



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 8

Zur Kenntnis genommen:

Wenn in der Tagespresse Äußerungen zum Gesundheitswesen publiziert werden, denn erscheint immer häufiger der Name FRIEDEL LÄPPLE.

Diesen Namen müssen Sie sich merken! Denn es handelt sich bei ihm nicht um „irgendjemand“; Friedel Läßple ist sowohl der Landesvorsitzende der SPD des Saarlandes wie auch der Vorsitzende des Gesundheitspolitischen Ausschusses der SPD. Wenn er Aussagen zum Gesundheitswesen und seiner „Reform“ macht, kommt das also nicht aus den Reihen der Hinterbänkler. Es sind maßgebliche Aussagen der SPD zum Gesundheitswesen.

Herr Läßple hat sich gerade wieder in der ABENDZEITUNG geäußert und ausgeführt, unser Gesundheitswesen sei ein „Selbstbedienungsladen“. Die Kunden erblickt er aber nicht etwa in den Versicherten, sondern nach seiner Überzeugung sind es Ärzte, Pharmaindustrie, Zahnärzte und Apotheker, welche in die Regale greifen. Seien diese leer, so meint Herr Läßple, so müßten die Versicherten sie wieder auffüllen. Im übrigen – wie könnte es anders sein – gehört für ihn zu den wichtigsten und grundlegendsten Forderungen, daß „des Monopol der niedergelassenen Ärzte auf ambulante Behandlung und Vorsorgeuntersuchungen abgeschafft wird“. Medizinisch-Technische Zentren mit hochtechnisierten Apparaten, Ambulatorien und Polikliniken könnten diese Aufgaben sehr viel gründlicher und rentabler erfüllen.

Vom „Selbstbedienungsladen“, einer originären Läßple-Erfindung, einmal abgesehen, hat er freilich nichts Neues gesagt. Wir kennen das alles schon aus den Programmen der Jusos und ähnlicher Links-Außen-Gruppen. Den mit der Literatur Vertrauten war Herr Läßple schon längere Zeit kein Unbekannter: vor kurzem veröffentlichte er sogar ein Buch unter dem Titel: PROFIT DURCH KRANKHEIT? DAS GESUNDHEITSWESEN AUS ARBEIT-NEHMERSICHT.

Sechskennern fällt bei der Lektüre dieses Werkes eine peinliche Ähnlichkeit mit Formulierungen eines sehr bekannten Gesundheitsideologen der SPD namens SCHOLMER auf. Im übrigen finden sich in dem Buch beachtliche Aussegen, die auch dem politisch gutgläubigsten Arzt die Augen öffnen müßten.

So schreibt Friedel Läßple beispielsweise im Zusammenhang mit Ausführungen über unsere Gesellschaft:

„Hauptfigur ist der als Fossil aus dem 19. Jahrhundert agierende niedergelassene Arzt. Wie ein Feudalfürst empfängt er, der Oberschicht zugehörig, in seiner Praxis die Angehörigen der unter seinem gesellschaftlichen Niveau angesiedelten sozialen Klassen nach langem Warten quasi in Audienz.“

Die differenzierten soziologischen Probleme unserer modernen Industriegesellschaft stellen dieses antiquierte Patriarchat des freipraktizierenden Arztes jedoch mehr und mehr in Frage. Diese noch immer vorherrschende Behandlungsform findet ihr Äquivalent in Behandlungsinhalten. Die Anwendung moderner Apparaturen auf der Höhe der technologischen Entwicklung in der diagnostischen Medizin verlangt längst nach neuen, adäquaten Strukturen mit Medizinisch-Technischen Zentren. An der Praxis des niedergelassenen Arztes aber zieht der technologische Fortschritt vorbei.“

Das ist nur eine kleine Kostprobe aus dem Produkt, das Herr Läßple veröffentlichte. Nach längst überholten kapitalistischen Grundsätzen wird dieses Buch leider für Geld verkauft. Dennoch sollten es möglichst viele niedergelassene Ärzte gelesen haben. Wenn die SPD auch in der Zukunft die Bundesrepublik regiert, wird sie an einem so prominenten und noch dazu jungen Gesundheitspolitiker wie Friedel Läßple nicht vorbeikommen. Die Ärzte sollten dann wenigstens wissen, was er von ihnen hält und was sie von ihm zu erwarten haben.

Wissen Sie, was ich beim besten Willen nicht verstehen kann? Herr WEHNER, der „große alte Mann“ der deutschen Sozialdemokratie, schrieb vor wenigen Wochen etwas völlig anderes. Ich habe ihn in meinem letzten Leitartikel, in den Sie sich vielleicht noch erinnern, zitiert. Als Arzt und als Staatsbürger würde mich brennend interessieren: Wer hat nun eigentlich das Sagen in der SPD?

Professor Dr. Sewering

28. Bayerischer Ärztetag in Aschaffenburg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 26./27./28. September 1975

Tagungsort: *Martinusheus, Aschattenburg, Treibgasse 28*

Eröffnung des Ärztetages: *Freitag, den 26. September 1975, 19 Uhr s. t., im Stadttheater
Aschattenburg, Schloßgasse 8*

Beginn der Arbeitstagungen: *Samstag, den 27. September 1975, 9 Uhr s. t., und Sonntag,
den 28. September 1975, 9 Uhr c. t., im Martinushaus,
Aschaffenburg, Treibgasse 28*

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

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

Tagesordnung:

1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - 2.1 *Rechnungsabschluß 1974*
 - 2.2 *Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden
Geschäftsjahres*
 - 2.3 *Haushaltsvoranschlag 1976*
3. *Bestätigung der vom Vorstand der Bayerischen Landes-
ärztekammer benannten Mitglieder des Ausschusses für
engestellte und beamtete Ärzte und des Krankenhausaus-
schusses*
4. *Kammergesetz*
5. *Wahl des Tagungsortes des 29. Bayerischen Ärztetages
1976*

Juristische Aspekte der Sterbehilfe *

von G. Schwalm

A.

Zunächst möchte ich einen persönlichen Besorgnis Ausdruck geben, die der Dichter Horaz einstens im letzten Jahrhundert v. Chr. in die Worte gekleidet hatte: „Vestigia terrent!“ Er meinte damit, man möge sich durch gefahrdrohende Spuren und mithin durch schlechte Erfahrungen abschrecken lassen. Wir Heutigen haben in diesen letzten Jahren eine oft wegen ihrer Aggressivität und Niveaulosigkeit beschämende Abtreibungsdiskussion mit ihrer gefährlichen Spaltungswirkung in unserer ohnehin allzu pluralistischen Gesellschaft erleben müssen. Dabei stand aber immerhin noch ein berechtigtes Anliegen dahinter, das wir längst, ehe es wieder politisch hochgespielt wurde, nämlich etwa seit 16 Jahren vertreten hatten: Die Forderung an den Gesetzgeber, nun endlich durch eine aufgelockerte, ausgewogene Reform der Abtreibungsregelung durch Indikationserweiterung die bisherige Rechtslage und damit auch die hierauf beruhende, veraltete Rechtsprechung zu ändern.

