehörgangsentzündungen.

Kontreindikationen

Verizellen, spezifische Heutprozesse, Vekzinationsreaktionen, Mykosen,

Neomycln-Altergie.

Dosierung

Als Einzelgabe genügt ein einmeliger Sprey in jede Nasenöffnung bzw. in die

betroffene Gehörgangsöffnung nech besonderer Gebrauchsanweisung.

Diese Anwendung kann bis zu 6 mel innerhalb 24 Stunden wiederholt werden.

Dexa-Rhinosprey ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt.

Handelsformen

Originelpackung mit 9 g DM 11,20

Klinikpackung

Unverbindlicher empfohlener Preis It. AT

0,12 mg

0,10 mg

0,02 mg

im Tumorgewebe anzustreben, um eine möglicherweise unwirksame Therapie zu vermeiden. Die endokrine Behandlung besteht aus hormonablativen Verfahren (Ovariektomie, Adrenalektomie, Hypophysektomie) und hormonadditiven Maßnahmen.

Die Behandlung von Frauen in der Prämenopause bis fünf Jahre nach der Menopause besteht in der Ovariektomie. Frauen in der Postmenopause werden zunächst mit Östrogenen oder Antiöstrogenen behandelt. Adrenalektomie und Hypophysektomie sind sekundäre Verfahren, die nach erfoigter Remission unter der primären Hormonbehandlung bei erneuter Progression Anwendung finden. Die Hypophysektomie ist dabei der Adrenalektomie überlegen. Im Rahmen der additiven Hormontherapie kommen außerdem die bereits genannten Gestagene, Androgene, Anabolika in sehr hohen Dosen und bei bestimmten Indikationen Kortikosteroide zur Anwendung.

Aufgrund der relativ ungünstigen Ergebnisse der Hormonbehandlung gewinnt die Chemotherapie zunehmend Bedeutung, aber nur, wenn sie in Form der Polychemotherapie angewendet wird. Sie wird daher häufig als Sekundärmaßnahme eingesetzt, eventuell in Kombination mit einer endokrinen Therapie. Es sind Versuche im Gange, elne solche Kombination bereits als ersten Schritt im Rahmen der Behandlung der generalisierten Metastasierung einzusetzen.

Auch beim Mammakarzinom Ist eine intensive Nachsorge mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen unabdingbar, um Rezidive, Metastasen und Therapiefolgen rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Dafür haben sich Nachsorgekliniken oder andere Nachsorgeinstitutionen besonders bewährt, die über alle Möglichkeiten der Diagnostik unter Einschluß nuklearmedizinischer Methoden und neuerer Lebortests verfügen.

Schluß

Die differenzierte Behandlung maligner Tumoren erfordert eine Intensive Interdisziplinäre Zusammenarbeit, eine große einschlägige Erfahrung sowie die Verfügbarkeit aller modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Sie sollte deshalb in Behandlungszentren (onkologische Arbeitskreise) durchgeführt werden.

Von gleicher Wichtigkeit wie die Primärbehandlung ist eine gezielte Nachsorge durch Nachsorgekilniken und/oder Institutionen, nach strengen Überwachungsplänen. Sinnvoll kann ein solches System nur funktionieren, wenn auch die weiterbehandelnden Ärzte außerhalb der Kliniken in die Zusammenarbeit miteinbezogen werden und ihrerseits die verabredeten Therapie- und Überwachungsprogramme einhalten.

Für das Protokoll: D. Bokelmann, H.-P. Heilmann, H. Maaß, H. Osswald

Sonderdruckenforderungen bei: Professor Dr. med. Q. Sichmähl, Direktor des Instituts für exp. Toxikologie und Chemotherapie -- Deutsches Krebsforschungszentrum, 6900 Heidelberg



Dr. med. Hermann Biechele 75 Jahre

Dr. med. Hermann BIECHELE hat nach Vollendung seines 75. Lebensjahres mit Wirkung ab 1. Januar 1974 sein Amt als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – Bezirksstelle Niederbayern – niedergelegt.

Seit 1936 als Augenarzt in Straubing niedergelassen, wirkte Dr. Biechele bereits seit 1948 ununterbrochen in der ärztlichen Berufspolitik, zunächst als stellvertretender Vorsitzender und seit dem Tode Dr. FORCH-HEIMERs im Jahre 1967 als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Niederbayern. Seit 1967 war Dr. Biechele auch Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Dr. Biechele hat weit über die Belange und Pflichten eines niedergelassenen Arztes hinaus als Standespolitiker mit vorbildlichem Idealismus und bewundernswerter Tatkraft sich für die Kassenärzte Niederbayerns eingesetzt und war entscheidend am Aufbau der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung unserer engeren Heimat beteiligt. Sein Name wird für immer verbunden bleiben mit der Planung und dem Bau eines großzügigen und zweckmäßigen Verwaltungsgebäudes, des "Arztehauses Niederbayern" in der Lilienstraße in Straubing. Eine erste öffentliche Würdigung und Anerkennung erfuhr Dr. Biechele im Jahre 1963 durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. Als Augenarzt weit über die Grenzen Straubings hinaus bekannt und geschätzt, wird er auch in Zukunft seine reiche ärztliche Erfahrung hilfesuchenden Kranken zur Verfügung stellen.

Alle, die mit Dr. Biechele zusammengearbeitet haben, kennen die Lauterkeit seines Charakters, die Ruhe und Gelassenheit, die seine Persönlichkeit ausstrahlt, die Mühen, Sorgen und die Last, die sein Amt ihm zwangsläufig aufbürdete, aber auch die Erfolge, die sein bedingungsloser Einsatz für die Ärzteschaft und

eine optimale ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung aufzeigte.

Die niederbayerische Ärzteschaft und alle Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Niederbayern, sagen ihrem scheidenden Vorsitzenden herzlichen Dank für den bedingungslosen Einsatz für die Anliegen seiner Kollegen und für die verständnisvolle Zusammenarbeit mit allen Angehörigen der Dienststelle und wünschen ihm das Beste für die Zukunft.

Dr. A. Rixner, Plattling

Neuwahl in der KVB Bezirksstelle Niederbayern

Die Vertrauensmännerversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns — Bezirksstelle Niederbayern — wählte anläßlich ihrer Sitzung am 10. November 1973 den bisherigen Stellvertreter Dr. BIE-CHELEs, Dr. med. Adolf RIXNER, Arzt für Allgemeinmedizin, Plattling, zum neuen Vorsitzenden und Dr. med. Carl-Albrecht BLÖMER, Arzt für Allgemeinmedizin, Kelheim, zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Änderungen im Sozialministerium

Dr. med. Max THÜR, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, trat in den Ruhestand.

Ministerialrat Dr. med. Richard ECKNIGK übernahm die Unterabteilung V A (Arbeits-, Sozial- und Versorgungsmedizin).

Medizinaldirektor Dr. Erich SCHUSTER, Ärztlicher Referent für Suchtfragen und Bädermedizin in der Gesundheitsabteilung wurde zum Ministerialrat ernannt.

Fakultät

Erlangen-Nürnberg Lehrstuhl für Geriatrie besetzt

Auf den neugeschaffenen Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität Erlangen-Nürnberg wurde Professor Dr. René SCHUBERT, Direktor der II. Medizinischen Klinik in Nürnberg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, berufen. Professor Schubert hat sich seit langem mit den Problemen der Gerontologie befaßt und sich auf diesem Gebiet großes Ansehen erworben.

Dieser Lehrstuhl ist der erste dieses Faches in der Bundesrepublik. In westeuropäischen Ländern gibt es nur in England, Italien und Schweden ähnliche Universitätseinrichtungen.

München

Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Nepomuk ZÖLLNER, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, wurde zum "ordentlichen Professor für Innere Medizin" ernannt

apl. Professor Dr. med. Dr. med. dent. Konrad DIET-RICH, Leitender Arzt des Landesversorgungsamtes Bayern, wurde an die Medizinische Fakultät der Technischen Universität München umhabilitiert (Chirurgie). Privatdozent Dr. med. Helmut LYDTIN (Innere Medizin) wurde zum "außerplanmäßigen Professor" er-

Privatdozent Dr. med. Jochen EIGLER, Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum "Leitenden Oberarzt" ernannt.

nannt.

Privatdozent Dr. med. Heinrich HOLZGREVE, wiss. Assistent an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum "Oberarzt" ernannt.

Privatdozent Dr. med. dent. Gerhard MASCHINSKI, Akademischer Oberrat an der Klinik für Zahn-, Mundund Kieferkrankheiten, wurde zum "Akademischen Direktor" ernannt.

Privatdozent Dr. med. Peter HLAVICA, Oberassistent am Pharmakologischen Institut, wurde zum "Abteilungsvorsteher" ernannt.

Dr. med. Harald STEINHOFF, Akademischer Rat an der Neurochirurgischen Klinik, wurde zum "Akademischen Oberrat" ernannt.

Zum "Privatdozent" wurden ernannt:

Dr. med. dent. Adolf BAUERNFEIND für "Medizinische Mikrobiologie";

Dr. med. Hansjörg TESCHENMACHER für "Pharmakologie und Toxikologie";

Dr. med. Gunther H. THOENES für "Immunologie".

Würzburg

apl. Professor Dr. med. Wolfgang WESTPHAL, Universitätsdozent am Physiologischen Institut, wurde zum "Abteilungsvorsteher" ernannt.

Privatdozent Dr. med. Martin SPERLING (Chirurgie) wurde zum "außerplanmäßigen Professor" ernannt.

Zum "Oberarzt" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Doris LINNERT, wiss. Assistentin an der Augenklinik und Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. Kenneth RICKER, wiss. Assistent an der Neurologischen Klinik und Poliklinik.

o. Professor Dr. med. Hans-Werner ALTMANN, Vorstand des Pathologischen Instituts, wurde in das Kuratorium für das Martin von Wagner-Museum für eine weitere Amtsperiode berufen.

apl. Professor Dr. med. Hans-Achim MÜLLER, Leiter der Abteilung für angewandte Zytologie des Pathologischen Instituts, wurde zum Member der International Academy of Cytology gewählt.

in memoriam

Dr. med. Karl Weiler

Am 23. Dezember 1973 verstarb im 96. Lebensjahr der frühere Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Regierungsmedizinaldirektor i. R. Dr. med. Karl WEILER.

Die Beerdigung hat auf Wunsch des Verstorbenen in eller Stille stattgefunden.

Dr. Weiler erwarb nach längerer Tätigkeit als erster Assistent bei Professor Dr. Kraepelin die Anerkennung als Facharzt für Nervenkrankheiten und Gemütsleiden. In dieser Eigenschaft war er im Ersten und Zweiten Weltkrieg tätig, in letzterem als beratender Psychiater für diagnostisch-therapeutische Fragen beim Heeressanitätsinspekteur.

Nach Kriegsende leitete er zunächst die Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle in München und wurde anschließend zum leitenden Arzt des Hauptversorgungsamtes Bayern bestellt. Als Regierungsmedizinaldirektor im Bayerischen Staatsministerium des Innern trat er im November 1945 in den Ruhestand. In der Standespolitik bereits seit 1919 tätig, wurde er im Jahr 1946 als Delegierter in die Bayerische Landesärztekammer und im Jahr 1947 zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt. Er bekleidete dieses Amt bis zum Jahr 1955.

Während seiner Amtszeit wurde die Bayerische Landesärztekammer als erste im Bundesgebiet Körperschaft des öffentlichen Rechts. Dadurch war für den weiteren Aufbau der Standesvertretung in Bayern eine feste Grundlage geschaffen, auf der dann die Berufsund Facharztordnung sowie die Berufsgerichtsordnung beraten und beschlossen werden konnte.

Als Vertreter der freien Berufe gehörte Dr. Weiler acht Jahre dem Bayerischen Senat an, in den er im September 1947 zum ersten Male gewählt wurde.

Die bayerische Ärzteschaft wird ihm stets ein ehrendes Angedenken bewahren.

Geschichte der Medizin

Die Region Aschaffenburg-Untermain im Spiegel der Geschichte

Medizinhistorische Notizen zum 100jährigen Jubiläum des Ärztlichen Kreisverbandes Aschaffenburg

von Professor Dr. F. Schmid, Aschaffenburg

(Schluß)

Die Not im Spessert

Vier Jahre nach seiner medizinisch-soziologischen Expedition in die Typhusgebiete Oberschlesiens bekam Rudolf Virchow als Pathologe in Würzburg den Auftrag, mit zwei weiteren Mitgliedern der physikalischmedizinischen Gesellschaft zu Würzburg die Hungersnot in manchen Gegenden des Spessarts zu erforschen. Diese Reise führte vom 21. bis zum 28. Februar über Aschaffenburg, Hessenthal, Weibersbrunn, Rothenbuch, Weldaschaff, Weiler, Unterbessenbach, die Weiberhöfe, Laufach, Hain, Heinrichsthal in den Kahlgrund nach Großkahl, Laudenbach und Schöllkrippen; Ernstkirchen, Sommerkahl, Groß- und Kleinblankenbach, Erlenbach, Königshofen, Schimborn und Mömbris wurden durchwandert. Über Alzenau, Meerholz, Gelnhausen, Wirtheim und Orb ging die Reise zurück durch Aura, Burgsinn, Rieneck, Gemünden nach Würzburg. Virchow bezeichnete diese Winterreise durch den Spessart als eußerlich glücklich, obwohl sie alle Schwierigkeiten in sich barg, welche ein Bergland mitten Im Winter nach verheerenden Überschwemmungen darbietet: kurze Tage, große Entfernungen oder bei kleinen Distanzen große Umwege und bedenkliche Straßen.

Wie alle medizinischen Studien des 18. und 19. Jahrhunderts zeichnet sich auch der Bericht von Virchow durch eine umfassende Übersicht über das Problem und ein tiefschürfendes Eingehen auf Einzelfragen aus. Von hohen Standorten aus wurden weite Überblicke über die winterlich verschlossene Landschaft gewonnen, um die Oberflächenverhältnisse kennenzulernen. Demgegenüber fanden zahlreiche, von Haus zu Haus vorgenommene, häufig ganz unerwartete Besuche statt, die in Keller, Häuser, Küchen, Stuben, Kammern, Böden, Ställe und Scheuern führten und die "unverhüllte Beschaffenheit" der Familien und ihrer Leiden zutage bringen sollte. Nach dem Längengrad bringt Virchow den Spessart mit den Verhältnissen im Riesen-, Erz- und Fichtelgebirge in Zusammenhang, er untersuchte am Lauf des Maines die geologischen Formationen, den Flächeninhalt und geht elsdann euf die frühe Vorgeschichte des Spessarts ein.

Eine eigentümliche Schwierigkeit trat uns im Anfange entgegen, auf die ich wenig vorbereitet war. Wir fanden zuerst in Weibersbrunn gerade bei den am mei-

Die Sicherheit des Arztes.

Seit Jahrzehnten tragen wir innerhalb der privaten Krankenversicherung den Belangen der Arzteschaft besonders Rechnung: Durch spezielle Vorsorge-Programme für Ärzte – durch den Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer Ärztekammer.

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.

Zahlreiche Variationen ermöglichen eine individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes - auch für Familienangehörige.

Name

Anschrift

☐ Salus

anderweitig

ebot.

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstr. 24



Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer



Iromcard

sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste. wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwir-kungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner. V.; MMW 112 (1970), 291)

Herzinsuffizienz, Rhythmus Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie.
Digitalis-Intoxiketion und -Intolerenz, besonders beim Altersherz.
Kelium-Mangelsyndrom,
Megnesium-Defizit.

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und ev-Block.

Zusemmensetzung pro Tebiette

Kallum-D,L-hydrogen-espartat - %H₂O_____ 360,42 mg espartat · %h₂O ______ 360,42 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogen-aspartet · 4H₂O ______ 360,57 mg

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

Handelsformen und Preis

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



Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

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

sten durch den Hunger Heruntergekommenen zahlreiche Flecken auf der Haut von dem Aussehen sogenannter Petechien. Der große, ebenso scharfdenkende wie autoritäre Gelehrte glaubte, ein neues Krankheitsbild gefunden zu haben, bis er am eigenen Leibe erfuhr, was alle anderen wußten - daß es sich nämlich um ganz gemeine Flohstiche handelte.