Welches Anliegen steht nun eigentlich hinter der heute wieder einmal breitgestreuten Euthanasiediskussion, deren Spaltungswirkung für unsere Gesellschaft sich ebenfalls bereits bedenklich bemerkbar macht? Was will man hier eigentlich vom Gesetzgeber und vom Juristen?

I.

Was den Gesetzgeber angeht, so ist eines sicher: Die heute nicht selten vertretene Forderung nach gesetzlicher Zulassung der sogenannten „freiwilligen Euthanasie“ im Sinne der Anerkennung eines subjektiv-öffentlichen Rechtes jedes (voll) ein-

willigungsfähigen Menschen, dann, wenn er des Lebens aus irgendeinem Grund überdrüssig ist, sich dieses durch einen anderen Menschen, nämlich einen Arzt, nehmen lassen zu dürfen (etwa in besonderen Sterbeanstalten), würde den Wesensgehalt des verfassungsrechtlich garantierten menschlichen Lebensschutzes nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 des Grundgesetzes berühren und bedürfte deshalb nach Art. 19 Abs. 2 daselbst einer Änderung des Grundgesetzes mit Zweidrittelmehrheit im Bundestag und im Bundesrat (Art. 79 Abs. 2 daselbst). Da hiermit nicht zu rechnen ist, brauchen wir hier solche Forderungen nicht weiter zu verfolgen. Vielmehr kommen für entsprechende Tötungshandlungen allenfalls Strafmilderungen etwa nach §§ 213, 216 StGB in Frage.

II.

Andererseits enthält unser Recht *kein Selbsttötungsverbot*. Es sieht deshalb nach unserer Teilnahmeregelung in §§ 26 ff StGB auch denjenigen, der den entscheidungsfähigen Lebensmüden zu dessen Selbsttötung anstiftet oder ihm dabei hilft, ebenfalls als straffrei an, es sei denn, daß ein solcher Mitwirkender gegenüber dem Lebensmüden eine sogenannte Garantenstellung (= Schutzpflicht) hat (etwa als Elternteil gegenüber dem Kind), aus der sich dann die Rechtspflicht zur Selbsttötungsabwendung ergibt, oder daß der Mitwirkende als Tatherr mittelbar sich eines unfrei handelnden (z. B. schuldunfähigen, genötigten oder arglistig getäuschten) Lebensmüden als Werkzeug zu dessen Selbsttötung bedient oder unmittelbar einen entscheidungsfähigen Lebensmüden auf dessen ernstliches, ausdrücklich oder stillschweigend eindeutig geäußertes Verlangen im Sinne des § 216 StGB tötet. Das Recht steht hiernach grundsätzlich der Tötung des entscheidungsfähigen Lebensmüden nicht entgegen, wenn er selbst Hand an sich legen oder durch Operations-,

Medikamenten- oder Nahrungsverweigerung seinem Leben ein Ende setzen will. Und wenn eine Garantenpflicht hinsichtlich des lebensmüden Schutzbefohlenen gegeben ist, dann besteht diese Pflicht des Garanten nicht etwa schrankenlos, sondern in den durch die Umstände bestimmten Grenzen der Zumutbarkeit, auf die wir noch zu sprechen kommen werden, und unter Respektierung der Menschenwürde des Schutzbefohlenen nach Art. 1 und dem Menschenbild unseres Grundgesetzes.

III.

Damit ist zugleich das Problem der ärztlichen Zwangsbehandlungen und ihrer Grenzen nach dem bereits geltenden Recht berührt. Grundsätzlich, d. h. vorbehaltlich gesetzlicher Ausnahmen unter Beachtung rechtsstaatlicher Grundsätze (wie z. B. in § 17 GeschlechtskrankheitenG), gilt bei uns das *Zwangsbehandlungsverbot*. Es ergibt sich aus Art. 2 Abs. 1 und 2 des Grundgesetzes, die auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Sinne der Freiheit seiner Entscheidung über das Ob und Wie der medizinischen Behandlung und über ihre Beendigung mit garantieren. Das muß richtiger, wenn gleich nicht unbestrittener Ansicht nach als Folgerung aus Art. 2 GG (in dubio pro libertate) auch dann gelten, wenn die im konkreten Fall von dem nach seiner körperlichen und seelischen Verfassung insoweit entscheidungsfähigen Patienten ausdrücklich oder stillschweigend erklärte Ablehnung der Behandlung auf seiner eindeutig erkennbaren Absicht, seinem Leben ein Ende zu setzen, beruht. Wacht über ihn ein Garant, dann gelten für dessen Schutzmaßnahmen die unter II. am Ende erwähnten Schranken der Zumutbarkeit und der Respektierung der Menschenwürde.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich also, daß das geltende Recht bei richtiger Auslegung das sogenannte

*) Vortrag anlässlich des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer vom 6. bis 8. Dezember 1974.

Die Referate dieses Kongresses wurden in einem weiteren Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn über die Bezirksstellen der KVB.

„Recht des Menschen auf seinen eigenen Tod“ im Sinne einer Verbindlichkeit des eindeutig geäußerten menschlichen Sterbewillens weitgehend respektiert und diesem Willen auch den Arzt unterwirft.

Diese Rechtslage einer individual- oder sozialetischen Wertung zu unterziehen, gehört nicht zu meinen heutigen Aufgaben.

B.

Mir obliegt vielmehr, nunmehr zu fragen, was es hierüber hinaus mit der Forderung nach dem eigenen Tod des Menschen und nach der Zulassung einer Mitwirkung des Arztes zu einer vorsätzlichen Lebensverkürzung auf sich hat. Das sind die eigentlichen offenen Rechtsprobleme der Euthanasie, deren Erörterung wir in dem vorliegenden Zusammenhang auf den erwachsenen Menschen als den Betroffenen begrenzen.

I.

Die weitgehend umstrittene und letzten Endes nicht exakt lösbare juristische Problematik des Themas erfordert zunächst gewisse begriffliche Klärungen.

1. *Sterbehilfe* (sogenannte „Hilfe beim Sterben“) im hier verwendeten technischen engeren Sinn ist Einwirkung auf einen Sterbenden zum Zwecke der Todeserleichterung, sei es *ohne* Lebensverkürzung (sogenannte *echte Sterbehilfe*), sei es *mit* Lebensverkürzung (sogenannte *unechte Sterbehilfe*). Der Jurist wird es in diesem Zusammenhang wagen müssen, für den Zweck einer einheitlichen Rechtsanwendung den Begriff des Sterbenden zu umschreiben. Gemeint ist derjenige Mensch, bei dem der Sterbevorgang bereits begonnen hat, aber noch nicht mit dem irreversiblen Gehirntod abgeschlossen ist. Als Sterbevorgang wird man denjenigen körperlichen Prozeß von kürzerer oder längerer Dauer anzusehen haben, der, sofern nicht künstlich eingegriffen wird, alsbald zum irreversiblen Ausfall eines lebensnotwendigen Organs mit der Folge des anschließenden Erlöschens aller anderen Organfunktionen führt. Begrifflich hiervon zu trennen sind die Probleme der künstlichen Aufhaltbarkeit des Sterbevorganges, also die Frage nach der Möglichkeit der Lebensverlängerung im Einzelfall und der Rechtspflicht zur Anwendung der

hierzu lege artis indizierten Mittel und Methoden.

2. *Sonstige Euthanasie*, d. h. lebensverkürzende Einwirkung:

a) Auf einen *Todgeweihten* (sogenannte „Hilfe zum Sterben“) im Sinne eines noch nicht im Sterbevorgang befindlichen Menschen, bei dem aber nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft eine bestimmte Todesursache bereits in der Weise wirksam ist, daß deshalb der Beginn des Sterbevorgangs in absehbarer Zeit zu erwarten ist;

b) auf einen *Lebensmüden* im Sinne eines noch nicht vom baldigen Tode bedrohten, aber des Lebens aus irgendwelchen Gründen überdrüssigen Menschen; von dieser sogenannten „freiwilligen Euthanasie“ war bereits unter A. I. die Rede;

c) als staatliche biologische oder sozialhygienische Maßnahme (sogenannter „Gnadentod“) unter dem Kennwort einer sogenannten „Vernichtung lebensunwerten Lebens“; die entsprechenden, in der Zeit des Dritten Reiches im Sinne einer Pervertierung des Begriffes „Euthanasie“ durchgeführten Vernichtungsaktionen bedürfen im vorliegenden Zusammenhang keiner Erörterung.

II.

Echte Sterbehilfe im Sinne der nach den Erkenntnissen sowie mit den Mitteln und Methoden der medizinischen Wissenschaft (also lege artis = heilkunstgerecht) aktiv vorgenommenen Sterbehilfe *ohne* Lebensverkürzung fällt im Rechtssinn unter den Begriff der Heilbehandlung, d. h. der heilkunstgerechten Behandlung zu Heilzwecken am Betroffenen. Denn unter Heilzwecken sind außer den Zwecken der Verhütung, Erkennung oder Heilung auch die Zwecke der Linderung von Krankheiten, Leiden, körperlichen Beschwerden oder seelischen Störungen zu verstehen. Solche Behandlungen lege artis sind, soweit sie mit Einwilligung des einwilligungsfähigen oder mit der mutmaßlichen Einwilligung des einwilligungsunfähigen Patienten oder seines Personensorgeberechtigten geschehen, gerechtfertigt.

III.

Bei der *unechten Sterbehilfe*, dem eigentlichen Problem, ist rechtlich zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zu unterscheiden.

1. *Aktive unechte Sterbehilfe*, also aktive Lebensverkürzung durch eine in Anwendung eines tödlichen Mittels bei einem Menschen bestehende Tätigkeit, ist, soweit sie sich im Einzelfall von der echten Sterbehilfe überhaupt eindeutig abgrenzen läßt (in dubio ist – wie zumeist – echte Sterbehilfe anzunehmen), eine Tötungshandlung im Sinne der §§ 211 bis 213 StGB und, wenn die Handlung auf dem ausdrücklichen und ernstlichen Verlangen des noch einwilligungsfähigen Sterbenden beruht, eine Tötung im Sinne des § 216 StGB. Schon *Hippokrates* hatte sich mit dem Problem befaßt und veranlaßt gesehen, in seinen Eid folgenden Satz aufzunehmen: „Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten“ (in der Übersetzung von *Diller* in „*Rowohlt's Klassiker der Literatur und der Wissenschaft*“ Heft 108/109, Reinbek bei Hamburg, 1962, S. 8). Ob sich bei dieser Rechtslage nach dem geltenden Recht für den Einzelfall eine Straffreiheit begründen läßt, ist umstritten. Die wohl herrschende Lehre nimmt Strafbarkeit an. Sie lehnt insbesondere einen Vorsatzausschluß mit Hilfe der Konstruktion der sogenannten „indirekten“ Tötung, die hier als Vorsatz nicht auch den „*Eventual-Dolus*“, sondern nur die Tötungsabsicht anerkennt, ab, ebenso die Annahme eines besonderen Rechtfertigungsgrundes für die vorsätzliche Lebensverkürzung durch Anwendung eines entsprechenden Abkürzungsmittels für den Sterbevorgang. Jedoch kann im Einzelfall der Übergesetzliche strafbefreiende Entschuldigungsgrund der Pflichtenkollision in Anlehnung an § 35 StGB in der seit 1. Januar 1975 geltenden Fassung in Frage kommen, nämlich wenn der Arzt im Konflikt zwischen seiner Pflicht zur Krankheitslinderung und der (höheren) Pflicht zur Respektierung des Tötungsverbotes die letztere Pflicht verletzt, indem er den Linderungszweck durch Anwendung eines nach Art und Dosis im Hinblick auf die konkreten Umstände des Falles zur Linderung zwar geeigneten, aber unvermeidlich mit einem Lebensverkürzungsrisiko verbundenen Mittels zu erreichen sucht, und wenn ihm nach Lage des Falles eine Unterlassung der Linderungsbehandlung gegen sein Gewissen ginge. Die Rechtslage ist nach geltendem Recht für solche in Betracht kommenden Fälle der eventuellen

Mitleidstötung, die sich der Grenze der aktiven „Beihilfe“ des Arztes zur Selbsttötung des leidenden Patienten (z. B. durch Beschaffung und Aushändigung von in größerer Menge tödlich wirkenden Medikamenten) nähern, unbefriedigend. Der Gesetzgeber sollte sich aufgerufen fühlen, außerdem einen privilegierten Tatbestand für die Mitleidstötung (vgl. Entwurf eines Strafgesetzbuches 1962 § 134 Abs. 3) unter Zulassung der Möglichkeit des richterlichen Absehens von Strafe zu schaffen.

2. *Passive unechte Sterbehilfe*, also Lebensverkürzung durch Unterlassung der indizierten und im konkreten Fall möglichen lebensverlängernden Behandlung des sterbenden Patienten, bedeutet, auch wenn man den Sechverhalt durch den Begriff des „Sterbenlassens“ abmildert, rechtlich die Verursachung des vorzeitigen Todes des Sterbenden. Einzu beziehen ist richtiger, aber umstrittener Ansicht nach auch der Fall, daß eine bereits begonnene lebensverlängernde Behandlung bei dem Sterbenden abgebrochen wird, z. B. durch Abschalten des Reanimators; denn solche Handlungen sind ihrem sozialen Sinn nach Unterlassungen der möglichen Lebensverlängerung (sogenanntes „Unterlassen durch Tun“, „Omissivdelikt durch Begehung“); der Arzt ist hier grundsätzlich, soweit er zufällig mit der Situation konfrontiert wird, als Nichtgarant bei Unterlassung der Hilfeleistung nach dem sogenannten echten Unterlassungsdelikt des § 330 c StGB und, soweit und solange er behandelnder Arzt ist, als Garant bei Unterlassung der lebensverlängernden Behandlung nach der seit 1. Januar 1975 geltenden Generalregelung für die sogenannten unechten Unterlassungsdelikte in § 13 StGB in Verbindung mit §§ 211 bis 213 StGB strafbedroht. Die neue Vorschrift hat folgenden Wortlaut:

„§ 13
Begehen durch Unterlassen

(1) Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

(2) Die Strafe kann nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“

In beiden Unterlassungsfällen gehört zur Erfüllung der Tatbestände, daß dem Arzt eine entsprechende mögliche Tätigkeit nach Lage der Umstände des Sachverhaltes zumutbar ist. In § 13 ist dies darin mit ausgedrückt, daß unter Berücksichtigung aller Umstände des konkreten Falles das Unterlassen sinngemäß entsprechen muß einer Tatbestandsverwirklichung durch eine Tätigkeit. Durch diese *Analogieklausel* unterscheidet sich die rechtliche Beurteilung der Lebensverkürzung durch ein Unterlassen von der durch ein Tun. Daher können auf jenes nicht ohne weiteres die Grundsätze für die aktive unechte Sterbehilfe (s. III. 1.) übertragen werden. Vielmehr kann sich die Tatbestandslosigkeit für das passive Verhalten des Arztes aus der im Einzelfall fehlenden Zumutbarkeit und Gleichstellbarkeit ergeben, z. B. wenn eine lebensverlängernde Behandlung wegen des erkennbaren, rasch zunehmenden und unaufhaltsamen Kräfteverfalles des Kranken unterlassen wird. Stets führt selbstverständlich auch hier die Einwilligung des einwilligungsfähigen Patienten aufgrund seines oben erwähnten Selbstbestimmungsrechtes zur Rechtfertigung des Arztes für die Unterlassung der möglichen lebensverlängernden Behandlung. Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, oder verlangt oder erwartet er die lebensverlängernde Behandlung, dann obliegt dem Arzt die schwere und verantwortungsvolle Prognose, ob durch den Einsatz der im konkreten Fall zur Verfügung stehenden sachlichen Mittel (Räume, Maschinen, Instrumente, biologisches Material, Medikamente usw.) und personellen Mittel (Ärzte, Schwestern, medizinisch-technische Assistenten) bei dem Patienten nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das zeitlich bereits absehbare endgültige Erlöschen seines selbstbewußten Lebens noch für eine nicht völlig unerhebliche Zeit aufgehalten werden kann. Nur dann, aber dann grundsätzlich ist im Sinne der Zumutbarkeit und Gleichstellbarkeit die lebensverlängernde Behandlung im Umfang der im konkreten Fall gegebenen Möglichkeiten geboten. Ein hlergegen verstoßendes Begrenzungsverhalten des Arztes ist rechtswidrig und kann ihn — ebenso wie bei der aktiven unechten Sterbehilfe

— strafbar machen. Das gilt auch, wenn der Arzt die indizierte lebensverlängernde Behandlung zum Zwecke der Rettung anderer lebensgefährdeter Patienten mit größerer Verlängerungschance unterläßt. Bei beschränkten sachlichen oder persönlichen Behandlungsmitteln muß der Grundsatz der *Priorität* nach dem Zeitpunkt der Behandlungsübernahme gelten. Nur in den Fällen der Gleichzeitigkeit der entstandenen Behandlungspflichten (z. B. nach einem Verkehrsunfall mit zahlreichen Verletzten) hat der Arzt eine Wahl. Doch ist seine Ermessensentscheidung ebenfalls pflichtgebunden und abhängig von dem Grad der medizinischen Dringlichkeit; das heißt, daß der Arzt vom Grundsatz der *medizinischen Vordringlichkeit nach dem Zustand der Patienten* auszugehen hat. Besonders zu beachten ist noch bei dem einwilligungsunfähigen, insbesondere beim kindlichen Patienten, daß hier der Arzt zusätzlich zu den anderen Voraussetzungen auch der Einwilligung des Personensorgeberechtigten zur Unterlassung bedarf.

IV.

Soweit die *sonstige Euthanasie bei einem Todgeweihten* in Betracht kommt, lassen sich wegen der fließenden Grenzen zwischen Todgeweihten und Sterbenden die Grundsätze unter III. mit Vorsicht und einigen Modifikationen entsprechend anwenden.

1. Die *aktive Mitleidstötung* eines Todgeweihten durch den Arzt wird der Gesetzgeber ebenfalls in den unter III. 1. vorgeschlagenen privilegierten Mitleidstatbestand einzubeziehen haben. Ob aber auch insoweit ein richterliches Absehen von Strafe zugelassen werden kann, ist zweifelhaft und bedarf eingehender Überprüfung; es wird wohl nur für die Fälle eines Tötungsverlangens nach § 216 StGB vorzusehen sein.

2. Für die *passive Mitleidstötung* eines Todgeweihten durch den Arzt gelten die Grundsätze unter A III. und B III. 2.; doch entfällt im Falle der fehlenden Einwilligung des einwilligungsfähigen Patienten jede Abkürzungsrechtfertigung für den Arzt.

C.

Meine *Hauptergebnisse* lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Es gibt grundsätzlich kein ärztliches Zwangsbehandlungsrecht.

2. Die *Selbsttötung* verstößt gegen kein rechtliches Verbot, ebenso auch nicht die Mitwirkung eines Dritten an der Selbsttötung eines entscheidungsfähigen Lebensmüden, soweit nicht der Mitwirkende die sogenannte Tatherrschaft über die fremde Selbsttötung oder eine Garantstellung für das Leben des Lebensmüden hat.

3. Die Anerkennung der sogenannten „freiwilligen Euthanasie“ im Sinne eines Rechtes jedes entscheidungsfähigen Menschen, sich jederzeit, wenn er des Lebens überdrüssig ist, durch einen anderen Menschen, insbesondere einen Arzt, töten zu lassen, würde gegen die Verfassungsgarantie des menschlichen Lebensschutzes nach GG Art. 2 Abs. 2 mit 19 Abs. 2 verstoßen und bedürfte für die Rechtfertigung des Täters einer Grundgesetzänderung.

4. Die *aktive echte Sterbehilfe* im Sinne der Anwendung todeserleichternder, aber nicht lebensverkürzender Mittel durch einen Arzt fällt als Linderungshandlung unter den Rechtsbegriff der Heilbehandlung und ist gerechtfertigt.

5. Die *aktive unechte Sterbehilfe* (Todeserleichterung durch einen Arzt unter Anwendung eines lebensverkürzenden Mittels mit Lebensverkür-

zungserfolg) ist eine rechtswidrige Tötungshandlung, deren Strafbarkeit unter dem Gesichtspunkt einer Gewissenstat nach dem übergesetzlichen Schuldausschließungsgrund der Pflichtenkollision in Anlehnung an § 35 StGB ausgeschlossen sein kann.

6. Die *passive unechte Sterbehilfe* (Todeserleichterung durch einen Arzt mit Lebensverkürzungserfolg in Form der Unterlassung der möglichen Anwendung lebensverlängernder Mittel) kann gerechtfertigt und daher dann kein Tötungsdelikt sein, wenn nach Lage der Umstände des Einzelfalles im Sinne des § 13 StGB das Unterlassen der möglichen Anwendung des lebensverlängernden Mittels nicht einer aktiven Tötungshandlung durch Anwendung eines tödlichen Mittels gleichstellbar ist.

D.