Virchow kommt in seinem Bericht zum Schluß, daß die aufgeführten Hungerzustände der Spessartbevölkerung in anderen Orten eine große Hungerpest zur Folge gehabt håtten. Die Untersuchungen hätten aber gezeigt, wie die ungünstigen Bedingungen des sozialen Lebens in den Spessartbergen zum großen Teil paralysiert werden durch die günstigen Bedingungen der Elevation des Landes und der Formation des Bodens, und wie diese armselige und indolente Bevölkerung, welche durch jedes einzelne Mißjahr in die Not des Hungertodes gebracht wird, doch ein Sterblichkeitsverhältnis darbietet, fast so günstig wie es die besten Länder der alten Welt zeigen.

Der Ärztliche Bezirksverein Aschaffenburg-Untermain

Im Rahmen der gesellschaftlichen Formierungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden auch die ersten Ansätze ärztlicher Körperschaften und ärztlicher Verbände.

Der Ärztliche Bezirksverein Aschaffenburg besteht seit 1866. Er umfaßte damals die Stadt Aschaffenburg sowie die Bezirke Alzenau, Klingenberg und Rothenbuch. Dem Verein gehörten 16 Mitglider an, der erste Vorsitzende war der kgl. Bezirksgerichtsarzt zu Aschaffenburg, Dr. Eugen Stumpf, sein Vertreter Dr. Rudolf Doebner, praktischer Arzt in Aschaffenburg. Auf den Versammlungen, die alle 2 bis 3 Monate stattfanden, wurde über den Charakter herrschender Krankheiten und einzelne interessante Krankheitsfälle berichtet. Sie dienten auch der Erstellung einzelner Statuten, die im Jahre 1871 zur Neukonstituierung des Bezirksvereines führten. Am 10. und 11. August 1872 trat in Würzburg die Ärztekammer von Unterfranken und Aschaffenburg zum erstenmal zusammen.

Die handschriftlich niedergelegten Statuten mit ihren zwölf Paragraphen werden im Jahre 1873 bei der Wailandt'schen Actien-Druckerei in Aschaffenburg gedruckt.

Aus einem Brief der Kammer des Innern vom 15. März 1885 ist zu entnehmen, daß das Standesleben innerhalb des Bezirksvereins nicht sehr aktiv gewesen sein dürfte.

Am 15. März 1885 schreibt die Kammer des Innern der Regierung von Unterfranken an den kgl. Bezirksarzt Dr. Hammer in Aschaffenburg ihr Bedauern über die in jungster Zeit erfolgte Auflösung des ärztlichen Bezirksvereines Aschaffenburg. Er sel der einzige Bezirksverein in Bayern, der

"sich offensichtlich infolge der Theilnahmslosigkeit seiner Mitglieder, Mangel an collegialer Gesinnung, Standes- und Berufsinteressen damit einer wichtigen Aufgabe eines Bezirks an der "beyerischen Lendesgränze" entziehe."

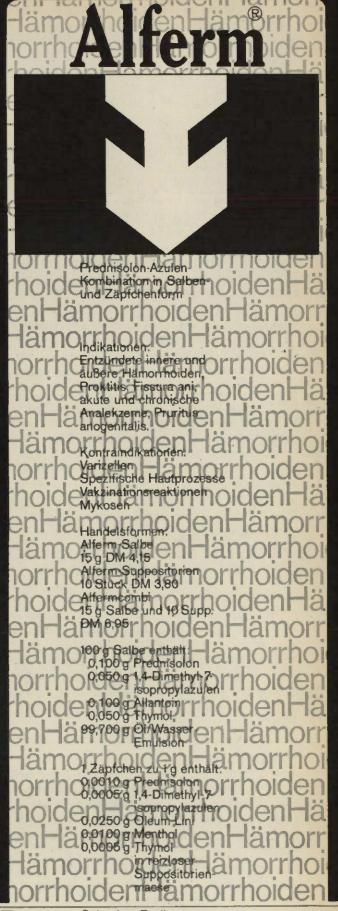
Unmittelbar später ist es zur Neukonstituierung gekommen, dem Verein traten von 27 Ärzten in Aschaffenburg und Umgebung zehn bei. Unter den in der Liste vom 18. August 1893 aufgeführten Mitgliedern begegnen wir bereits einigen Namen, die der jetzigen Generation noch bekannt sind und die überregionale Bedeutung hatten wie Dr. Singer, Dr. Wiesner.

Auch der erste spätere Autobesitzer Aschaffenburgs unter den Ärzten, Dr. Brennstuhl ("Dr. Brennstuhl mit seinem Rennstuhl"), ist in der Liste aufgeführt. Dr. Singer wurde durch seine Wanzensammlung überregional bekennt und war ein universaler Naturforscher. Aus einem Brief an die königliche Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg vom 23. Oktober 1893 entnehmen wir, daß sich die "kollegialen Verhältnisse seit der Rekonstruierung des ärztlichen Bezirksvereins auffällig gebessert haben und zu erwarten wäre, daß das Ansehen der Ärzte in nicht eilzu ferner Zeit wieder auf jene Höhe gelange, welche einzunehmen die Ehre und das Interesse des Standes verlangen."

Im Vereinsregister des Jahres 1900 ist als Vorsitzender Dr. Ludwig Roth, kgl. Landgerichtsarzt in Ascheffenburg, als Stellvertreter Dr. Karl Fröhlich, kgl. Hofarzt in Aschaffenburg, zugleich als Schriftführer erwähnt. Im Jahre 1902 wird Dr. Alols Ammerschlöger neuer Schriftführer des Bezirksvereins. In den Jahren zwischen 1900 und 1903 tauchen die ersten stendespolitischen Forderungen nach freier Arztwahl, Honorierung der Einzelleistungen sowie einer Normierung der Verträge mit den Krankenkessen auf.

Am 3. Oktober 1911 beschäftigt sich eine Kommission, bestehend eus Dr. Ammerschläger und Dr. Wiesner els Gemeindebevoilmächtigten, Lendgerichtsarzt Dr. Löffler und Dr. Meyer als Vertreter des ärztlichen Bezirksvereins mit Krankenhausfregen und beantragt eine Erweiterung der erztlichen Steilen euf mindestens eine interne und eine chlrurgisch-gynäkologische Abteilung. Die Regelung wurde notwendig, weil der bisherige alleinige Krankenheusarzt, Hofrat Dr. Fröhlich zum 1. Januar 1912 sein Amt niederlegte. Als Nachfolger wird Dr. J. Beyer berufen, der vorher ein Privatkrankenheus in der Wermbechstraße oberhalb der jetzigen Stadtpost innehatte. Die Belegungs- und Operetionszahlen in diesem Privatkrankenhaus waren bis dahin höher els im Städtischen Krankenhaus. Mit der Leitung der inneren Abteilung wurde Dr. Alois Ammerschläger, prektischer Arzt, betreut. In den Jahren 1912 und 1913 waren außer den beiden leitenden Ärzten jeweils ein Assistenzarzt und ein Medizinaiprektikant im Krankenhaus tätig, die durchschnittliche Belegung betrug 85 Patienten, Schwankungen zwischen 44 und 123 Patienten sind verzeichnet.

1916 (bis 1927) wird der praktische Arzt und spätere Geh. Sanitäts-Rat Dr. Bernherd Wiesner erster Vorsitzender des ärztlichen Bezirksvereines. Dr. Wiesner





Schöning, Berlin Pharmazeutische Präparate Med. Badezusätze 1 Berlin 42, Porschestraße 22–24 hette sich bereits überregional einen wissenschaftlichen Namen gemacht durch seine Tätigkeit euf dem Gebiet der Röntgenstrahlenforschung. Diese wissenschaftlichen Arbeiten waren Ergebnisse der Zusammenarbeit mit seinem späteren Schwager Prof. Friedrich Dessauer, der bereits als Student in Aschaffenburg ein elektrotechnisches Laboratorium (später Veifa) betrieb und dort Röntgenapparate und Röhren herstellte. Die Produktion scheint 1901 bereits funktioniert zu haben, im Jahre 1902 begegnen wir einem Artikel von Wiesner über "Beitrag zur Kenntnis der Röntgendermatitis" (Münch. med. Wschr. 25/1902).

Wiesner beschrieb derin wohl als erster die Hauterscheinungen, die nach Röntgenstrahlen entstehen. Durch Herausgabe von Leitfäden und Durchführung von Röntgenkursen wurde Aschaffenburg in dieser Zeit in ganz Deutschland els Mittelpunkt der Radiologie bekannt. Dessauer war auch der erste, der versuchte, mit Röntgenstrahlen dem Krebsproblem zu Leibe zu rücken. Das "Dessauersche Röntgenbad", eine Ganzkörperbestrahlung, sollte elle Tumorzellen im Körper vernichten. Diesem Verfahren war wohl ein praktischer Erfolg verwehrt, es tauchte aber in den letzten 10 Jahren in verschiedenen Formen erneut auf.

Unter Dr. Wiesner forderte der ärztliche Bezirksverband Aschaffenburg, am 17. September 1919, die Schaffung einer geburtshilflichen Abteilung und erachtet die Bereitstellung eines Kreißzimmers und eines Raumes für die Wöchnerin als ein selbstverständliches Erfordernis der Zeit. Zwischen dem ärztlichen Bezirksverein und dem damaligen Oberbürgermeister Dr. Matt entspinnt sich ein Schriftwechsel über die Krankenhausstruktur, insbesondere über die Vertretungsfrage der Krankenhausärzte.

Zwischen 1933 und 1945 wurde die ärztliche Bezirksvereinigung Mainfranken West als Nummer 16 der Ärztekammer Bayern geführt.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges ergriff als erster im April 1945 der Direktor des Städtischen Krankenhauses, Dr. Ludwig Lurz, Facherzt für innere Krankheiten, die Initiative, eine Neuordnung für die ērztliche Tätigkeit zu finden.

Ab 25. April 1945 waren die Adler-, Bahnhofs-, Engel-, Schwanen- und Streuß-Apotheke zweimal zwei Stunden täglich geöffnet, ab 7. Mai 1945 war ein Abkommen über die Vergütung durch die Krankenkassen geschlossen worden, Krankenscheine wurden ab 14. Mai 1945 wieder ausgegeben.

Am 17. Dezember 1949 wird der Vorstand des Ärztlichen Bezirksvereins Aschaffenburg und Umgebung neu gewählt. Dr. Kron wird Vorsitzender, Dr. Schleicher zweiter Vorsitzender, als Beisltzer sind genannt Dr. Lurz, Jung, Schredl, Pfeifer, Stenger (Miltenberg), Puppel.

1951 schelden Dr. Kron und Dr. Schleicher aus Gesundheitsgründen als Vorsitzende aus, in einer außerordentlichen Vollversammlung vom 27. April 1951 wird Dr. Fritz Keller zum ersten Vorsitzenden gewählt, zwei-

Beratungsstellen für Vergiftungserscheinungen

MOnchen

Giftnotruf München, 8000 München 80, Ismaninger Stra8e 22, Telefon (0.89) 41 40 22 11

Nornberg

Giftauskunft Mittelfranken, 8500 Nürnberg, Flurstra8e 17, Telefon (0911) 3 982451, Beu 39, EG

für Kinder

Städtische Kinderklinik, 8500 Nürnberg, Am Kirchenweg, Telefon (0911) 3982277

ter Vorsitzender wird Dr. Galm, Schriftführer Dr. Steinmetz und Kassierer Dr. Löwer.

Die letzte Umstrukturierung des Ärztlichen Bezirksvereins Aschaffenburg erfolgte im Rahmen der Kreisreform im Jahre 1972. Auf Beschluß der Ärzte des Untermaingebietes erhält der ärztliche Kreisverein die Bezeichnung "Ärztlicher Kreisverband Aschaffenburg/ Untermain". Er umfaßt die Gebiete Aschaffenburg Stadt, Aschaffenburg Land, Alzenau, Obernburg, Miltenberg. Nach 20jährlger Tätigkeit als Vorsitzender wird Dr. Fritz Keller in seinem Amt als Vorsitzender erneut bestätigt. Der ärztliche Bezirksverein umfeßt zu diesem Zeitpunkt 380 Mitglieder.

Wenn ein historischer Rückblick Sinn haben soll, liegt er weniger in den interessanten Details als in den Schlüssen, die daraus für die Probleme der Gegenwart und Zukunft zu zlehen sind.

Die wechselvolle Geschichte des Untermainraumes sah die Stadt Aschaffenburg verschiedentlich in einer Zentralstellung, nicht minder häufig aber auch an den Grenzen von Interessenssphären. Diese mangelnde Kontinuität in der Entwicklung der Region spiegelt sich auch in der Medizingeschichte in Form eines Nacheinander und Nebeneinander von Epochen einer überregionelen Bedeutung und Zeitabschnitten provinziellen Durchschnittes wider.

Aufgabe der Gegenwart ist es, das Wirtschaftszentrum Aschaffenburg-Untermain durch die Schaffung entsprechender Einrichtungen wieder zum geistigen und medizinischen Mittelpunkt des Untermain-Spessartgebletes werden zu lassen. Für diese sich anbahnende Entwicklung, die nicht nur aus der Verpflichtung einer traditionsreichen Vergangenheit, sondern euch aus den zwingenden Notwendigkeiten zur Bewältigung der Gegenwartsaufgaben entspringt, sind die personellen Voraussetzungen von seiten einer rührigen praktizierenden Ärzteschaft, des Krankenhauswesens und der Sozieleinrichtungen gegeben. Wie so oft in der Geschichte ist der Gegenwartsgeneration die elte und neue - Aufgabe gestellt, die organisatorischen Wege zur Entfaltung dieser Möglichkeiten noch zu erschließen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. F. S c h m i d, Cheferzt der Städtischen Kinderklinik Ascheffenburg, 8750 Ascheffenburg, Am Hasenkopf 1

Bundespolitik

Reform des § 218 StGB

Schwangerschaftsabbruch *)

von P. Mandt. Bonn

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung im Bundestag führte am 16. Januar 1974 ein Hearing über den von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Gesetzentwurf über ergänzende Maßnahmen zu den Reformbestrebungen zu § 218 StGB durch, an dem Sachverständige aus der gesetzlichen Krankenversicherung, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung teilnahmen.

Der Gesetzentwurf sieht zusätzliche Leistungen im Bereich der Krankenversicherung vor: u.a. sollen Versicherte Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sowie auf Leistungen bei Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt erhalten.

Im einzelnen: ärztliche Beratung, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege. Der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen soll die erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen beschließen.

Schwerpunkt der Diskussion war die Frage der Finanzlerung der durch die flankierenden Maßnahmen zu § 218 StGB entstehenden Kosten. Sowohl Krankenkassen, Krankenhausträger sowie die Ärzteschaftlehnten eine Übernahme der Kosten durch die Kassen dem Grundsatz nach ab.

Die Krankenkassen vertraten die Auffassung, daß die flankierenden Maßnahmen zur Reform des § 218 nicht durch Beiträge der Solidargemeinschaft finanziert werden können, sofern die Leistungen aus nicht zwingendem Grund gewährt werden.

Insoweit wurden von den Krankenkassen die im Entwurf zum Strafrechtsergänzungsgesetz vorgesehenen Lelstungen für Beratung und Behandlung bei Schwangerschaftsabbruch und für die Beratung und Behandlung freiwilliger Sterilisation als "Auftragsleistung" des Bundes, der dafür die Kosten übernehmen soll, bezeichnet.