Der *Jurist* ist hiermit im wesentlichen am Ende der rechtlichen Einordnungsfähigkeit der in Betracht kommenden Sachverhalte angelangt. Ihm ist nicht verborgen, auf welche praktischen Schwierigkeiten die unvermeidlichen juristischen Unterscheidungen stoßen, welche Verständnisprobleme zwischen Juristen und Medizinern auch bei gegenseitiger Aufgeschlossenheit bestehen und in welchen tragischen Situationen sich der Mediziner befinden kann, wenn er mit Sterbenden oder Todgeweihten konfrontiert wird. Da-

zu darf ich nochmals an das verbürgte, von mir schon früher in der Literatur zitierte Beispiel des Arztes von Franz *Kafka* erinnern. Die Worte, in die der schwer an Lungentuberkulose leidende Dichter vor seinem Tode am 3. Juni 1924 seine Erlösungsbitte gegenüber seinem Arzt Dr. Klopstock gekleidet hat, charakterisieren in ihrer geistvollen, überspitzten Formulierung noch einmal die Persönlichkeit *Kafkas*: „Sie haben es mir immer versprochen, seit vier Jahren. Sie quälen mich, haben mich immer gequält. So werde ich eben so sterben.“ – Danach, als ihm der Arzt zwei Spritzen gegeben hatte, fügte er hinzu: „Schwindeln Sie nicht, Sie geben mir ein Gegenmittel. Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder!“

Hier finden wir die Problematik sowohl nach der Seite der quälenden Lebensverlängerung als auch nach der Seite der erlösenden Lebensverkürzung zusammengefaßt. Der Arzt ist in solchen existentiellen Grenzsituationen letzten Endes allein mit seinem Gewissen. Vom Juristen kann man hierfür nicht eine allenthalben eindeutige vorherige Normierung, sondern weitgehend nur ein nachträgliches Verständnis erwarten.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. iur. G. S c h w a l m,
Universität Erlangen-Nürnberg,
8520 Erlangen, Rühlstraße 1

Beratung bei Niederlassung

Wenden Sie sich bei allen Fragen, die mit Ihrer Niederlassung zusammenhängen, an die für Ihren gewünschten Tätigkeitsbereich zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Sie erhalten dort Beratung in allen Fragen der Ortswahl, Kassenzulassung, Finanzierung von Praxiseinrichtung oder Grunderwerb usw.

Bezirksstellen:

München Stadt und Land	8000 München 2	Briener Straße 23	(0 89) 55 83 51
Oberbayern	8000 München 80	Mühlbaurstraße 16	(0 89) 41 47 - 1
Oberfranken	8580 Bayreuth	Bürgerreuther Straße 7 a	(09 21) 2 30 32
Mittelfranken	8500 Nürnberg	Vogelsgarten 6	(09 11) 4 96 21
Unterfranken	8700 Würzburg	Hofstraße 5	(09 31) 5 03 03
Oberpfalz	8400 Regensburg	Landshuter Straße 49	(09 41) 7 50 71
Niederbayern	8440 Straubing	Lilienstraße 5-7	(0 94 21) 70 53
Schwaben	8900 Augsburg	Frohsinnstraße 2	(08 21) 31 30 31

Ärztliche Probleme der Sterbehilfe *

von R. Schubert

Aus dem ausgezeichneten und grundlegenden Referat von Professor Schwalm über „Juristische Aspekte der Sterbehilfe“ ging deutlich hervor, wo die Grenzen der Straftat juristisch verlaufen. Man könnte meinen, daß diese gezogenen Grenzen die Lösung der Fragen enthalten, die die Sterbehilfe uns stellt. Es ergibt sich hieraus die Frage: Warum dasselbe Thema noch einmal aus ärztlicher Sicht? Der triftige Grund hierfür liegt in der Erfahrung. Es gibt bei der Vielfalt des Lebens und auch des Sterbens keinen gemeinsamen Nenner, der die Entscheidung erleichtert, und gerade dies zeigt tagtäglich die Erfahrung des Arztes. Diese Vielfalt droht zu einer Verunsicherung zu führen: Wo verlaufen die Grenzen der Rechtslehre, wo die Grenzen ärztlichen Handelns nach ernster Befragung des Gewissens, und wo können diese Grenzen nicht zur Deckung gebracht werden? Nur eine fundierte Vertiefung und eine kritische und auch harfe Diskussion können und müssen weiterhelfen, die Einzelprobleme erst einmal richtig zu erkennen, um sie dann einer praktikablen Lösung entgegenzuführen.

Die überaus dringende Notwendigkeit wird noch bestärkt durch die Tatsache, daß vor allem aus den USA laute Rufe nach aktiver Euthanasie zu uns herüberschallen, die bei uns — und das scheint mir besonders wichtig — nicht ohne Widerhall bleiben. In den USA, in denen es schon seit den dreißiger Jahren Gesellschaften gibt, die sich für die aktive Euthanasie einsetzen, ist es zu einer sehr intensiven neuen Welle gekommen. Die Euthanasiegesellschaft in den USA zählte 1969 600 Mitglieder, heute sind es mehr als

50 000, die die Euthanasie-Idee systematisch und mit Enthusiasmus vorantreiben. Das Recht auf einen „Gnadentod“ wird gesetzlich gefordert. Die letzte Nachricht aus New York lautet: 40 Wissenschaftler haben sich dafür eingesetzt, hoffnungslos Kranken das Recht auf einen „Gnadentod“ einzuräumen; drei Nobelpreisträger, der Amerikaner Linus Pauling (Chemie), der Engländer Sir George Thompson (Physik) und der Franzose Jacques Monod (Medizin) sind unter ihnen und sollen gleichsam als Garanten für die Berechtigung dieser Forderung gelten, daß man mit dem sogenannten Testament der Lebenden seinen eigenen Tod bestimmen kann.

Vor kurzem sprach sich der deutsche Nobelpreisträger Werner Forßmann zur Eröffnung der 24. Lindauer Nobelpreisträgertagung in einem überzeugenden Referat gegen den Gnadentod aus und spricht, auf die jüngsten amerikanischen Verlautbarungen bezogen, von „leichtfertigen in die Welt gesetzten Gedanken“, die ausschließlich von Gefühlen geleitet seien. Nicht nur im Zusammenhang mit der Testamentsvollstreckung entstünden hier Probleme, „die auch dem kriminellen Manipulieren Tür und Tor öffnen könnten“. Der Arzt werde dabei zum bloßen Vollstrecker eines Tötungsbefehles herabgewürdigt.

Ich möchte in unsere Überlegungen, wenngleich mit aller Zurückhaltung, einige Ergebnisse, die das Institut für Demoskopie Allensbach bekanntgegeben hat, einflechten, und zwar deshalb, weil einige Zahlen bei vergleichender Betrachtungsweise, wodurch die Wertigkeit gewinnt, außerordentlich überraschend sind. Es wurde also die Meinung der Bevölkerung zu einigen Aspekten der Euthanasie zu ergründen versucht. Erfaßt wurde die Bevölkerung ab 16 Jahren. Aufschlußreich ist die Differenzierung der Antworten verschied-

ener Altersgruppen. Die erste Schwierigkeit ergab sich bei der Frage, in welcher Form man das doch so komplexe Problem einfach und klar dem Befragten bieten soll. Drei kardinale Fragen lauteten:

1. Einstellung zu einer legalen, von den Kirchen gebilligten Form der Sterbelinderung und Sterbeerleichterung durch die Anwendung von Rauschmitteln (Opiaten).
2. Einstellung zu der juristisch strafbaren und in den Kirchen nahezu einhellig abgelehnten Form des „Todes auf Verlangen“.
3. Einstellung zu dem fälschlich der Euthanasie zugerechneten Problem der Vernichtung sogenannten unwerten Lebens.