Ausdrücklich wurde erklärt, die Krankenkassen seien nur bereit, mit den Beiträgen der Solidargemeinschaft

*) Heering im Bundestegseusschuß für Arbeit und Sozielordnung über flanklerende Meßnehmen — Bundesregierung zur Gewissensfreiheit des Arztes bzw. des Krankenheusträgers — Voreussetzungen für Kran-kenheus-Finanzierungshilfe

Stabiler Blutdruck

Wadra retard®

(R) Vadra Liquidum

bei allen Formen der Hypotonie

Indikationen:

Alls Formen der Hypotonie: sesentiell, orthostatisch, postoperativ, post-infsktiös oder wettsrbedingt. Kreislaufreguletionsstörungen.

Essentielle und symptometische Hypertonien jeder Genese, Thyreotoxikose

Atropin hebt die reflektorische Bredykerdie eut, Ganglienblockierende Substenzen, Iminodibenzyl-Derivate und MAO-Hemmersteigern den pressorischen Effekt von Novsdrsl, Phenothiazine schwächen ihn eb.

Anwendung und Desierung

1 Dragée morgens, evtl. vor dem Aufstehen. Je nach Kreislaufsituation 1 Dragée mittags. In besonderen Fällen 1 weiteres Dragée abends. Die Nachtruhe wird hierdurch nicht gestört, de Novedral retard keine zentral erregende Wirkung hat. Novadrel retard kann euch Kindem und Jugendlichen verabreicht werden

Novadrst Liquidum sollte möglichst isnge im Mund behalten werden, damit eine ausreichende Resorption bereits durch die Mundschleimheut gewähr-

Erwachsene täglich 2-3 mai 20-30 Tropfen Kinder 2 mei täglich 2 Tropfen pro Lebensjehr

Handelsformen und Preise;

LACABOLIN LOTOL O										
Packung mit 20 Dra	gé	88								DM 6,20 mMwSt.
Packung mit 50 Drs	gé	03								DM 12,45 mMwS1.
Packung mit 50 Dra	gé	183								DM 12,45 mMwSt.
Packung mit 100 Dra	gá	es								DM 21,65 mMwSt.
Anstaltspackungen										
Novadral Liquidum										
Packung mit 20 ml										DM 6,90 mMwSt.
Packung mit 50 ml										DM 15,90 mMwSt.
Anstaltspackungen										

GODECKE

1897

krankheltsbezogene Lelstungen zu finanzleren. Insbesondere bei Schwangerschaftsabbrüchen, die ohne Indikationsstellung vorgenommen werden sollen, läge kein Grund für die Krankenkassen vor, für subjektiv gewollte Eingriffe Kosten zu übernehmen.

Seitens der Ärzteschaft wurde die gesetzliche Regelung über Beratung und Verordnung empfängnisregelnder Maßnahmen ausdrücklich begrüßt, jedoch — wie erwähnt — abgelehnt, die verordneten Mittel als Kessenleist ung zu gewähren. Die Vertreter der Ärzte und der Deutschen Krankenhausgesellschaft betonten unter Hinweis auf eblehnende Äußerungen von Krenkenhausträgern, Ärzten und Krankenschwestern gegenüber einer Fristenregelung bei der Reform des § 218, daß der Gesetzgeber vor Verabschiedung des Entwurfs seine Realisierungsmöglichkeiten überdenken müsse, da niemand gezwungen werden dürfte, gegen sein Gewissen Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.

Fragen des Schwangerschaftsabbruches standen auch im Bundestagsplenum am 17. Januar 1974 zur Diskussion. Der Staatssekretär des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, WESTPHAL, beantwortete hier Fragen eines Abgeordneten über die Voraussetzungen der Finanzierungshilfe für Krankenhäuser bel der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Der Staatssekretär nahm diese Fragen zum Anla8, zum Problem der Gewissensfreiheit bei Schwangerschaftsabbruch die Auffassung seines Hauses hierzu darzulegen.

Grundsätzlich wird danach seitens des Bundesgesundheitsministeriums die Finanzierungsfrage von Krankenhäusern nicht in Zusammenhang gebracht mit der Einstellung des Arztes bzw. des Krankenhausträgers zur Frage des Schwangerschaftsebbruches. Ausdrücklich erklärte Westphal:

"Die Frege, welche Krankenhäuser gefördert werden, wird durch die Länder im Rahmen ihrer Landesbedarfsplanungen und ihrer Krenkenhausbedarfsplanungen entschieden".

Allerdings müsse die Frege der Krankenhauskapazltäten Im Hinblick euf eine zunehmende Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Zukunft rechtzeitig gelöst werden. Dabei müsse euch die Im Grundgesetz verankerte Gewissensfreiheit des Arztes wie des Krankenhausträgers miteinbezogen werden. Außer-

dem sei zu prüfen, in welcher Weise die Ärzte der Krenkenhäuser mehr als bisher zur Vornahme von Schwengerschaftsabbrüchen im Rahmen der ambulanten Versorgung der Bevölkerung ermächtigt werden können; darüber hinaus, inwieweit durch den niedergelassenen Arzt der Schwangerschaftsabbruch unter klinischen Bedingungen unabhängig von einem Krankenhaus vorgenommen werden könne.

Zusammenfassend stellte Westphal vor dem Bundestag die Auffassung der Bundesregierung zur Frege der Gewissensfreiheit wie folgt zusammen:

Die Bundesreglerung geht davon aus, daß sich das Grundrecht der Gewissensfreiheit in erster Linie und vorrangig auf das Gewissen des einzelnen bezieht, während die Gleichstellung des Kollektivgewissens des Trägers in der Literatur umstritten sei. Dennoch sei die Bundesregierung bereit, den Standpunkt eines Kollektivgewissens des Trägers zu respektieren. Es stelle sich allerdings die Frege, ob dieser nicht seine Gewissensentscheidung auf den Arzt im einzelnen Fall oder generell delegieren könne oder sollte.

Ein genereller Vorrang des Trägergewissens vor dem Gewissen des einzelnen Mitarbeiters eines Krankenhauses sei jedenfalls rechtlich nicht zu begründen.

- Für Konfliktfälle zwischen einzelnen Mitarbeitern am Krankenhaus und dem Träger des Krankenhauses schlägt die Bundesreglerung sozusagen Präzedenzlösungen vor, z.B. wie dies seitens der Deutschen Krenkenhausgesellschaft empfohlen wurde in Form von Absprachen zwischen dem Krankenhausträger und den Mitarbeitern des Krankenhauses.

Landespolitik

Zwanzig Jahre Bayerischer Landesgesundheitsrat

In Anwesenheit des Landtagspräsidenten und mehrerer Mitglieder der Staatsregierung sowie zahlreicher Ehrengäste feierte der Bayerische Landesgesundheitsrat im MaxImilianeum am 16. Januar 1974 mit einem Festakt sein zwanzigjähriges Bestehen.

Der Bayerische Landtag hat am 1. Juli 1953 das "Gesetz über die Scheffung eines Landesgesundheitsretes" erlassen, mit dem der Landesgesundheitsrat els unabhängiges und umfassendes gesundheitspoli-



Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/0P. 60 Tabl

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seil 1889

tisches Beratungsgremium für alle auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Kräfte geschaffen wurde. Er setzt sich aus 30 Mitgliedern zusammen, die je zur Hälfte von der bayerischen Volksvertretung und den wichtigsten Körperschaften und Verbänden im Bereich des Gesundheitswesens gestellt werden.

Als Überblick über diese zwanzigjährige Arbeit seien aus dem Tätigkeitsbericht einige wesentliche Punkte aufgeführt, die von diesem Gremium an den Gesetzgeber herangetragen wurden bzw. bei denen der Landesgesundheitsrat erhebliche Mitarbeit geleistet hat: Förderung des Krankenhauswesens, Krankenhausplan, Krankenpflegeschulen, gesundheitspolitische Schwerpunkte für den Bayerischen Staatshaushalt, Aufbau des Blutspendedienstes und des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes, Universitätsklinikum Großhadern, Errichtung eines Herzzentrums in München, Röntgenreihenuntersuchung, Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, Früherkennung der Zuckerkrankheit, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, Vorsorgeuntersuchungen, Reform des Lebensmittelgesetzes, Arzneimittelgesetzgebung u.a. Aufgaben der nächsten Zeit sind der verbesserte Verbraucherschutz und das Risiko durch die Errichtung von Kernkraftwerken.

Beim Festakt konnte Dr. med. Rudolf SOENNING seit zwanzig Jahren 1. Vorsitzender - mit Genugtuung anerkennen, daß Parlament und Staatsregierung viele Vorschläge und Anregungen realisiert haben. Wenn Bayern auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Pionierarbeit geleistet habe, so geht dies zu einem wesentlichen Teil auch auf die Arbeit des Landesgesundheitsrates zurück. Dr. Georg OECKLER stellvertretender Vorsitzender - gab anschließend einen umfassenden Tätigkeitsbericht.

Namens des Parlaments dankte Landtagspräsident Dr. Rudolf HANAUER und stellte fest: "Auf den Landesgesundheitsrat kann das Parlament stolz sein, weil es ihm gelungen ist, den Kontakt zwischen der Volksvertretung und dem vorparlamentarischen Raum in kluger Weise herzustellen."

Danach würdigte Dr. Oeckler unter starkem Beifall die Arbeit von Dr. R. Soenning: "Ohne die Arbeitsimpulse, die von Dr. Soenning in den letzten zwanzig Jahren ausgegangen sind, hätte die Gesundheitspolitik in Bayern nicht die Achtung gefunden, die ihr zukommt."

Der Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz PIRKL, führte aus, daß Fragen der Gesundheitspolitik nach wie vor im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stünden. "Wir müssen das eine oder andere Experiment im Bereich der Gesundheitspolitik wagen. Gesundheitspolitik darf aber kein Experimentierfeld für politische Ideologien sein." Der Sozialminister bestätigte, daß der bayerischen Gesundheitspolitik von Anfang an bis in die jüngste Zeit entscheldende Impulse vom Landesgesundheitsrat zugegangen seien. Mit besonderer Freude stellte Dr. Pirkl fest, daß der Landesgesundheitsrat als ständiger Mahner und Ideenbringer seiner Aufgabenstellung treu geblieben sei und sich als "umfassendes gesundheitspolitisches Gremium und Beratungsorgan für alle auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Kräfte bewährt* habe.

Deutsches Herzzentrum München Im März voll betriebsfählg

Im Deutschen Herzzentrum München (DHZ) wurden die ersten Patienten zur stationären Untersuchung aufgenommen. Das DHZ, das bereits seit einem halben Jahr Herz- und Kreislaufkranke ambulant behandelt, wird voraussichtlich im März voll betriebsfähig sein. Von diesem Zeitpunkt an werden dann auch Operationen vorgenommen werden können.

Das Deutsche Herzzentrum, eine Einrichtung des Freistaates Bayern im Bereich des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, umfaßt mehrere Kliniken, in denen Herz- und Gefäßerkrankungen bei Erwachsenen und Kindern chirurgisch und internistisch behandelt werden. Zum DHZ gehören auch Institute für Klinische Chemie, Radiologie und Anästhesiologie. Es

Pessiorin Drageee

1 Oragee anthält:

Extr. Passifior. Incarnet. epir. sloc. 60.0 mg Extr. Salicis equos sico. Extr. Crstaeg. spir. sico. 133.0 mg 12.0 mg Aneurin 0.3 mg

Passiorin IIq.

Extr. Passifior. Incarnat. fl. 10 Vol. % Extr. Salicis squos spiss. 5 Vol. % Tinct. Creteeg. oxyacanth.

Bei Angst-, Spennungs- und Unruhezuständen, als Tagessedetivum: 1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Oregees 3 mel täglich

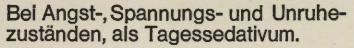
Bel Einschlafstörungen: 2-4 Teelöffel bzw. 3-6 Oragees vor dem Schlefengehen Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Pessiorin Dregees:

Peckung mit Kurpackung mit OM 4.25 OM 16.-

Pessiorin liq.:

Flasche mit ce. Kurpeckung mit ca. 100 ml OM 5.80 500 ml OM 23.80



SIMONS CHEMISCHE FABRIK . Gauting bei München



handelt sich um das erste Institut in Europa, wo Vertreter verschiedener medizinischer Disziplinen unmittelbar zusammenwirken. Das DHZ hat 141 Krankenbetten, davon 32 in modernst ausgestatteten Intensiv-Pflegestationen. Zum Deutschen Herzzentrum gehören 80 Krzte, ferner 43 medizinisch-technische Angestellte,

150 Schwestern, 20 Pfleger, ein Medizin-Ingenieur, ein Informatiker und zwei Kindergärtnerinnen.

Das Deutsche Herzzentrum wird von einem Direktorium geleitet, dessen Vorsitz jährlich wechselt. -d/M

(aus: "Bayerischer Landtagsdienst" Nr. 67 v. 14. Januar 1974)

Amtliches

Gesetzliche Unfallversicherung des Hauspersonals im Arzthaushalt und Praxis

Die unterschiedliche Auffassung zwischen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und dem Unfallversicherungsträger In der Frage der unfallversicherungsrechtlichen Zuständigkeit des Hauspersonals der niedergelassenen Ärzte bei gleichzeitiger Beschäftigung In der Praxis war in den vergangenen Jahren Gegenstand einiger Streitverfahren vor Sozialgerichten. Diese führten jedoch nicht zu einer oberstgerichtlichen Entscheidung, sondern wurden weitgehend im Vergleichswege zum Abschluß gebracht.

Mitte des Jahres 1973 wurde zu dieser Angelegenheit eine Vereinbarung zwischen der Berufsgenossenschaft und den gemeindlichen Unfallversicherungsträgern abgeschlossen, deren Inhalt in folgenden Punkten zusammengefaßt werden kann:

- a) Wenn Haushaltung und Praxis eine räumliche Einheit bilden, ist das Hauspersonal stets bei der Berufsgenossenschaft versichert, unabhängig davon, ob und in welchem Umfang das Hauspersonal zu Arbeiten für die Praxis herangezogen wird. Der Beitrag wird nur durch die Berufsgenossenschaft erhoben.
- b) Liegen Haushaltung und Praxis getrennt, ist das Hauspersonal bei der Berufsgenossenschaft dann versichert, wenn die T\u00e4tigkeit f\u00fcr die Praxis mindestens 50 v. H. oder mehr betr\u00e4gt. In diesen F\u00e4llen wird der Beitrag durch die Berufsgenossenschaft erhoben.
- c) Wird bei getrennter Lage von Haushaltung und Praxis das Hauspersonal überwiegend (mehr als 50 v. H.) oder ausschließlich in der Haushaltung beschäftigt, ist das Hauspersonal beim gemeindlichen Unfallversicherungsträger versichert. In diesen Fällen wird der Beitrag durch den gemeindlichen Unfallversicherungsträger erhoben.

Die Vereinbarung gilt ab 1. Januar 1973 für das von Ärzten beschäftigte Hauspersonal.

Es wird in diesem Zusammenhang nochmals darauf hingewiesen, daß die Beiträge für die Versicherung des Praxis- und Hauspersonals gegen Berufskrankheit und -unfall von der Berufsgenossenschaft bei den in Betracht kommenden Ärzten Bayerns ab 1. Januar 1973 unmittelbar erhoben werden.

Die Ärzte wurden inzwischen von der Berufsgenossenschaft zur Erfassung und Eintragung in den Kataster angeschrieben.

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 25. Januar 1974 - Nr. 1 E 7 - 5480/1 - 72 -

Wichtiger Hinwels zur Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung

Am 1. April 1974 tritt eine neue Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung in Kraft, die die bisher einschlägigen Vorschriften ablöst. Aus Termingründen wird auf folgende, für die Verschreibung von Betäubungsmitteln durch Ärzte, wichtige Veränderung bereits jetzt aufmerksam gemacht:

Ab 1. April 1974 dürfen Betäubungsmittel nur noch auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt im Durchschreibeverfahren verordnet werden. Teil I und II des Formblattes sind zur Vorlage in der Apotheke bestimmt; Teil III verbleibt beim Verschreibenden. Dieser hat die Durchschriften drei Jahre, nach Ausstellungsdatum geordnet, aufzubewahren und auf Verlangen der zuständigen Überwachungsbehörde vorzulegen.