Insbesondere interessieren im Rahmen unserer heutigen Problemstellung die beiden ersten Fragen. Wider Erwarten erklärten sich nur 56 Prozent damit einverstanden, Totkranken die Leidenszeit durch LSD oder ähnliche Rauschmittel zu erleichtern; die Zahl der Gegner beträgt 30 Prozent. Die Restzahl setzt sich aus unklaren Aussagen zusammen. Wie soll man nun dieses überraschende Zahlenverhältnis 56:30 verstehen? Einige meinen, es könnte sich vielleicht insofern weltanschaulich erklären lassen, als die Leidenszeit auch am Lebensende als Sühne, der man nicht entfliehen darf, interpretiert wird. Ich muß ehrlich gestehen, daß ich diese Erklärung nicht recht glauben kann; denn sie setzt doch ein sehr hohes Maß an auch christlicher Persönlichkeitsgröße voraus. Ich könnte mir eher vorstellen, daß die Fragestellung, die bei der gewählten Fassung Rauschmittel zur Sterbeerleichterung vorschlägt, viele davor zurückschrecken ließ, mit diesen Mitteln ihr Leben beenden zu sollen. Und noch eine dritte Erklärungsmöglichkeit sollte man nicht ganz von der Hand weisen, nämlich das allzu

*) Vortrag anlässlich des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer vom 6. bis 8. Oezember 1974.

Die Referate dieses Kongresses wurden in einem weiteren Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn über die Bezirksstellen der KVB.

schnelle Ja oder Nein in schwierigen Fragen im Rahmen einer derartigen Abfrageaktion.

Ebenso erstaunlich ist die Aussage zur Frage nach Tötung auf Verlangen. 53 Prozent vertreten die Meinung, daß ein Schwerkranker das Recht haben soll, den Tod zu verlangen. 33 Prozent lehnen diese Forderung ab, 14 Prozent ohne klare Entscheidung.

Mit steigendem Alter nimmt das Ja-Wort zu diesen beiden Euthanasieformen ab. Eine Erhebung aus dem Jahre 1972, die die Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung betrifft, läßt folgenden Abfall der Prozentzahlen erkennen; diese Vergleichszahlen scheinen mir aufschlußreich und auch brauchbar: 16- bis 29jährige 62 Prozent; 30- bis 44jährige 60 Prozent; 45- bis 59jährige 55 Prozent und 60jährige und Ältere nur 44 Prozent.

Bei der Frage nach Tod auf Verlangen (Erhebung aus dem Jahre 1973) ergibt sich folgende Zahlenreihe für Ja: 58, 54, 48, 51 Prozent.

Man könnte hierzu sagen, daß mit Annäherung des Todes das Sterben ernster genommen wird.

Soweit die Zahlen einer Volksbefragung, wobei ich nochmals betont darauf hinweisen möchte, daß man diese Ergebnisse bei der schweren Form der Fragestellung nur mit einer gewissen Zurückhaltung zur Kenntnis nehmen kann.

Ein Pro oder Kontra geben bei diesem höchst differenzierten Problem keine Aussicht auf eine brauchbare Lösung. Es gibt weder ein generelles Ja noch ein Total-Nein zu den Vorschlägen der Verfechter der Euthanasie, die für eine aktive und zugleich für eine großzügig gehandhabte passive Euthanasie eintreten. Nur eine *subtile Trennung in Definition* und vor allem in ihrer *praktischen Anwendung* kann die Voraussetzung für zu vertretende Standpunkte erbringen. Es sei aber nicht verschwiegen — ich glaube, man muß es noch deutlicher sagen —, man sollte den geradezu schon gefährvollen Vormarsch der Verfechter der harten Euthanasie nicht verkennen, d. h., man darf einer klärenden Diskussion unter gar keinen Umständen aus dem Wege gehen.

Die eindeutig aktive Sterbehilfe, die *Hilfe zum Sterben* und nicht beim Sterben, wird in zunehmendem Umfang in den USA bejaht, und man setzt sich dafür ein, daß der Aufruf für ein *Testament der Lebenden* Anerkennung findet, ein Testament, das „unmißverständlich die Erwartung ausdrücken soll, daß das Recht, mit Würde zu sterben, respektiert wird“. Der als konservativ geltende amerikanische Ärzteverband hat eine Entschließung angenommen, in der die Unterzeichnung von sogenannten „*Tod-mit-Würde-Erklärung*“, die Gesunde vollziehen, befürwortet wird. Etwa eine Million soll diese Erklärung unterschrieben haben. Hier drängen sich der erdrückende Gedanke und die sehr ernste Frage auf: Wer sichert die Grenzen, wo das Ethos der Würde zum unwürdigen Handeln verleitet?

Eine Forderung dieser Art läßt sofort und folgerichtig die Frage aufkommen: Wer soll diese Forderung erfüllen, und wie soll sich der Arzt hierzu einstellen, der hippokratisch vereidigt sich dazu verpflichtet hat, Menschen zu heilen und Leben zu erhalten. Gewiß hat dieses tiefe Problem Gültigkeit für alle Altersklassen, insbesondere aber ist zwangsläufig die Geriatrie betroffen; denn hier liegen die Maxima für Morbidität, Multimorbidität, Letalität und für die gesamte Mortalität. Der Entschluß, in dieser fortgeschrittenen Lebensphase, in der der Tod wartet, therapeutisch vorzeitig zu resignieren, ist gefährlich schneller gefaßt als bei jüngeren Menschen. Umgekehrt ergibt sich manchmal die etwas schwierige, aber nicht ganz unberechtigte Frage: Ist der Therapieeinsatz auf neuzeitlichen Intensivstationen nicht manchmal etwas mehr vom ärztlichen Ehrgeiz bestimmt als vom ärztlichen Willen allein? Wo liegen die Grenzen der Therapie, kann man Empfehlungen für jüngere Kollegen aussprechen; denn das Sammeln jeweils eigener Erfahrungen ist nicht sicher genug und dauert zu lange.

Das Sterben ist oft schwer, leicht ist der Tod. Und es drängt sich die belastende Frage auf: Sollte man nicht verhindern, auch noch den Tod zu erschweren? Solche Gedanken liegen durchaus nahe, bergen aber die Gefahr in sich, unsere Fragestellung transzendent zu verschieben. Ich möchte lieber den Weg der irdischen Entscheidung wählen, indem

ich versuche, die *verschiedenen Formen der Euthanasie*, wie sie der Arzt in Erwägung ziehen sollte, mit juristischen Vorstellungen, die der Arzt ebenfalls kennen muß, in Einklang zu bringen. Zwei Möglichkeiten bieten sich hierzu an. Einmal der *Standpunkt der Juristen*, deren Beurteilung der Problematik allerdings in Einzelheiten voneinander abweicht, um dann aus ärztlicher Sicht und Erfahrung, die die Front des Sterbens kennt, zu sagen, in welchen Teilen juristische Vorstellungen beengen, ja, sogar nicht praktikabel sind. Zum zweiten der *Standpunkt des Arztes*, um diesen auf Korrekturbedürftigkeit zu überprüfen. Ich glaube, der erste Weg ist geeigneter, allein schon aus Gründen exakter Definitionen, auf die sich Juristen besser verstehen.

Ich bin Professor Schwalm außerordentlich dankbar, daß er in kristallklarer Form geradezu ein Planquadrat mit Markierungen geschaffen hat, die erkennen lassen, wo die Hauptprobleme auf juristischem Gebiet zu suchen sind, und, was mir ganz besonders wichtig erscheint, wo es möglich ist, Lösungen mit denen anderer Disziplinen zur Dekkung zu bringen.

Ich möchte also in den Fragen der Rechtslehre den Darlegungen von Professor Schwalm folgen, der mit der Formulierung geradezu ärztliches Verständnis erkennen läßt, wenn er sagt: Im Laufe der Menschheitsgeschichte hat sich gezeigt, daß einerseits sowohl die Gesellschaft und, insbesondere gerade auch die gewissenhaften Ärzte, andererseits auch manchmal der Patient selbst und seine Angehörigen im Grenzbereich ärztlicher Inanspruchnahme, also Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltung, nach gewissen *Rechtsgrundsätzen und Rechtsregeln* verlangen, auf die man sich verlassen kann, daß jedoch trotz allem ein unauflösbarer Rest ärztlicher Entscheidungen bleibt und bleiben wird, in denen der Arzt im Einzelfall, wenn auch auf dem Hintergrund unserer Rechtsordnung, letzten Endes dennoch auf eigenes Risiko aus seinem Gewissen zu handeln hat. Auf begriffliche Gegensätze wird hingewiesen; also *Lebenserhaltung* im Unterschied zur *Lebensvernichtung* einschließlich *Lebensverkürzung* schon erlöschenden Lebens; aktives Verhalten, also Tätigkeit, im Unterschied zum passiven Verhalten.

Arzneimittelpreise sind Teil der Therapiekosten

Bei Hyperurikämie und Gicht

Einmaleins-Tablette
zur Dauerbehandlung



28
Retard-
Tabletten
zu
300 mg

Nur
DM
15,70

Neu

in der Vierwochenpackung

Rationelle Therapie · Gleichmäßige Wirkstofffreigabe

Zur Anbehandlung
und individuellen Einstellung. ALLOPURINOL 100 mg:
Neuer Preis 50 Tabletten nur DM 10,50,
neue Packung 100 Tabletten nur DM 19,50.

**ALLOPURINOL von Siegfried nach eigenem neu entwickelten Verfahren in bewährter Qualität
und Galenik hergestellt. Entspricht BP 1973.**

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 mg Allopurinol. 1 Retard-Tablette enthält 300 mg Allopurinol.

Chemie: Allopurinol ist ein Isomer des Hypoxanthins (4-Hydroxy-1H-pyrazolo-(3,4-d)-pyrimidin).

Pharmakologie: Durch Allopurinol wird das Enzym Xanthinoxidase, das zur Oxydation von Hypoxanthin zu Xanthin und von Xanthin zu Harnsäure führt, gehemmt. An Stelle der Harnsäure wird das gut lösliche Hypoxanthin und Xanthin ausgeschieden. Allopurinol senkt den Harnsäurespiegel im Serum und beseitigt die Harnsäureablagerungen im Gewebe (Tophi etc.).

Indikationen: Hyperurikämie und Gicht. Zu Hyperurikämie (über 6,5 mg% Harnsäure) können

auch Erkrankungen mit starkem Nukleinsäureabbau führen wie: akute und chronische Leukämie, Polycythaemia vera und Psoriasis sowie Röntgen- und Chemotherapie von Neoplasmen und Leukosen.

Kontraindikationen:

Schwangerschaft und Stillzeit.

Nebenwirkungen: Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen. Bei Einnahme nach den Mahlzeiten mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden.

Dosierung: Das Maß für die Dosierung ist die Höhe des Harnsäurespiegels. Wenn vom Arzt

nicht anders verordnet: Anfangsdosis bis zu 800 mg täglich. Nach etwa 1-3 Wochen ist es bei dieser Dosierung möglich, erhöhte Harnsäurewerte zur Norm zurückzuführen. Die mittlere Erhaltungsdosis liegt meistens bei 300 mg.

Packungen: 50 Tabletten zu 100 mg DM 10,50,
100 Tabletten zu 100 mg DM 19,50,
Quartalspackung 250 Tabl. zu 100 mg DM 42,55,
28 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 15,70,
84 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 41,90.



Siegfried
Arzneimittel GmbH
788 Säckingen

ten im Sinne der Unterlassung einer bestimmten möglichen Tätigkeit.

Die *aktive Lebensverkürzung*, juristisch meist als *aktive unechte Sterbehilfe* bezeichnet, ist von der *echten Sterbehilfe* scharf zu trennen.

„Bei der aktiven *echten Sterbehilfe* wird ohne Verursachung einer Lebensverkürzung das Bewußtsein des Sterbenden durch Anwendung entsprechender medizinischer Mittel ausgeschaltet. Da diese hier nicht kausal für den Eintritt des Todes sind, ist die echte Sterbehilfe als ‚Linderung‘ im Rechtssinne eine ‚Heilbehandlung‘ und keine Tötungshandlung. Sie ist auch sonst nicht rechtswidrig, es sei denn, daß der Sterbende sich bei entsprechender Entscheidungsfähigkeit aus irgendwelchen – vielleicht religiösen – Gründen eine medizinische Sterberleichterung ausdrücklich verboten hat“ (*Schwalm*). Es ist bekannt, daß Rainer Maria Rilke 1926 an Leukämie bewußt ohne jegliche Sterbehilfe grausam verstarb. Hier trifft, wenn auch in ganz anderem Sinne, das Recht auf seinen eigenen Tod zu. Ein Arzt, der den Willen des Sterbenden nicht befolgt, könnte sich einer Nötigung oder vielleicht auch einer Körperverletzung schuldig machen.

Hier möchte ich gleich ärztliche Erfahrung anfügen.

1. Viele Ärzte vertreten die Meinung, daß man die lindernde Therapie bei Sterbenden, die nicht zur Lebensverkürzung führt, überhaupt nicht in das Gebiet der Euthanasie einbeziehen sollte. Dennoch sollte man hierbei bedenken, daß Übergänge zur Linderungstherapie mit Lebensverkürzung keine scharfe Grenzziehung zulassen.

2. Ich bekenne offen, daß ich es noch nie fertiggebracht habe, einen Schwerkranken und auch Sterbenden ohne jegliche Pharmaka seinem qualvollen Schicksal zu überlassen, auch wenn der Schwerkranke, ganz gleich aus welchen Gründen, bat, solche Mittel nicht zu geben – eine Situation, die übrigens nur selten vorkommt. Es gibt meiner Meinung nach auch Bitten im Leben, die man zugunsten des Bittstellers nicht zu erfüllen braucht, ja nach seinem Gewissen nicht erfüllen kann.