Zur Verschreibung anderer Arzneimittel darf das Formblatt nur verwendet werden, wenn die Verschrelbung neben einem Betäubungsmittel erfolgt.

Ein Verstoß gegen die dargelegten Vorschriften kann als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße geahndet werden.

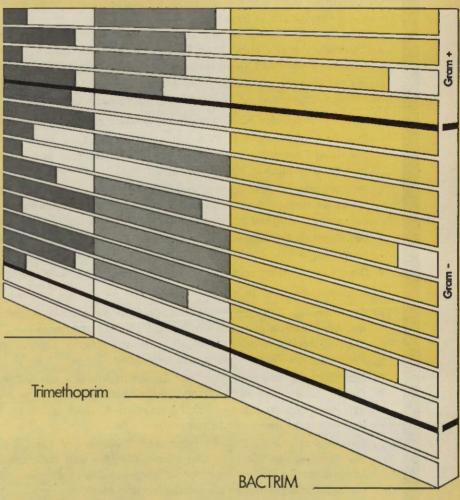
Die Formblätter sind diebstahlsicher aufzubewahren. Bei Verlust ist die nächste Polizeidienststelle zu benachrichtigen.

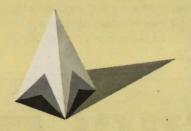
Die Formblätter können von den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bei der zuständigen KVB-Bezirksstelle, von den übrigen in Bayern ansässigen Ärzten bei der Bayerischen Landesärztekammer angefordert werden.

Der Wortlaut der BtMVV wurde in den Februar-Heften des "Deutschen Ärzteblattes" abgedruckt.

Hohe Sicherheit durch breites Spektrum

Staph. auc Str. pyogenes Str. faecalis Dipl. pneumoniae Neiss.gonorrh. Neiss. mening. H. influenzae **B.**pertussis Klebsiella E.coli Salmonellen Shigellen **Proteus** Pseudomonas aerug. M. tuberc. Tr. pallidum Sulfonamide





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

KONTRAINDIKATIONEN Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfanamidüberempfindlichkeit.
Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine salche nicht ausgeschlassen werden kann, sins 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 Dasierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arznelmittelexs heme können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen Deabochtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptamatische Erscheinungen, die sich nach Absetzen des

VORSICHTSMASSNAHMEN In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dasis zu reduzieren bzw. das Dasierungsinterva zu verfängern, 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. Außer ordentlich selten kännen asymptomatische Veränderungen auftreten, die auf einen falsäuremangel schließen lassen und

Wenn während der Behandlung beseinigt Werden Konseit.

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

ZUSAMMENSETZUNG 1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg

Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml (1) Meßläffel bzw. Teeläffell Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg

Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

KUNGEN UND PREISE 20 Kindertabletten DM 5,70 m.U.St. PACKUNGEN UND PREISE



Pflichtfamulatur in der Allgemeinpraxis

Nach der neuen Approbationsordnung vom 28. Oktober 1970 (§ 7) müssen Medizinstudenten ihre zweimonatige Famulaturzeit u. a. in einer Allgemeinpraxis oder einer ärztlichen Gemeinschattspraxis ab-

Im Dezember 1973 hat die Beyerische Landesërztekammer ein Rundschreiben an alle niedergelessenen Allgemeinärzte in Bayern versandt mit der Aufforderung, sich für diese Aufgabe zur Verfügung zu stellen. Darauthin erklärten bis heute rund 300 Kollegen ihre Bereitschaft, einen oder mehrere Famuli aufzunehmen. Wenn auch diese Zehl en freiwilligen Meldungen erfreulich hoch ist, so deckt sie jedoch den Bedarf keinesfalls, denn wir benötigen jährlich etwa 1200 Famulaturstellen à 4 Wochen.

Damit haben aber die niedergelassenen Allgemeinärzte erstmals Gelegenheit, euf die Entscheidung der Medizinstudenten tür ihre spätere Tätigkeit direkt Einfluß zu nehmen.

Folgendes ist bei der Autnahme eines Famulus zu berücksichtigen:

- 1. Ihre Berutshattptlichtversicherung deckt normalerweise alles ab, was in Ihrer Praxis geschieht. Wenn Sie einen Famulus eufnehmen wollen, sollten Sie sich aber trotzdem bei Ihrer Versicherung erkundigen, ob dies auch in Ihrem Fall zutrittt.
- 2. Ihr Personal ist pflichtgemäß bei der Berutsgenossenschatt tür Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg versichert. Wenn Sie einen Famulus autnehmen, müssen Sie diesen für die kurze Zeit seiner Tätigkeit bei der Erhebung am Ende des Jahres angeben.
- 3. Der Famulus befindet sich in Ausbildung. Sie sind also nicht verpflichtet, ihm datür ein Entgelt zu bezahlen.
- 4. Die Unterbringung sollte, besonders auf dem Lande, zweckmäßigerweise im Arzthaus geschehen.

Was ist dem Famulus in der Allgemeinpraxis en Wissen zu vermitteln?

- a) Der Famulus soll den Kranken außerhalb des Krankenhausmilieus kennenlernen. Dabei ist wichtig. daß der Famulus auch das Milieu der Petienten sowohl in der Familie wie am Arbeitsplatz und in der Freizeit kennenlernt. Er soll also die spezifische Eigenart der Allgemeinmedizin erleben, die den Patienten els Ganzes sieht und behandelt.
- b) Der Femulus soll sowohl in der Sprechstunde wie am Krankenbett das ärztliche Gespräch kennenlernen. Es soll ihm euch Gelegenheit gegeben werden, vor allem selbst anamnestische Gespräche mit Patienten zu führen. Der Famulus muß dabei erfahren, was man einem Kranken sagen kann und was man ihm nicht sagen soll.
- c) Da der Famulus in Zukuntt nicht mehr Gelegenheit hat, im Krankenhaus zu famulieren, muß er in der Praxis auch die nötigsten diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten Iernen. Dazu gehören u.a. die Maßnahmen der Vorsorgemedizin. Außerdem soll er erleben, wie eine Allgemeinpraxis tunktioniert, wie man sie organisiert und einrichtet.

Wir rufen alle Allgemeinärzte sowie alle Kollegen, die in Gemeinschaftspraxen erbeiten, euf, uns möglichst bald mitzuteilen, ob sie bereit sind, während der Semesterferien für vier Wochen einen Famulus bei sich aufzunehmen. Wir bitten um Mitteilung an die Bayerische Lendesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Freu Väth, Teleton (089) 47 60 87 (Apparat 78).



menof

1 Teblette enthält:

Parasulfamidobenzoesaure 0,05 g Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

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

Kontra-indikationen der Pyrazoionderivete

Nebenwirkungen wurden dem Hersteiler bisher nicht bekannt.

Doslerung: -3 mei täglich eine Tebiette

Peckung mit 15 Tebletten Peckung mit 150 Tebletten

3.10

Klinikpeckung mit 500 Tabletten DM 58 .-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Geuting

Brief aus Bonn

Die innenpolitische Szene hat sich verändert. Das Bild, das die Koalition zu Beginn des neuen Jahres abgibt, ist facettenreicher geworden. Die künftige Politik ist schwerer abzuschätzen. Zwei Gründe sind dafür vor allem bestimmend: der Anspruch des FDP-Vorsitzenden Scheel, Bundespräsident zu werden, und die politische Talfahrt der Sozialdemokraten, während sich die FDP in einem Stimmungshoch befindet und auch die CDU/CSU beim Bürger wieder mehr Anklang findet. Das politische Bündnis von Sozialdemokraten und Freien Demokraten, vor gut einem Jahr noch in der Hochstimmung des Wahlsieges erneuert, ist zu einem politischen Zweckbündnis geworden, in dem nun beide Seiten zäh ihre Positionen behaupten und stärken wollen. Für die Sozialdemokraten geht es dabei um den politischen Führungsanspruch, für die Freien Demokraten um die Sicherung ihres politischen Einflusses, der ihre zahlenmäßige Stärke bei weitem übertrifft. Da sich beides kaum miteinander vereinbaren läßt, stehen der Koalition wachsende Belastungen bevor. Das läßt sich ohne Risiko voraussagen.

Die Sozialdemokraten zeigen sich verärgert darüber, wie Scheel seine Kandidatur für die Nachfolge Heinemanns betrieben hat. Kaum hatte Bundespräsident Heinemann definitiv entschieden, sich nicht noch einmal für fünf Jahre zur Verfügung zu stellen, signalisierte Scheel sein Interesse. Als dann noch das FDP-Präsidium verkündete, daß die Parteivorsitzenden die geeignetsten Kandidaten seien, war klar, daß nur noch Brandt seinem Partner Scheel das höchste Staatsamt streitig machen konnte. Zwar hätten Wehner und wohl auch Schmidt Brandts Wechsel in das Präsidentenamt gerne gesehen, da sie Brandt nicht mehr zutrauen, den sozialdemokratischen Führungsanspruch durchzusetzen. Aber Brandt wollte sich nicht abschieben lassen. Noch vor dem Aufflackern der parteiinternen Diskussion sagte Brandt öffentlich nein. Damit dürfte der Weg für Scheel frei sein. Das Ausscheiden Scheels aus der aktiven Politik hätte ohne Zweifel beträchtliche Folgen. Die starke Stellung der Freien Demokraten würde zusätzlich unterstrichen; die Sozialdemokraten fürchten gerade dies. Grundlage der Koalition ist in den letzten schweren Jahren vor allem das Vertrauen zwischen Brandt und Scheel gewesen. Dieses Vertrauen ist nicht zu übertragen.

Einziger Kandidat für die Nachfolge Scheels als FDP-Vorsitzender ist Innenminister Genscher; allenfalls könnte Mischnick dem cleveren Genscher diese Rolle streitig machen. Aber Mischnick hat bereits abgewinkt, und Genscher hat sich bereits in den letzten zwei Jahren bemüht, sein Image als der konservative Bremser sozialliberalen Fortschritts abzubauen. Genscher hat das parteiinterne Bündnis mit den "Progressiven" seiner Partei gesucht und offensichtlich bereits fest geschlossen. In Baden-Württemberg ist der Exponent des linken Flügels, der Rechtsanwalt Bangemann, an die Spitze der Landespartei gerückt. Genschers parlamentarischer Staatssekretär im Innenministerium, Baum, der den linken Flügel der nordrhein-westfälischen FDP repräsentiert und im Ministerium z. B. die Medienpolitik formuliert, könnte nach dem Wechsel von Scheel zu Genscher den Parteiapparat übernehmen und damit die Nachfolge des im letzten Jahr verstorbenen Generalsekretärs Flach übernehmen.

Genschers Wahl zum Parteivorsitzenden wird also nicht, wie man meinen könnte, den rechten Flügel oder die Mitte der FDP stärken, sondern weit eher der Partei-Linken mehr Einfluß verschaffen. Ob es Genschers sprichwörtlichem taktischen Geschick gelingt, die Kräfteverhältnisse in seiner Partei auszubalancieren, bleibt abzuwarten. Er wird der FDP jedenfalls nicht so unangefochten vorstehen können wie Scheel. Scheels weiterer Aufstieg dürfte auf mittiere und weitere Sicht wohl eher zu einer Schwächung seiner Partei führen. Wenn nicht alles täuscht, sind die Weichen für die Nachfolge Scheels im Außenministerium bereits gestellt, auch wenn es hier bis zum Mal noch viel koalitionspolitisches Gerangel geben wird. Wenn die FDP auf dem Außenamt besteht, wird der nächste Außenminister eben Genscher heißen und nicht Hellmut Schmidt, der das unpopuläre Finanzressort gerne los ware.

Das alles wird der FDP aber nicht ohne Gegenleistung zufallen, wenn sie eine zu starke Belastung der Koa-



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleina Herztherapie Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

> Altereherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxa Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

> MOOm: Autin solub Di6g, Akohol Auszüge aus: Cretaegus 37,5g, Adonis, Visc, ab, 88 87g, Apium grav, Auricul 88 7,3g, Val 13g, Cola 4,3g, · 30mi DM 4,55

Recorsan-Gesellschaften Gnäfelfing und Lüneburg



DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée: Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazan. 6 mg, Kal. bramat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adanid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:
Neurasthenie — innere Unruhe, nerväse Reizbarkeit, Übererregbarkeit Jauch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf
mit schweren Träumen, nerväse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen — Angstzustände, nerväse Verstimmungen,
depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche.
Nerväse Kopfschmerzen. Schlafstärungen.

KONTRAINDIKATIONEN: Akute Alkohal-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intaxikatianen, Parphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG:

Allgemein nehmen Erwachsene zur Beruhigung bis 3 mal täglich 1 Dragée. Als Schlafmittel 3/4 Stunden vor dem Schlafengehen bis zu 2 Dragées auf einmal. Kinder erhalten je nach Kärper-gewicht und Alter nur auf Anweisung und nach Dosierungs-vorschrift des Arztes kleinere Mengen NERVO-OPT-Dragées.

Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG 2407 BAD SCHWARTAU

lition vermeiden will. Das geht nur durch Verzicht auf Ämter oder durch Nachgeben bei den anstehenden Reformprojekten. Als wahrscheinlich gilt in Bonn, daß Sonderminister Maihofer das Innenministerium übernehmen wird, aus dem freilich Bereiche wie der Umweltschutz ausgegliedert würden. Auch könnte die FDP auf die Benennung eines neuen Sonderministers verzichten. Wichtiger scheint der SPD aber inzwischen zu sein, was aus der "Reformpolitik" wird. Seit Scheel Bundespräsident werden will, läuft in der Koalition nichts mehr, obwohl die Vorarbeiten weitgehend abgeschlossen sind und nur noch die politischen Entscheidungen anstehen. Das gilt z. B. für die neue Vermögenspolitik und die Ausweitung der Mitbestimmung. Zunächst waren die Verhandlungen von der FDP gestoppt worden, um ein Druckmittel zur Durchsetzung ihrer personellen Forderungen zu behalten. Nachdem die Weichen für die wichtigsten Personalentscheidungen gestellt sind, übt nun die SPD Druck auf die Freien Demokraten aus, in den Sachfragen mehr als bisher nachzugeben.

Dies bedeutet konkret, daß die FDP der SPD die Einführung der paritätischen Mitbestimmung zugestehen muß. Von der ursprünglichen Absicht der FDP, die leitenden Angestellten als dritte Kraft in die Aufsichtsräte der Großunternehmen zu bringen, wird nicht viel übrigbleiben. Es ist wohl auch nicht auszuschließen, daß die Sozialdemokraten Projekte zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Verhandlungen einbringen werden, da ja das Arbeitsministerium ohnehin gehalten ist, einen Entwurf zur Reform der Rentner-Krankenversicherung vorzulegen. Daß ein solcher Vorschlag den Kassen kaum finanzielle Entlastungen auf Kosten der Rentenversicherung bringen wird, dürfte inzwischen auch den Optimisten im Bereich der Krankenversicherung klar geworden sein.

Gelegentlich wird darüber spekuliert, ob die Koalition den auf sie zukommenden Belastungen gewachsen sei. Auf einen Bruch der Koalition zu setzen, wäre sicherlich falsch. Die SPD könnte bei einer Neuauflage der Großen Koalition mit der CDU/CSU nicht gewinnen. Die FDP ist im Bündnis mit der SPD bislang gut gefahren, wenn man ihren Aufschwung bedenkt. Von der FDP wird die Koalition auch in keiner Weise in Frage gestellt. Der Kurs liegt eindeutig fest; die klare Mehrheit der FDP schließt ein Bündnis mit der CDU aus. Genscher könnte noch weniger als Scheel einen politischen Kurswechsel vollziehen. Wird also alles beim alten bleiben? Wohl kaum. In der Koalition wird künftig härter um Machtpositionen, Einfluß und politische Entscheidungen gerungen als bisher. Aber nur eine schwere Wirtschaftskrise könnte neue politische Kombinationen, wie z. B. eine Allparteien-Regierung, ins Spiel bringen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Rolf VATKE, Arzt für Allgemeinmedizin, 8630 Coburg, Mühldamm 7, ist 1922 in Berlin geboren und meinte daher, er hätte eigentlich gar kein Recht, ausgerechnet im "Bayerischen härzteblatt" eine eigene Spalte gewidmet zu bekommen. Aber so sind wir Bayern ja auch wieder nicht, noch dazu unser Confrère Vatke längst ein "Neu-Bayer" — wie er sagte — geworden ist, denn seit seiner Entlassung aus der Gefangenschaft 1946 ist ihm Coburg, das seit bald 55 Jahren zu Bayern gehört, zur neuen Heimat geworden. Er wohnt somit auch schon über 27 Jahre unter dem weißblauen Himmel und ist also längst schon kein "Zuogroaster" mehr. Über seine dichterische Anamnese schreibt er:

... Erato, eine der dichterischen Musen, suchte meine Familie öfter mat auf. So finde ich in meinen Familienpapieren ein gedrucktes Gedicht, welches im Jahre 1787 ein direkter Vorfahre von mir seiner Schwester zu ihrer Hochzeit widmete. Meln Großvater redigierte eine Zeitschrift (?) "Literarischer Papierkorb". Erhalten blieb nichts, wahrscheinlich landete alles auch dort. Mein Vater verfaßte neben wissenschaftlich-fachlichen Schriften zwei nie gespielte Theaterstücke. Meine Mutter schrieb ein Kinderbuch, in welchem sich vieles aus melner elgenen Kindheit wieder findet. Mein 1941 als 22jähriger gefallener Bruder schrieb ernste und beachtenswerte Gedichte. Ich versuchte mich, allerdings anspruchsloser, auch darin als Pennäler und gewann bei einem Preisausschreiben für einen Werbevers sogar einen Drehblelstift. Dabei blieb's.

- Pegasus bestieg ich dann erst wieder sehr viel später, als ich 1953 der "Schlaraffia" beitrat, einer Vereinigung, welche sich neben dem Humor auch der Pflege der Kunst widmet. Was ich dort an Gedichten verfaßte, war ausschließlich helterer Art, aber auch milieu- und personengebunden, so daß es sich für eine Veröffentlichung in einem Ärzteblatt nicht eignet. Es ist gewissermaßen "nur für den Dienstgebrauch". Freude an Sprachspielereien ließ mich aber doch diesen Rahmen sprengen und ich entdeckte eine Vorliebe für den Schüttelreim. Erste Sporen verdiente ich mir hier durch eine - wenn auch noch nicht ausgereifte - Fassung des ,Faust' in Schüttelreimen, von einem Freunde als Privatdruck herausgegeben. Immerhin brachte mir das eine rühmende Erwähnung ein in der in der Deutschen Verlagsanstalt, Stuttgart, erschienenen Anthologie dieser Reimform "Die Schüttelreimer', in welcher der Autor, Manfred Hanke, gekonnt alles über dieses etwas sonderliche, aber keineswegs illegitime Kind Eratos berichtete. Mein Stolz ist verständlich, mich hier in der illustren Gesellschaft von Friedrich Rückert zu befinden, der ja zufällig gleichfalls ein Coburger war.





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

Basistherapeutikum bei lymphatischer Dlathese und ihren akuten Katarrhen,

Leitsymptom: Infektanfälligkalt schon in der Kindhelt.

Zusemmensstzung: Mec. ex: Red. Althae. 0,4 g, Flor. Chemomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbet. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Ouerc. 0,2 g, Herb. Terax. 0,4 g in 100 g.

1 Dregee enthält: Red. Aithae. 0,008 g, Flor. Chemomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbet. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Juglend. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Terax. 0,004 g, Vitemin C 0,019 g.

Indikationen: Lymphetische Olethese und ihre ekuten Menifestationen (wie Tonsillitis ceterrheils, Pheryngitis leterelis); Schwellungen der Lymphknoten, besondere bei Erkrenkungen im Nasen-Rachenraum; Nechbehendlung nech Tonsillektomle. Chronische Racheninfekte. Zusstztherepie bei ellen ketarrhelischen Infekten. Zur Einschränkung der Chemotharapie.

Kontreindikationen, Nabenwirkungen: keine.

Dosisrung: Zur Besistherepie der tymphetischen Diethese gibt men Kindern bzw. Erwachsenen 3mei täglich 15 bie 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dregees über Wochen, bei akuten Menifestationen (Keterrhen) vorübergehend 5-6mei täglich.

Handelsformen:

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



BIONORICA KG · NÜRNBERG

Blutgeleckt habend, schritt ich weiter auf diesem Wege und suchte mir Neuland auf dem Felde des Schüttelreims: Unseren Beruf. Kleinere solche Gedichte erschienen in verschiedenen medizinischen Zeitschriften. Anläßlich meines 50. Geburtstages gab ich unter dem Titel "Vor Gebrauch schütteln" einen Privatdruck "medizinischer" Schüttelreimgedichte heraus – da verschenkt, ist die Auflage total vergriffen."

Ein größeres Werk "Das Nibelungenlied". Aus dem Sagenhorn geschütte(I)t befindet sich zur Zeit im Druck und wird im Verlauf dieses Jahres im Europäischen Verlag in Wien erscheinen. Nachdem das Nibelungenlied schon in allen möglichen Formen der Dichtkunst und der Musik eine Darstellung gefunden hat, meint Vatke mit Recht in seinem Vorwort:

"... Nun fehlt's nicht jetzt doch Im Schüttelreimgedicht jetzt noch? Falls Musen mich zum Glücke leiten, will Ich In diese Lücke gleiten."

Sein Werk ist ihm wohl gelungen und kann allen Freunden des Schüttelreims nur empfohlen werden. Denn seine Gedichte sind nicht nur "vorwiegend heiter", sondern ausschließlich so. Wenn Confrère Vatke meint, daß er demnach nicht zu den ernsthaften Dichtern zähle, sondern im Dichterhlmmel nur einmal am Katzentisch sitzen dürfe, so ist er gewiß allzu bescheiden. Seine geistreichen Schüttelreimgedichte geben uns Ärzten eine wertvolle Entspannung im Stress des Alltags, wie ja seine Damenschüttelreimrede, die er am Bayerischen Ärztetag in Coburg gehalten hat und die In der Februar-Nummer des "Bayerischen Ärzteblattes" abgedruckt ist, schon bewiesen hat.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Aus dem dichterischen Schaffen Rudolf Vatkes

Messerscherf

Dorthin wohl nur Beherzte eilen, wo mit Skelpell die Ärzte heilen. Dennoch wird Gutes melden hier man von den "Messerheiden" mir. Denn wer die Chirurgie gesehen, der weiß: Sie wird zum Siege gehen.

Wie war's bei EISENBART noch erg — die Heilkunst "seine Art" noch barg. Doch später hört man "Hexer!" loben, els BILLROTH sich und LEXER hoben. Auch LISTER war, nebst BERGMANN, BIER, Fürst im Chirurgen-Heerbann mir.

Man emputierte schnell und fit, men sah das "krenke Fell" und schnitt, wobel men g'rede eben ließ, was nötig noch zum Leben is'. Tribut, den sie so elle geben, war Niere, Megen, Galle eben.

Heut' gar im größten Schmerze heißt es, daß man fort das Herze schmeißt. Und ehe noch Freund Hein geeilt, ist schon ein neues eingeheilt.

Doch fells man bald bei Köplen transplantiert und auch bei "Tröpfen" kann's, fragt man wohl skeptisch: "Wozu sollen den Arzt wir bitten, so zu wollen?"

Schneller geht's kaum!

Fort von der Menschenherde eilen, hieß', das Problem der Erde heilen: Leßt euch in Weltenräume tragen, wo hoch der Menschheit Träume ragen! Denkt, daß die Kosmonauten treu sich immer wieder trauten neu!

Als es noch fast am schwersten eben, sah man bald bei den Ersten schweben euch JEGOROW, wie ihr ja wißt, und der ein Arzt, wie wir, je ist.

Drehte verbissen-stumm die Runde er um die Erde rum, die Stunde er "Sachen" dreißigtausend brauchte, wenn in das Ali er brausend tauchte.

Cave:

Ob da nicht Konsequenzen grollen, die aus der Logik Grenzen quollen: Wenn jetzt ein Mensch mal krank ist, hofft er, s e i n Arzt kām' euch so schnell – und oft – her?

Solidago Dr. Klein

Glomeruläre Nephropathlen · Chronisch renale Hypertonie · Entzündungen und Spasmen der Harnwege

Zusemmensetzung: Extr. fl. Herb. Solidag. virg. 50 g, -Potentiil. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, -Equiset. arv. 12 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

Doslerung: Bel mittlerer Dosierung 3 x täglich 20 Tropfen in etwas Flüssigkeit.

Handelstorm und Preise (Incl. MwSt.): 20 ml DM 4,75 · 50 ml DM 9,70 · 100 ml DM 16,95

Dr. Gustav Kieln Arzneipflanzenforschung 7615 Zetl-Harmersbach/Schwarzwald



(Ver) treu', schau', wem -

Was hat die Kasse nur bestimmt,
daß den Arzt — wenn man's stur benimmt —
nach dem ein Kranker nie gesandt,
"Vertreuensarzt" het sie genannt?
Der Arzt, von dem man Heilung, oft
euch nachts und mit Beeilung hofft,
soil der erst um Vertrauen beten,
wenn hin, die auf ihn bauen, treten?

Soo'n Bartl

War einstmals wer "malad" und stand beim schlichten Arzt in Stadt und Land, hat der en seinem Bart gezogen, und den bedächtig-zart gebogen. (Denn solchen, der auch "Mette" heißt, der Sanitätsret hatte meist.) Er spiegelte die Bürde wider, und machte trotz der Würde bleder. Die Bärte waren Requisit. Für uns - gewöhnlich - sind sie "Ouitt", weil Bärte nur verschönen selten. Doch soll'n wir mit den Söhnen schelten? Woll'n die, wenn sie Diäten teilen, in Universitäten eilen, nach Wissenschaft und Tugend jagen Im Glanz von ihren Jugendtegen, sich an der Alten Fährte binden? Wir deshelb soviel Bärte finden?

Kongresse

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung 1974

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

> 22. Juni 1974 21. September 1974 30. November 1974

in München 80, Mühlbaurstraße 16, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen für die Einführungslehrgänge sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, zu richten bis 14. Juni, 13. September und 22. November 1974.

Die Einzahlung der Teilnahmegebühr von DM 15,— wird auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 00 65 0440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, unter dem Vermerk "Einführungslehrgang" erbeten.

Sedierung löst keine Probleme

in der Psychopharmako-Therapie



DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedlerendes, stimmungsaufhellendes, entriebsstelgerndes Psychopharmakon. Als Brückensubstanz besitzt es sowohl bestimmte neuroleptische als auch antidepressive Eigenschaften und verbindet damit den Grenzbereich zwischen Neuroleptike und Thymoenaleptika.

DOGMATIL Ist das erste Glied einer neuen Generation von Psychopharmaka, die in Pharmekodynemik und Therapie bisher keine Parallelen hat.

DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde. DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakagruppen abgeleitet.

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmekotherapie

DOGMATIL führt sicher zu bewußter Konfliktvererbeitung. DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

DOGMATIL wirkt als Antidepressivum thymoanaieptisch, entriebssteigernd, stimmungseufheilend, hemmungs-lösend.

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, haliuzinolytisch, entiautistisch.

DOGMATIL® [Sulpirid]

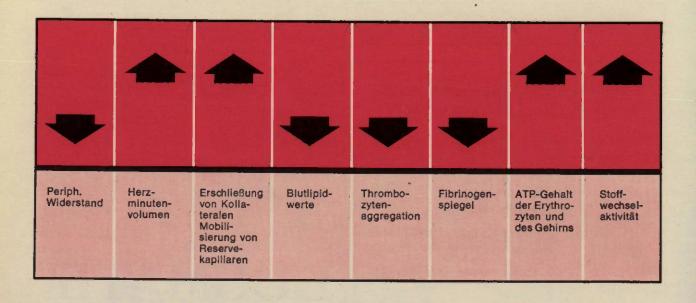
ZUSABMENBETZUNG: 1 Kapsel einhält 50 mg Sulpirid N-[[1-Athyl-pyrrollein-thyl-eneithyl]-d-merhony-5-midianoph benzamid, NRIKATIONERI: Psychoropacative Bendrome mit depretativer Konpocativis, communicativiter in Lesistungs- und Initiativirerun; Psychoropacatives, Psychone new Republication, Lesistungs- und Initiativirerun; Psychonopacativis, phoneme Realtioners bei Enverbrenen Under Depressioners, deborme Realtioners bei Enverbrenen und Gespieller Scholer Scho

Für die klinische Psychiatrie seinen DoCAMATIL PORTE Tabletien zu 200 mg zur Verfügung BEGLETTWINKUNGEN Deleggenlich anzuwich Stithschlich, Transpierzich, Allergien, Mundrückschniell, Namen, Anktomodiscinestörungen, Hypotonie, Europungszustände, Dynalinissien, extrapyramidate Erzcheinungen, Parkinsoniorem, Zyklustatiforungen, Ozakahrrhone, Erzchsteintzungen, Gewirdeszustanhen, übermäßige Bipticheisekreitun, KONTTABPOURTATIONEN, Absolut, Keine, Ratalin: Epilepsie, manische Pisasen. In des Edwangerschaft zur wenn ein nach Anschhideszustanhen der Zustand der Peisientin notwendig ist. HINWEIBE inridige de positiere Wirkung unt das Wachberwählesen empfehält as sich, DOCAMATIL sicht nach 18,00 Uhr einzunsehnen. Die die Reaktion surf Aktoholgeniel sicht vertrossehber ist, notite die gelörzieligie Einzahme von Alkohol um dioCAMATIL vermieden werden. Der Reaktionerendigen in Stredenverkehr und bei die Arbeit kann verfünder werden, mit Individiosiellar Unterschieden ist an erchnen. Bei cardial vorgeschädigiene Philitorielis all die Cosierung de Individualism Uniterachieden ist an erchnen. Bei cardial vorgeschädigiene Philitorielis all die Cosierung de Individualism Uniterachieden ist an erchnen. Bei cardial vorgeschädigiene Philitorielis wirchkoleinen Verlanderungerenzus anchapsens. Durgfäßiges und der Schale der Schale und der Scha

CHEMISCHE FABRIK SCHORHOLZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 373085/6/7.

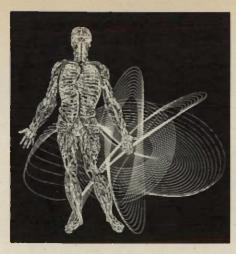
COMPLAMIN 300

Das umfassende Wirkungsprinzip zur Therapie peripherer und zerebraler Durchblutungsstörungen

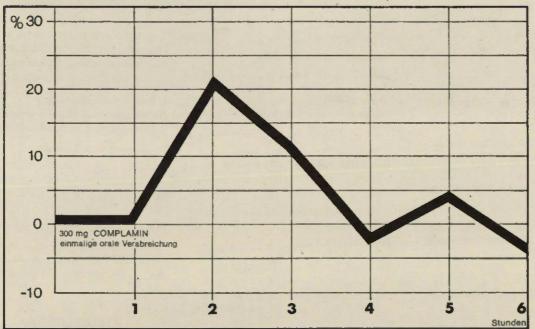


Das bedeutet für die Behandlung:

- Deutliche Therapieerfolge, belegt in über 500 Veröffentlichungen im In- und Ausland
- Dankbare Patienten durch spürbare Besserung der Krankheitssymptome



COMPLAMIN in der Therapie z. B. Gefäßverschlüsse



COMPLAMIN-Ellekt Kurva getastet an 17 gefäßkrankan Beinen, Unterschenkal-Verschluß-Typ (Rheographische Maßargabnissa) Musil, H. E.: Mad. Walt, 24, 103 (1973)

Der objektivierte Therapieerfolg: COMPLAMIN führt zu eindrucksvoller Mehrdurchblutung bei Gefäßverschlüssen des Beines.

INDIKATIONEN

Periphere Durchblutungsstörungen:

Gafäßvarschlüssa mit Claudicatio intarmittans oder Gangran; Endengiilis obliterans; diabetischa Angiopathia; Morbus Rayneud; akuta Thrombosan und Embolian; Thromboseprophylaxa; Ulcus cruris; Decubitus; bel Sudack-Syndrom.

Zerebrale Funktionsstörungen:

Zarabrela Dekompansetion infolga chronischer Mengaldurchblutung: Operations-, Hirntreume- und Apoplexiefolgen; Sehstörungan intolga Ratinopathia; Hörsturz; Meniare'sche Krenkheit. KONTRAINDIKATIONEN

Dekompensierte Harzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt,

ekute Blutungen. BESONDERE HINWEISE

Entsprechend den haufa allgamein gagebanan Empfahlungan sollan Arznalmittal während der Schwangerschaft, basondars in dan arsten 3 Moneten, nur untar stranger Indikationsstallung angawandat warden.

DOSIERUNG COMPLAMIN 300

Im allgameinen 3 x täglich 1-2 Tablattan nach dan Mahlzaitan. ZUSAMMENSETZUNG

COMPLAMIN 300 - Tablattan: 1 Tablatta enthält 300 mg

Xentinol-nicotinat.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

COMPLAMIN RETARD-Teblattan mit 500 mg Xentinol-nicolinat COMPLAMIN-Ampullen zu 2 ml (300 mg Xentinol-nicolinat) und zu 10 ml (1500 mg Xentinol-nicotinet).

PACKUNGSGROSSEN

COMPLAMIN 300: OP mit 60 Teblatten DM.19,~; AR

COMPLAMIN-RETARD: OP mit 20 Tabletten und 60 Tablattan DM 10,30 und DM 27,40; AR

COMPLAMIN-Ampullen: OP mil 10 Ampullan zu 2 ml DM 10.65; AP. Anstaltspackung mil 10 Ampullan zu 10 ml.



WÜLFING ARZNEIMITTEL . NEUSS

53. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 22. bis 24. März 1974 in Augsburg

Thema: Notfalltheraple in der ärztlichen Praxis

Freitag, 22. März 1974

16.00 Uhr:

Laborseminar - Klinische Visiten

20.00-22.00 Uhr:

Filmabend

Semsteg, 23. März 1974

9.00-9.30 Uhr:

Schockbekämptung

Dr. J. Schreiber, Osnabrück

9.30-9.45 Uhr:

Reenimation

Dr. R. O. Scheemann, Osnabrück

9.45-10.30 Uhr:

Störungen des Wesser- und Elektrolytheushaltes

Prof. Dr. G. Junge-Hüising -Dr. K. E. Windhagen, Osnabrück

11.00-11.30 Uhr:

Endogene Komete I (Coma basedowicum, Myxödem, ADDISON-Krise) Dr. R. O. Scheemann, Osnabrück

11.30-12.00 Uhr

Endogene Komata II (Coma diabeticum, hypoglykämischer Schock) Dr. J. Sichire I bie r. Osnabrück

14.00-15.15 Uhr:

Podiumsgespräch

Organisetorische und wissenscheftliche Grundlagen des ärztlichen Notfalldlenstes

unter Teilnahme der Referenten des Vormittegs sowie Privatdozent Dr. K. H. Welsch, München, Dr. K. Hellmenn, Augsburg, Dr. G. Fischbach, Augsburg, sowie Vertreter des BRK

Sonntag, 24. März 1974

9.00-9.30 Uhr:

Nottaltdiagnostik und Notfelltherepie beim akuten Abdomen

Prof. Dr. E. Ungeheuer, Frenkfurt

9.30-10.00 Uhr:

Die Verbrennungskrenkheit Prof. Dr. H. U. Buff, Zürich 10.00-10.30 Uhr:

Der psychiatrische Notfelt (einschließtich Drogennottall)

Univ.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wien

11.00-11.30 Uhr:

Nottaltkardiologie

Dr. J. Schmidt-Voigt, Bad Soden

11.30-12.00 Uhr:

Nottaltpulmonologie

OMR Dr. G. Reusch, Ruppertshain

14.00-16.00 Uhr:

Die ekute Lunge bet Kindern

Prof. Dr. K. D. Bechmann, Münster

Das ekute Abdomen bei Kindern

Priv.-Doz. Dr. L. D i e k m e n n , Münster

Differentieldlegnose der Bewußtseinsstörung

Dr. H. Gröbe, Münster

Während des gesamten Kongresses findet eine pharmazeutisch-medizinisch-technische Aussteilung statt, die von 8.00 bis 17.00 Uhr geöffnet ist.

Auskuntt und Anmeldung:

Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 3 37 77

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

18. 3. - 22. 3. 1974:

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I (Grundlageniehrgeng)

1. 4. - 5. 4. 1974:

Sozialmedizinischer tntormationskurs

6. 5. - 10. 5. 1974:

Epidemiologie und epidemiologische Methodik II (Fortgeschrittenen-Lehrgeng) 17. 6. - 28. 6. 1974:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

23. 9. - 18. 10. 1974:

A-Kurs tür Arbeitsmedizin (Welterbildung tür die Erlengung der Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin")

4. 11. - 8. 11. 1974:

Sozielmedizinischer Informationskurs

14/15. 11. 1974:

Arbeitsmedizinisches Seminar

28./29, 11, 1974;

Jehrestagung der Deutschen Gesellscheft für Sozialmedizin e.V.

17. 2. - 14. 3. 1975:

B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusetzbezeichnung "Arbeitsmedizin")

22. 9. - 17. 10. 1975:

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Eriengung der Zusetzbezeichnung "Arbeitsmedizin")

Tegungsort und Auskuntt:

Beyerische Akademie für Arbeitsund Sozielmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 259-260

Zimmerbestellungen:

Fremdenverkehrsemt der Landeshauptstedt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (089) 23911

Ärzteseminar "autogenes Training"

vom 19. bis 21. April 1974 in Bed Wörlshofen

Verenstalter:

Kneipp-Bund e. V., Bad Wörlshofen

Leitung

Dr. med. W. Dogs, Chefarzt der Burghof-Klinik für Psychosomatische Erkrankungen, Rinteln

Ort:

Bed Wörishoten, Sebestian-Kneipp-Schule

Dieses Seminer soll zum Ziel haben, möglichst vielen Ärzten Theorie und Praxis des autogenen Trainings zu vermitteln — selbständige Leitung entsprechender Kurse; Anwendung des eutogenen Trainings in der eigenen Praxis

Auskunft:

Kneipp-Bund e. V., 8000 München 60, Postfach 264, Telefon (089) 885218 gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN

der unkomplizierte Tranquilizer zur medikamentösen Psychotherapie

Onny Zu erholsamem Schlafbei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

Zusemmensetzung: 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2h-1,4-benzodlazepin-2-on Indikationen: Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlefrhythmik; kerdioveskuläre Störungen; gastro-intestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetetive Syndrome der Freu; Dentitionsbeschwerden bei Kleinkindern; Im effektiv-emotionelen Bereich: nervöse Reizberkeit; Dbervergetheit: enryöse Frschöpfungs-Dbererregtheit; nervöse Erschöpfungs-zustände; Sexuelneurosen; Dberforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, euch vor zahn-

ärztilchen und ärztilchen Eingriffen; Erwertungsengst vor besonderen Belestungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten. Kontreindiketion: Myasthenia gravis Doslerung: In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Morgens 1 Tebl., mittags 1 Tebl., bends 2 Tebl. Suppositorien für Erwachsene: Morgens 1 Supp., ebends 1 Supp. Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so deß eine Individuelle Doslerung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1–3 Jahren 1–2 mal 7,5 mg ärztlichen und ärztlichen Eingriffen:

(1/2 Doppelkonus), 4–5 Jehren 2–3 mai 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), eb 8 Jehren 1–3 mai 15,0 mg (1 Doppelkonus). Zur Beachtung: Verkehrstellnehmer sollten beachten, deß Adumbren die Verkehrssicherheit beeinflussen kenn. Der gleichzeltige Genuß von Alkohol und die gleichzeltige Einnehme enderer beruhigender Arznelmittel sind zu vermelden.

Hendelsformen: Tebletten zu 10 mg Pendelsformen: Tebletten zu 10 mg
OP mit 25 Tabletten DM 6,50
OP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwechsene zu 30 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg OP mit 5 Suppositorien DM 4,45 OP mit 10 Suppositorien DM 8,20 Klinikpeckungen zu ellen Darreichungsformen Unverbindl. empf. Preise It. AT

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I

(Grundlagenlehrgang)

vom 18. bls 22. März 1974 in Münchan

Epidemiologie und epidemiologische Methodik II

(Fortgeschrittenen Lehrgang)

vom 8. bla 10. Mai 1974 in München

Für Interessenten besteht in sehr begrenztem Umfeng die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung für die Reise- und Unterhaltskosten durch die DFG. Es wird gebeten, die entsprechenden Formulare bei der Bayerischen Akademie enzufordern. Die Teilnahme an den Lehrgängen selbst ist kostenlos.

Ort:

Bayerische Akademie für Arbeitsund Sozialmedizin, München 22, Pfarrstraße 3

Zimmerbeatellungen:

Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (889) 23911

Auakunft:

Bayerische Akademie für Arbeitsund Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstreße 3, Telefon (0.89) 21 84 259-260

Klinische Fortbildung In Bayern 1974

Neurologie und Psychlatrie für Aligemeinund niedergelassene Fachärzte

vom 5. bis 7. April 1974 in Erlangen

Leitung:

Professor Dr. H. H. Wleck, Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik Erlangen

Ort:

Stadthalle Erlangen, Großer Saal

Thama:

Kopfschmerz - larvierte Depression

Auskunft und Anmaldung:

Beyerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (ü.89) 47 60 87 (Apparat 95)

5. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Abiatio retinae

mit Untarstützung des Wacker-Fonda, Ludwig-Maximilians-Universität München am 26/27. April 1974

Da in Essen der 2. Internationale Fortbildungskurs für Photokoagulation stattfindet, wird der diesjährige Ablatio-Diagnostik-Kurs nur in München abgehalten.

Auskunft:

Professor Dr. med. O.-E. Lund, Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, 8000 München 2, Mathildenstraße 8, Telefon (§ 89) 55 32 21 / 22 / 23

91. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chlrurgie

vom 8. bis 11. Mei 1974 in München

Präsidant:

Professor Dr. med. Fritz K ü m m e r - 1 e , Mainz

Theman:

Indikationen zum chirurgischen Eingriff – Interdisziptinäre Zusammenarbeit – Biomedizinische Technik in Ihrer Bedeutung für die moderne Chirurgie

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (0 89) 4 14 01

Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 24. bla 28. Mel 1974 in Nürnbarg

Thaman:

Die heutigen Risiken und Komplikationen in der operativen Gynäkologle – Zum heutigen Stand der EPH-Gestose – Rundtischgespräch

Klinische Demonstrationen em 24. Mal 1974, nachmittags

Auakunft:

Professor Dr. G. Stark, Städtische Frauenklinik, 8500 Nürnberg, Flurstraße 7, Telefon (0911) 398 22 22

24. Lindauer Psychotherapiewochen

vom 29. April bis 11. Mai 1974

Varanstaltar:

Vereinigung für psychotherepeutische Weiterbildung e. V.

Leltung:

Privatdozent Dr. med. Helmuth Stolze, München

Theman:

Diagnose: "Hysterle"? — Neuere Konzepte zur Ehe- und Familientheraple

In 7 Vorlesungen und etwa 11t Kursen, Seminaren und Übungen, die an den Nachmittagen der ersten und in der zweiten Woche stattfinden, wird ein vielseitiges psychotherapeutisches Fortbildungs- und Weiterbildungsprogramm angeboten werden.

Für die Teilnahme ist eine vorherlge Anmeldung erforderlich.

Auskunft:

Privatdozent Dr. med. Helmuth Stolze, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31, Telefon (0 89) 98 10 02

Fluggemeinschaftsreise zur 28. Generalversammiung des Weltärztebundes In Stockholm

vom 31. August bla 8. September 1974

Diese Fluggemeinschaftsreise wird mit Linienmaschinen der LUFTHANSA durchgeführt.

Während der Kongre8tage werden eine Schärentour und eine Uppsala-Tour fakultativ angeboten.

Ralaaprais pro Parson:

Ab/bis München DM 1099,—; ab/bis Nürnberg DM 1073,— (Flugreise In der Economy-Klasse nach Stockholm und zurück, Trensfers vom Flughafen in Stockholm zum Hotel SHE-RATON und umgekehrt im Rahmen der Fluggemeinschaftsreise, Unterbringung in Doppelzimmern mit Bed und Continental-Frühstück).

Die vorgenannten Preise basieren auf einem Gruppenflugtarif, der Individuelle Änderungen nicht erlaubt.

Wird durch Aufentheltsverlängerungen bzw. -verkürzung der Rückflugtermin zu einem anderen Zeitpunkt



Zur umfassenden Therapie der Koronarinsuffizienz

Isoptin

Ca++ Antagonismus ohne Beta-Blockade

hochwirksam durch Senkung des O₂-Verbrauchs risikoarm keine Aufhebung der sympathischen Regulation

Doppelblindstudien* beweisen: Isoptin senkt die Anfallshäufigkeit und steigert die Belastungsfähigkeit des Koronarpatienten.

* z.B.: Livesley, et all, "Double-blind Evalution of Verapamil, Propranolol, and Isosorbide Dinitrate against a Placebo in the Treatment of Angina Pectoris."

Britisch Medical Journal 136/1973

Indiketionen

Akute und chronische KoronarInsuffizienz; Vorbeugung und
Nachbehandlung des Herzinfarktes;
tachykarde Rhythmusstörungen, wie
paroxysmale supraventrikuläre
Tachykardie, absolute Arrhythmie
infolge Vorhofflimmerns, Vorhofflattern mit schneller Überleitung,
Extrasystolie.

Bel Patienten mit chronischem Vorhofflimmern zur medikamentösen Herbeiführung und Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus in Kombination mit Chinidin.

Zur besonderen Beachtung! Bei manifester Herzinsuffizienz zunächst Kompensation mit Herzglykosiden.

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung des Arzneimittels – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Doslerung

Erwachsene erhalten im Regelfall je nach Indikation und Schwere der Erkrankung 1 bis 2 Dragées Isoptin 40 mg bzw. 1 Dragée Isoptin 80 mg 3 mal täglich. Isoptin kann gegebenenfalls vorübergehend auch höher dosiert werden.

Zusammensetzung

Isoptin ist α-Isopropyl-α-(IN-methyl-N-homoveratryl)-γ-aminopropyl)-3,4-dimethoxyphenyl-acetonitril.
1 Dragée Isoptin 40 mg enthält 40 mg Isoptin-Hydrochlorid.
1 Dragée Isoptin 80 mg enthält 80 mg Isoptin-Hydrochlorid.

Handelsformen isoptin® 40 mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 10,-100 Dragées Orig.-Pckg. DM 17,10

Isoptin® 80 mg

20 Dragées Orig. Pckg. DM 7,80 50 Dragées Orig. Pckg. DM 17,-



KNOLL AG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen gewünscht, ergeben sich folgende Flugmehrkosten: eb/bis München DM 174,-; ab/bis Nürnberg DM 116,-.

Anmeldeschluß: 19. Juli 1974

Auskunft:

Deutsches Reisebüro GmbH, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Lendstraße 25-27, Telefon (0611) 1566-1

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft e. V.

vom 29. bis 31. März 1974 in Nürnberg

Themen

1. Prektische Fortbildung im Zentralen Strahleninstitut Nürnberg (MD Dr. Jakob)

Wert der Mammographie für die Behandlung des Mammakarzinoms

- 2. Pethologie, Klinik, Chirurgie und Radiologie der Erkrenkungen des kindlichen Verdauungstraktes, die mit Stenosen und Verschlüssen einhergehen
- Erkrankungen des Aortenbogens und Aortenbogengefäße
- Nuklearmedizin: Diagnostik der Schilddrüsenerkrankungen, Lungenfunktionsdiagnostik

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. H. Schlotter, Städtische Krankenanstalten, 8510 Fürth, Jakob-Henle-Straße 1, Telefon (09 11) 7 38 11 (Apparat 203)

Therapeutika

Cepovenin® 1,0, 2,0, 4,0 rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

Natriumselz der 7-(2-Thienyi-ecetamido)-cephalosporansëure (Cephelotin-Netrium).

- 1 Flasche Cepovenin 1,0 enthäit: 1,056 g Cephalotin-Natrium entspr. 1,0 g Cephalotin.
- 1 Flasche Cephalotin 2,0 enthält: 2,112 g Cephalotin-Natrium entspr. 2.0 g Cephalotin.
- 1 Flasche Cevopenin 4,0 enthäit: 4,224 g Cephalotin-Natrium entspr. 4,0 g Cephalotin.

Indikationen:

Bakterleile Infektionen der Atemwege, des Urogenital- und des Magen-Derm-Trektes, der Welchteilgewebe und der Heut. Septische Erkrankungen wie z. B. septischer Abort, Endokarditis, Staphylokokken- und Pneumokokken-Meningitis. Osteomyelitis und Peritonitis.

Kontraindikation:

Oberempfindlichkeit gegen Cephelosporine.

Dosierung:

Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre erhalten je nach Erregerempfindlichkeit und Infektiokelisation Im eilgemeinen 4- bis 6-stündlich (0,5-) 1,0 bis 2,0 g. Die Tagesdosis kenn euf 12,0 bis 16,0 g gestelgert werden.

Säuglinge und Kinder erheiten im eilgemeinen täglich 30 bis 60 mg/kg

Körpergewicht (KG) In 4 bis 6 Einzelgaben. Die Tegesdosis kenn bis auf 120 mg/kg KG gestelgert werden. Bei Früh- und Neugeborenen ist wegen der geringeren Nierencleerence en der unteren Grenze zu dosleren.

Cepovenin kenn I.v. injiziert und infundiert sowie I.m. injiziert werden. Weltere Hinweise zur Anwendung vgl. Packungsbeilage oder Prospekt. Cepovenin wird euch von Patienten mit verminderter Nierenfunktion gut vertragen. In diesen Fällen ist die Tagesdosis zu reduzieren (Richtlinien vgl. Prospekt).

Eigenschaften:

Cepovenin wirkt bakterizid (nach gleichem Wirkungsmechanismus wie Penicilline) euf eine Vielzahl grampositiver und gramnegativer Erreger. Cepovenin ist penicillinesefest und somit auch bei Infektionen mit penicillinaseresistenten Staphylokokken wirksam. Infolge geringer Toxlzität ergibt sich breiter Dosierungsspieiraum, so daß auch Infektionen mit mäßig empfindlichen Erregern behandelt werden können. Cepovenin kann in der Schwengerschaft, bei fehlender körpereigener Abwehr, bel eingeschränkter Nierenfunktion (besonders Dosierungsrichtlinien beechten! vgl. Prospekt) sowie bel Frühund Neugeborenen eingesetzt werden. Cepovenin ist gut dielysabel.

Zur Beachtung:

Gelegentlich wurden reversible Neutropenien sowie Eosinophillen beobachtet. Generalisierte urtikarielle oder makulopepulöse Exantheme können

(Fortsetzung S. 261)

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält: 150 mg Ferro-glukonat 15γ Vitamin B¹² 2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees DM 3,90 O.P. zu 50 Dragees DM 6,40 Zur hochwirksamen preisgünstigen oraien Anämle-Theraple mit dem gut verträglichen und schneil resorbierbaren Fe++-glukonat

EHRL & CO., Arzneimittel KG, 8 München 66

euftreten. Anaphylaktische Reektionen sind selten. Es ist zu beachten, daß bei Patienten mit Penicillinallergie gelegentlich auch eine Kreuzallergie zu Cephalosporinen bestehen kann. Kreuzellergien zu anderen Antibiotika sind nicht bekannt. Bei Anephylaxie ist die Behandlung sofort ebzubrechen (Gegenmaßnahmen vgl. Prospekt). Cepovenin sollte nicht mit anderen Antibiotika oder anderen els den genannten Verdünnungsflüssigkeiten verabfolgt werden.

Nach Möglichkeit sollten nur frisch zubereitete Lösungen verwendet werden.

Ausführliche Angaben sind dem wissenschaftlichen Prospekt zu entnehmen.

Handelsformen und Preise:

Cepovenin 1,0 1 Flasche DM 26,10

Anstaltspackungen: 25 Flaschen; 25 Flaschen + 25 Amp. zu 10 ml Aqua pro inj.

Cepovenin 2,0 1 Flasche DM 46,35

Anstaltspackungen: 25 Flaschen; 25 Flaschen + 25 Amp. zu 20 mi Aqua pro inj.

Cepovenin 4,0

5 Infusionsffaschen mit Aufhängebeutel + 5 Flaschen zu 40 ml Aqua pro inj. + 5 Überleitungskenülen DM 400,40

Anstaltspackungen: 25 Infusionsflaschen mit Aufhängebeuteln; 25 Infusionsflaschen mit Aufhängebeuteln + 25 Fleschen zu 40 ml Aqua pro inj. + 25 Überleitungskanülen

Hersteller:

Farbwerke Hoechst AG, 6230 Frankfurt 80, Glaxo Phermazeutika GmbH, 2060 Bad Oldesloe

Normofaxol®

Zusammensetzung:

4,4'-(2-Chinolylmethylen)-diphenol-

hydrochlorid. Normolaxol Ist eine neue, spezifisch kolonwirksame und motilitätsfördernde Monosubstanz mit sicher laxierendem Effekt. Es ist sehr gut verträglich und beeinflu8t nicht andere Organsysteme wie Herz, Kreislauf, ZNS, Leber oder Niere, euch nicht bei Lengzeitapplikation. Die Dünndarmmotilität bleibt unbeeinflußt, so daß auch Magen-, Leber-Galle- und Pankreas-Patienten Normolaxol gut tolerieren. Vier Applikationsformen ermöglichen einen zeitgerecht dosierbaren und gewünschten Wirkungseintritt, den evtl. recht unterschiedlichen Erfordernissen bei den einzelnen Patienten angepaßt.

Kein Mißbrauch oder Gewöhnung, denn die Rezeptpflicht für Normolexol unterwirft die Dauer der Behandlung der Entscheidung des Arztes.

Indikationen:

Akute und chronische Formen der Obstipation verschiedenster Genese. Erschwerte Stuhlentleerung bei gravierenden Allgemeinerkrankungen, vor und nach Operationen. Stuhlträgheit bei Bettruhe, auch im Wochenbett, bei Kostumstellung und Milieuveränderung. Harte Stuhlkonsistenz bei Hämorrhoiden und Analfissuren, Vorbereitung von Röntgenuntersuchungen im Intestinaltrakt.

Dosierung:

Zur morgendlichen Stuhlentleerung: 1 (- 2) Dragees oder 1 (- 2) Teelöffel Suspension (Kinder ¹/₂ Teelöffel = 2,5 ml) nach dem Abendessen. Bei rasch erwünschter Wirkung nach 15 bis 30 Minuten: 1 Supp. für Erwachsene (150 mg) bzw. Kinder (50 mg).

Handelsformen:

Dragees, Suspension, Suppositorien für Erwachsene und Suppositorien für Kinder.

Hersteller:

C. H. Boehringer Sohn, 6507 Ingelheim am Rhein

Kongreßreisen

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

Studienreisen nach Moskeu und Leningrad

Arbeitsmedizin – Werksärztlicher
 Dienst

vom 11. bis 18. Maí 1974

2. Neurochirurgie vom 25. Mei bis 1. Juni 1974

Diese Fluggemeinschaftsreisen werden mit Chartermaschinen der Lufthansa und Aeroflot durchgeführt und bieten ein interessantes Fachprogramm.

Reisepreis pro Person und Route: DM 989,- eb/bis Frankfurt

Auskunft: "Bayerisches Ärzteblatt", 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmaf geändert werden, empfehlen wir, euf jeden Feli vor dem Besuch einer Tegung sich noch einmai mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftssteile in Verbindung zu setzen.

April 1974

3. - 7. 4. in Florenz:

IX. Internationaler Kongreß für Anglologie. Auskunft: Prof. Pratesi, Divisione di Angiologia, Archispedale Regionale S. Maria Nuova, I-50 100 Fiorenz.

(Fortsetzung Seite 264)

Schlüsselfertige Praxiselnrichtungen Labortechnik, Hämodiefyse

Beratung Projektierung Finenzierung Kundendienst EEG Echo-EEG EKG EMG Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bsyern im Monat Dezember 1973 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Der bedeutende Anstieg der Erkrankungshäufigkeit an Scharlach im November setzte sich im Dezember schwächer fort. Die Meldeziffer stieg von 111 auf 122 je 100 000 Elnwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen, traten im Dezember etwas seltener als im Vormonat auf.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im Dezember etwas weniger Menschen als im November, nämlich 33 auf 100 000 Einwohner gegenüber 37 im Vormonat. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) blieb dagegen auf gieicher Höhe, und zwar bei 34 auf 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrenkungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Dezember 1973 (vorläufiges Ergebnis)

	1	1 2		3	3		4	5 8				7		8		9		10		11		12		
							(Obertragbare									Bak- teriolis		Ente	oritie	Infect	nfectioes		
Geblet								hauten	tzündung		Geh	len-	Tuest	NIA.	Par		Ru	hr	-					
		Diph- therie		Schar- lach		Kinder- lähmung		Meningo- kokken- Meningitis		übrigs Formen		ûn- ng	Typhus ebdomi- nalis		typhus A und B		(ohns Amōben- ruhr)		Salmonallose		Obr		Sotu- liemus	
	Eŋ	\$T*)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	S
Oberbayern	_		346	_	-	_	6	1	13	_		-	-	-	_	_	1	_	101	-	-	_	-	
Hederbsyern	-	_	63	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-		-	1	_	61	-	-	-	-	
berpfalz	-	-	49	-	-	_	2	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	-	-		-	
berfranken	-	-	109	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	1	-	-	-	
ditteifrenken	-	-	144	-	-	-	2	-	7	1	2	-	2	-	-	-	1	-	18	1			-	
Interfranken	-	-	233	-	-	-	4	1	3	-	1	-	-	-		-	-	-	5	-	-		-	
ichwaben	1	-	67	-	-	-	1	-	3	-		-	-	-	-	-	1	-	11	-	- 1		-	
ssysrn	1	-	1011	-	-	-	16	2	42	1	4	-	2	-	-	-	4	-	274	2	1	-	-	
München	_	_	195	_	_	_	1	_	_	_			-	_	_	_	1	-	48	-	-	_	-	
Nürnberg	-	_	44	_	_		1	_	4	1	1	_	-	-	_	_	1	-	3	1	-	_	-	
Lugaburg	-	_	4	_	_	_	-	-	_	-	_	-	-	-	_	-	-	-	-	-	-	_	-	
legensburg	-	_	8		_	_	-	-	-	-	-	_	_	_	_	_	_	-	20	-	-	-	_	
Vürzburg	-	_	29	_	_	_	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_	-	_	-	-	-	_	-	
Grth	-	-	8	-	_	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	1-	-	-	-	-	-	
	1	13		14		5	10	6 1	17	T	18	T	19		20		21	2	2	2	3	-	24	
			those																					
					Sru	cel-	Malarie-														Ver-			
				Poitta-		übrige			Erst- erkran-			Q-		plas-									fälle	
G*bl*t			Peli	tta-	übi	ige	(übi	se rige					Toxo-		fund-									
	Inf		Peli	-		ige men		rige		n-	Q- Flebe	H												
	Inf	00-		-			(übi	rige	erkrai	n-	Flebe	er ST	plas- mose		tarr-	E	ST	E	8 T	E	8T		von Tell-	
	inf	00- 08	co	88	For	men	(übi Forn	rige nen)	erkrai	n-	Flebe		plas- mose	KT E	tarr- rampf	E	ST	E	81	E	ST.		von Tell-	
Derbayern	inf tio	ST	E	ST	For	ST	Forn	rige nen)	erkrai kung E	ST	Flebe E	ST	plas- mose	kr E	tarr- rampf		ST	E	\$T	E	ST		von Toll- wut ")	
Oberbayern Niederbayern	Inf tlo	ST _	E _	ST -	For E	ST -	(übi Forn	rige nen) ST	erkrai kung	ST -	Flebe E :	ST _	plas- mose E \$	kr E	starr- rampf		ST	E	8 T	E	ST.		von Toll- wut ")	
Oberbayern Niederbayern Oberpfelz	Inf tlo E 74 44	8T - 1	E	ST -	For E	ST -	(übi Forn	rige nen) ST	erkrai kung	8T	Flebe E :	ST	plas- mose E \$	kr E	starr- rampf		ST	E	81	E	ST.		von Toll- wut ")	
Oberbayern Niederbayern Oberpfelz Obertranken	74 44 16	8T - 1 1	E	8T	2	ST -	(übi Forn	st -	erkrai kung	8T	Flobe E 1	ST	plas- mose E S	kr E	starr-rampf		ST	E	ST	E	ST		von Tell- wut')	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfelz Oberirenken Mittelfrenken	74 44 16 25	8T - 1 1 -	E	ST	2	ST -	E 1 - 1	st -	erkrai kung	ST	Flebe	8T	Plas- moce E S 3	kr E	starr-rampf		ST	E	ST.	E	81		von Tell- wut')	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfelz Obertranken Wittelfrenken Unterfranken	74 44 16 25 39	8T - 1 1	E 2	ST	2	8T	E 1 - 1	st -	E	8T	Flebe	ST	Plas- mose E S 3	kr E	starr-rampf		ST	E	81	E	ST		von Tell- west ?)	
Oberbayern Glederbayern Oberpfelz Oberfranken Alttelfranken Interfranken Schwaben	74 44 16 25 39 55	8T - 1 1 - 1 1	E 2	8T	2	ST -	(über Form	st -	E 1	ST	Flebe	ST	B S	kr E	\$1		ST	E	ST	E	ST		13 9	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfelz Oberfranken Mittelfranken Jnterfranken Schwaben	74 44 16 25 39 55 33 286	ST - 1 1 1 1	E 2	8T	2 - 1 - 3	ST -	(über Form	st	E 1 1 1	ST	E : 1 16	ST	plas-mose E S 1 - 4	kr E	81 81 1 1 - 2 -		ST	E	ST.	E	ST		13 9 60	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfelz Oberfrenken Mittelfrenken Schwaben S s y s r n München	74 44 16 25 39 55 33 286 36	8T - 1 1 - 1 - 3	E 2 - 2 - 2	8T	2 1 - 3 2	8T	(über Form	st -	E 1 1 1	ST	E : 1 16 17	ST	Plas-mose E \$	kr E	S1		ST	E	ST	E	8T.		13 9 60	
Oberbayern Niederbeyern Oberpfeiz Oberfrenken Mittelfrenken Schwaben S s y s r n München	1 Inf tto E 74 44 16 25 39 55 33 286 36 12	8T	E 2 2	ST	2 - 1 - 3	ST	(übi Forn	st	E 1 1 2	ST	E : 1 16 17	ST	Plas- Mose S S S S S S S S S S	kr E	\$1		ST	E	ST	E	ST		13 9 60	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfelz Oberlrenken Mittelfranken Unterfranken Schwaben S s y s r n München Nürnberg Augeburg	74 44 16 25 39 55 33 286 36	8T - 1 1 - 1 - 3 - 3 -	E 2 - 2 - 2	8T	2 1 - 3 2	ST - - - - - - - - - -	(über Form	st	E 1 1 2	ST	Flebe E : 1	ST	Place	kr	S1		ST	E	ST	E	ST		13 9 60 82	
Oberbayern Niederbsyern Oberpfstz Obertranken Mittelfranken Unterfranken Schwaben S s y s r n München Nürnberg Augeburg Regensburg	74 44 16 25 39 55 33 286 36 12 8	8T - 1 1 - 1 - 3	E 2 2	ST	2 1 - 3 2	ST	(übe Form	st	erkrai kuns	ST	Flebe E : 1		Plas- Mose S S S S S S S S S S	kr	S1		ST	E	ST	E	ST.		13 9 60 82	
Oberbayern Niederbayern Oberpfelz Oberlrenken Mittelfrenken Schwaben S s y s r n München Nürnberg Augeburg Regensburg Würzburg Fürth	1 Inf tto E 74 44 16 25 39 55 33 286 36 12	ST - 1 1 - 3 - - - - - - -	E 2 2	ST	2 1 - 3 2	ST	(übe Form	st	erkrai kuns	ST	Flebe E : 1	ST	Place	kr kr	S1		ST	E	ST	E	8T.		13 9 60 82	

^{*)} Bericht des Seyerischen Statistischen Landssamtes.

^{&#}x27;) "E" = Erkrankungen (einschl, der erst beim Tods bekanntgewordenen Krenkheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
') "ST" = Sterbefälle.
') Verletzungen durch sin tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowis Serührungen sines solchen Tieres oder Tierkörpera.

die "Nur-einmal-täglich-Tablette"

Senkt schonend den Serumharnsäure-Spiegel in den Normbereich

auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz*

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

"Durch eine frühzeitige Behondlung der Hyperurikämie kann das Auftreten einer Gicht mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden. Die echte Chonce der Prophyloxe einer schwerwiegenden, risikobelodenen chronischen Kronkheit sollte genutzt werden".

G. Josenhans im Vorwort zum Kolloquium in Bod Bramstedt am 24.2.73 Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pra Tag zu sich nehmen. Bei Steindiathese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4-6,8, speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte. Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldarf



5. - 10.4 in Bad Bellingen:

Seminar für ärztliche Fortbifdung der Ärztlichen Lebensmüdenbelreuung. Auskunft: Dr. Dr. K. Thomes, 1000 Berlin 37, Glockenstraße 17.

8. - 20, 4. in Meren:

VI. Internetioneler Seminerkongre8 für prektische Medizin, verenstallel von der Bundesärzlekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekemmer, 5000 Köln 41, Postfech 41 02 20.

19. - 21. 4. in Bad Nauheim:

40. Jehreslegung der Deulschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung, 6350 Bad Nauheim, Max-Planck-Institut.

21. - 25. 4. in Wiesbaden:

80. Tegung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, Kliniken der Landeshauptstadt, 6200 Wiesbaden.

22. - 26. 4. in München:

Biochemische Anelytik 74. Auskunft: Biochemische Analytik 74, 8000 München 2, Nußbeumstraße 20.

22. - 26. 4. in Peris:

12. Internationeler Kongreß über Audiologie. Auskunft: M. J. Rein-vifle, Clinique O.R.L., Höpitel Lariboisière, 2, rue Ambroise Paré, F-75010 Paris.

25. - 27. 4. in Den Haeg:

Inlernationeler Frühjahrskongreß für Allgemeinmedizin, Auskunft: SIMG, Freu Dr. M. Kepsch, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstreße 22.

27. 4. - 1. 5. in Bad Aussee:

20. Ausseer Symposion (Themen: Krankheit und Urlaub, Berufskrankheiten). Auskunft: OMR Dr. H. Welzig, A-8990 Bad Aussee.

27. 4. - 1. 5. in Bad Brückenau:

3. Lehrgeng für physikellsche Theraple zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren". Auskunft: Gesellscheft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e.V., 6900 Heidelberg 1, Blumenthalstreße 38.

27. 4, - 1. 5. in Timmendorfer Strend:

3. Frühjahrssymposion. Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ërztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oldesloe, Hude 1. 29. 4. - 11. 5. in Lindeu:

24. Lindeuer Psychotherapfewochen. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. S t o I z e, 8000 München 81, Adelbert-Stifter-Straße 31.

Mai 1974

2. - 4. 5. in Bad Lippspringe:

11. Fortbildungskurs über allergische Erkrenkungen. Auskunft: Dr. W. Rüdiger, 4792 Bad Lippspringe, HNO-Klinik.

2. - 4. 5. in Hrubá Skála:

II. Internationales Symposion über die Zellenaspekte des Alterns. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellscheft, Skolská 31, 12026 Prag 2.

2. - 4. 5. in Konstenz:

Bundeslegung des Berufsverbandes der Praklischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedlzin. Auskunft: BPA, 5000 Köln 1, Belfortstreße 9/XII.

4. - 6. 5. in Freudenstedt:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge — Aulogenes Treining und Bewegung. Auskunft: Dr. G. Eberlein, 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

10. - 11.5. in Bad Kissingen:

III. Internationales Kolloquium über "Aktuelle Diabetes-Probleme In Klinik und Praxis". Auskunft: Prof. Dr. D. Müting, Spezialklinik Prof. Kelk, 8730 Bad Kissingen.

13. - 16. 5. in Neuherberg:

Röntgenstrahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strehlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1. 15. - 17. 5. in Hannover:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Blomedizinische Technik. Auskunft: Biomedizinische Technik 1974, 3000 Hannover-Kleefeld, Postfach 320.

17. - 18. 5. in Hennover:

 Jahrestegung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Ultraschelldiagnosilk. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. P. Otto, 3000 Hennover, Podbielskistreße 380.

18. - 19. 5. in Hennef:

Foribildungslehrgang des Deulschen Sportärztebundes, Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.

19. - 23. 5. in Grez:

Inlernationaler Betriebsärztekongre8. Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, A-8010 Grez, Radetzkystre8e 20/1.

20. - 23. 5. in London:

1. Europäischer Kurs in Thorax-Radiologie. Auskunft: The London Secretariat of the Fleischner-Society, Dr. Ien H. Keller, 156 Lambeth Road, London S. E. 1.

20. - 25. 5. in Dublin:

 Weltkongreß über Verh
ütung von Berufsunf
äflen und -krankheiten. Auskunft: Int'i. Assoc. of Social Security, 154 rue de Lausanne, CH-1200 Genf.

Bellegenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte der Firma Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Großburgwedel/Hann. bei.

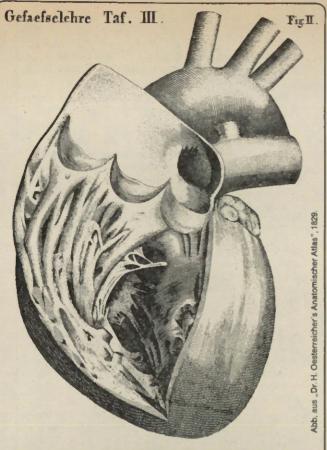
"Beyerisches Arztebiett". Hereusgeber und Verleger: Beyer. Landesärztekemmer, 8000 München 80. Mühlbeurstreße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, vertreten durch Dr. med. Lother Siuke. Die Zeitschrift erscheint monetilich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Des Recht auf Kürzung bleibt vorbeheiten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitreg enthelten. Postscheckkonto Nr. 52,51-802. Amt München, Bayerische Lendesärztekammer (Abt. "Beyerisches Ärzteblett"). Anzeigenverweitung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verleg und Anzeigenverweitung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstreße 29, Teleton 55,80,81,55,82/41-48, Fernschreiber: 05/23,662, Telegremmedresse: etles-press. Für den Anzeigenteil verentwortlich: Ernst W. Scherschinger, München. Druckerel und Verleg Hans Zeuner jr., 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotogrephie sowie des Recht der Übersetzung in Fremdsprechen für elle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nechdruck, euch euszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlegs. Rücksendung nicht verlengter Menuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschleg mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen en die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder euszugsweisen Veröftentlichung voreusgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebrecht werden.





Altersherz, nervöse Extrasystolen, Cor nervosum; Schwindelgefühl, Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle bei Hypotonie; für die Kleine Herztherapie.

Doslerung: 3x tgl. 4 – 5 Tropfen aut ainam Stück Zucker. Diabetiker nahman Korodin auf ainam Stückchen Brot. Nicht mit Wasser ainnehmen! Bai Schwächenafällen und drohandem Kollapa werden alla 15 Minutan 5 Tropfan gegeban, bis der Patient sich wieder erholt. Bawußtlosan verreibt man 10 Tropfan unter der Nase. Zusammensetzung: Extr. Creteegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Cemphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ed 100 g. Kontrsindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,10; OP Tropfflasche mit 30 ml DM 7,50; Großpackung mit 100 ml DM 19,75.

RDBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Landeshauptstadt München

Stellenausschreibung

Am Krankenhsus Harisching der Landeshauptstadt München ist die Steile des

Chefarztes

der Naurologischen Abteilung neu zu besetzen. Die Abteilung umfaßt ca. 50 Betten; Zaltpunkt des Dienstantritts: Herbst 1974.

Gefordert werden: Umfassende wissenschaftliche und

kilnische Weitarbildung und Erfah-

rungen auf dem Fachgeblat.

Gebotan wird: Anstellung mit Sonderdienstvertrag.

(Detaillierfe Unterlagen über Organiaation und Vertragsgestaltung stehen den Bewerbern auf Anforde-

rung zur Verfügung.)

Bewerbungen mit Lebensiauf, Abschriften der Zeugnisse über Ausbildung und blaharige Tätigkeit, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten, Nachweis über akademische Grade und ainam Lichtbild werdan bis apätestens 30. April 1974 an das

Personalreferat der Landeshauptstadt München, 8000 München 1, Rathsus, Zimmar 385/lil, erbeten

Beim Krelskrankenhaus Eichstätt (insgesamt 175 Bettan) tritt der bisherige langjährige Chefarzt der Chirurgischen Abteilung im Harbst 1974 in den Ruhestand. Wir suchen deshalb einen

Chefarzt

für die Chirurgische Abteilung

Dia Abteilung umfaßt darzeit 87 Planbetten. Eine Erhöhung dieser Bettenzahl auf maximai 150 wird im Zuge eines Krankenhausneubsues in Elchstätt mit ca. 350 Battan (in Planung) möglich. Die Ansteilung wird vorzugsweise nach privatrachtlichen Grundsätzen erfolgen. Das Verfragsverhältnis kann im Rahmen des seit dem 1. Januar 1974 geitenden Pflegesatzrechts ausgestaltet werden.

An Bewarber für die Chefarztatelle sind hohe Anforderungen zu stallan. Facharztanerkennung für Chirurgie und mehrjährige Erfahrung werden deshalb vorausgesetzt. Entsprechend fachlich und persönlich qualifizierte Arzte könnan sich bis alnschließlich 31. März 1974 unter Vorlage ausführlicher Bewerbungsunterlagen beim Landrat des Kreises Elchstätt in 8833 Eichstätt, Residenzpistz 2, bewerben.

Die Stadt Schwabsch aucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1 Facharzt für Anästhesie

als leitenden Abtellungsarzt (Chefarzt)

Vergütung nach Vereinbarung. Betelligung an den Liquidationaerlösen. Bei der Wohnungsbeschaffung ist die Stadt behilflich.

Die kreisfreia Stadt Schwabach (33 000 Einwohner), Tell der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach, ist Sitz mittlerer und höherer Schulen. Am Ort beheiztes Freischwimmbad und ein Hallenbad.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild sowie Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an das Personslamt dar Stadt, 8540 Schwabach, Postfach 1580, Talefon (0 81 22) 50 51.

Beim Nervenkrankenhaus Lohr am Main sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

Arzte und Arztinnen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem BayBesGes

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Das Nervenkrankenhaus verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstheraple, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäder-abteilung. Ermächtigt zur Facharztweiterbildung in Psychiatrie. Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spes-, bletet viele Freizeltmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an Direktor des Nerven-krankenhauses Dr. Krolß, 6770 Lohr am Main, Nervenkranken-haus, Teleion (0 39 52) 20 21, 20 22.



Die Anästhesieebteilung (Chefarzt Dr. Blalek) des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg (650 Betten) sucht zum 1. April 1974

1 Oberarzt (Oberärztin)

Die Abteilung versorgt 320 operative Betten (Chirurgie, Gefäß-Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, HNO, Augen). Ca. 6500 Narkosen jährlich, eigene operative Intensivstation mit 8 B, voile Facharztweiterbildung

Operative Ausstaftung sehr gut, außer Chefarzt sechs Stellen

Vergütung nach BAT I b/I a, zuzüglich die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Bereitschaftsdienat bzw. Rufbereitschaft in Einzelvergütung nach Tarif, wissenschaftlicher Urleub fünf Arbeitstage jährlich, durchgehende Arbeitszeit bis 16.30 Uhr, Wochenendanfang Freitag 15.00 Uhr, vertraglich gesicherte prozentuale Beteiligung am Liquidationserlös des Chefs. Bei der Wohnraumbeschaffung ist die Stadt Amberg behilflich.

Erwünscht: Besondere Neigung zu Interdisziplinärer Coopera-

Bewerbungen an das Personalamt der Stadt, 8450 Amberg, Oberpfalz (Rathaus).

An der Internen Abtellung (derzeit ca. 70 Betten) des Kralskrankenhauses Burglengenfeld (Chefarzt Dr. Hiltner) lat umgehend die Stelle eines (einer)

Assistenzarztes (ärztin)

zu besetzen. Neben der Allgemeinen inneren Medizin mit ainer kleinen Intensivelnheit (Herzschrittmacher und Defibrilator) einschließlich ihrer Randgebiete stellt dia Gastroenterologie mit der gastroenterologischen Endoskople einen gewissen Schwerpunkt dar. Die moderne Röntgenabtellung (Bildverstärkerfernsehkette) ist der Internan Abteilung angegliedert. Ein Um- und Erwelterungsbau des gesamten Hauses ist in Planung.

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

Burglengenfeld ist eine an der Naab gelegene Kleinstadt mit 10 000 Einwohnern, alle weiterführenden Schulan sind am Ort, die Universitätsstadt Ragensburg liegt 25 km ent-

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den Leitanden Arzt, Herrn Chefarzt Dr. Hiltnar, 8412 Burglenganiald, Kreiskrankenhaus, Telefon (0 9471) 63 63 oder an das Landratsamt Schwandorf - Parsonalvarwaltung - 8460 Schwandorf, Postfach 154.

Das Kreiskrankanhaus Kronach in Oberfranken sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Gaburtshilflich/Gynäkologische Abtallung.

Voile Facharztweiterbildung möglich; reichhaltiges Krankengut, moderne Einrichtungen, Vergütung unter voller Ausschöpfung eller tariflichen Möglichkeiten; hohe Bereitschaftsdienstvergütung, dazu elle sonstigen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (Umzugskostenvergütung, Beihilfen usw.) und gute Nebenein-

Die Stadt Kronech (Mittelzentrum) in dem landschaftlich sehr reizvollen und erholsamen Frankenwald hat durch antsprechende Einrichtungen hohen Freizeitwert. Alle weiterführenden Schulen sind vorhanden.

Bewerbungen arbeten an das Kreiskrankenhaus Kro-nach – Parsonalabtellung –, 5840 Kronach, Friasener Stra8a 41, Telefon (0 92 51) 6 21.

BEFELKA-HERZ-KREISLAUF-DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzatörungan, Herzklopfen, Herzangst, Nelgung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseijahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung. Extr. Leonur. card. spir. sicc. 20 mg; Extr. Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegl e fior. spir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegl e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfia serp. apir. sicc., 40 % Gesamtalkalolde, 2.5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkalolde); Extr. Arnica e fior. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg ie Dragee.

Packung mit 25 Dragee DM 3,80 und größer.

Arztemuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351.