Ein wichtiger juristischer Begriff erfaßt die *aktive unechte Sterbehilfe*,

d. h. die Anwendung entsprechender medizinischer Mittel zur Abkürzung des Sterbevorgangs mit der Folge der Verursachung einer Lebensverkürzung. Hierzu möchte ich meinen unmißverständlichen Standpunkt aussprechen: Ich lehne diese Form der Mitleidstötung mit allem Nachdruck ab. Jede Lebensverkürzungsbehandlung bedeutet eine Tötungshandlung mit entsprechender Bestrafung. Und das Gesetz sagt hierzu aus: Gewisse Strafmilderungen entfallen dann, wenn der Arzt dem Schwerkranken mit unheilbarem Leiden lindernde Mittel verabfolgt, die zur Lebensverkürzung führen können, und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem der Sterbevorgang noch nicht eingetreten ist. Hierzu möchte ich aus ärztlicher Sicht sagen, daß wir uns in vielen Dingen noch sehr wenig einig darüber sind, wann der Tod eingetreten ist; wir haben im Laufe der Diskussion der letzten Jahre schon viele Todesformen kennengelernt, so den klinischen Tod, den Individualtod, Organtod oder Partialtod und letztlich den Totaltod. Wann aber das Sterben beginnt – diese Grenze hat noch niemand zu definieren gewagt.

Das so schwierige Problem der verschiedenen Euthanasieformen ruft zu einer sorgfältigen *interdisziplinären Analyse* und baldigen Lösung auf. Eine besondere gegenseitige Bindung liegt für den Arzt und Juristen vor, aber auch weltanschauliche Bindungen müssen integriert werden. Frei sein sollte das Problem zu allen Zeiten von politischen Gesichtspunkten.

Ich habe versucht, einige wesentliche korrelative Vorstellungen auf dem Gebiete der Rechtsform und der ärztlichen Situation darzulegen, und ich möchte nun eine *praktikable Systematik aus der speziellen Sicht des Arztes* vorschlagen, der in der Klinik und in der Praxis nahezu tagtäglich an der verantwortungsvollen Front der Lebens- und Todesentscheidung steht.

Ich möchte drei Formen der *passiven Euthanasie*, die dem *Prinzip des Entzuges* folgen, hervorheben.

1. Entzug, d. h. Nichtansetzen oder Absetzen von *Medikamenten*, die gegen die Grundkrankheit unheilbarer Art, ebenso gegen belastende Nebenerkrankungen, gerichtet sind.

2. Entzug von *Kalorien* und *Flüssigkeit*, d. h. in schwerer Krankheits-

situation das Ziehen, also Entfernen von Zufuhrsonden mit bald eintretendem Tod.

3. Abstellen lebenserhaltender *Apparaturen*, die der Aufrechterhaltung der Herzaktion, der Atemfunktion, der Nierenfunktion dienen. Ein Stop für Herz- und Atemfunktion bedeutet den Tod in wenigen Minuten, ein solcher für Nierenfunktion kommt dem tödlichen Übergang in die *Urämie* gleich.

Unsere Entscheidungen müssen auf zwei Gebieten rechtzeitig und richtig fallen: Einmal bei *Intensivfällen* auf verschiedenem Gebiet; ich nenne das große Feld der Unfallchirurgie, auf internistischem Gebiet stehen im Vordergrund Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Thromboembolien, und als Sondergruppe ist die der akuten Vergiftungen hervorzuheben.

Zum zweiten möchte ich sehr bewußt die große Gruppe der *Chronischkranken* mit einbeziehen, die man meines Erachtens im allgemeinen Trend der Intensivkassistik sehr zu Unrecht etwas aus dem Problemkreis der Sterbehilfe verdrängt hat. Vielleicht ist mit daran schuld, daß die Gruppe der Chronischkranken zu bescheiden imponiert, oder etwas deutlicher gesagt, eine gewisse sensationelle Dramatik vermissen läßt. Und gerade hier drängt sich uns die Frage nach dem griechischen *Kairos*, dem tiefen philosophischen Begriff des entscheidenden Augenblickes, auf.

Die vorwiegend *alten Patienten mit chronischen Leiden* fanden wir früher nahezu ausschließlich in Altenpflegeheimen, neuerdings aber auch in den Schwerkrankenhäusern, seitdem die Altersverschiebung hier zu einem erheblichen Wandel des Zahlenverhältnisses zwischen Akutkranken und Chronischkranken geführt hat. Hierzu nur eine einzige überraschende Zahl. Mein Mitarbeiter, Dr. Füsgen, hat an fünf Stichtagen insgesamt 638 Kranke von vier Allgemeinstationen unserer Klinik erfaßt und festgestellt, daß 50,1 Prozent zu den Chronischkranken zählen. Man wird bei diesen Chronischkranken, beispielsweise bei metastasierenden Karzinomen im fortgeschrittenen Stadium, von einer intensiven zytostatischen Therapie oder Bestrahlung Abstand nehmen. Schwierig wird die Situation, wenn einen bereits Pflegebedürftigen eine

akute Zweitkrankheit trifft, eine Apoplexie oder ein Herzinfarkt. Soll man dieses akute Ereignis als gnadenvolle Endlösung hinnehmen? In vielen Fällen erlebt der betroffene alte Mensch, für den sein chronisches Leiden bisher gerade noch erträglich war, einen Knick, die Reste seines Adaptationsvermögens sind überfordert. Obwohl der Herzinfarkt oder der Schenkelhalsbruch gut ausheilen, wird der alte Mensch immer mehr ein Opfer seiner Lethargie, psychisch dekomponiert dämmert er dahin. Retrospektiv erhebt sich dann die Frage, ob der Patient nicht das unglückliche Opfer unseres übertriebenen therapeutischen Einsatzes geworden ist. Aber was nützen retrospektive Wertungen im Einzelfall. In vielen Fällen erholt sich der alte Mensch wieder und erreicht durch neuzeitliche *aktive Rehabilitation* wieder ein lebenswertes Dasein. Als *Winston Churchill* in hohem Alter einen apoplektischen Insult erlitten hatte und eine Pneumonie hinzutrat, verzichtete sein behandelnder Arzt auf eine antibiotische Therapie. Hierzu mag man sagen: Eine gute Tat. Gleichzeitig aber muß man hinzufügen, daß man sich hüten sollte, eine hervortretende Einzelkesuistik zu verallgemeinern. Der jeweilige Schweregrad der Grundkrankheit hat zu entscheiden und damit die Erfahrung des Arztes.

Während wir bei alten Chronisch-kranken die Anamnese und das Verlaufsbild der Krankheit übersehen können, die die weitere Prognose in etwa abzuschätzen erlaubt, stehen wir bei sogenannten *Intensivfällen* vor einer völlig veränderten Ausgangslage. Die Eile der Entscheidung bestimmt unsere Entschlüsse.

Ich möchte nun der eigentlichen Betrachtung der Intensivfälle, insbesondere der suizidalen Vergiftungen, die Erfahrungen vorausschicken, die praxisnahe der Prävention dienen sollen; es sind dies Gespräche, die bei tragfähiger Vertrauensbrücke zwischen meist älteren Menschen und Arzt in der täglichen Sprechstunde immer wiederkehren. Es geht um die Frage des *Endlichkeitserlebens* bis hin zur *Sterbehilfe*. Diese tiefen Fragen werden nicht selten ausgelöst durch eine lapidare Familienrechnung, die zum Entsetzen ergeben hat, daß sie nun selbst an der Lebensgrenze angelangt sind, die die meisten ihrer Vorfahren nicht überschreiten konnten. Sie

sind ängstlich geworden, ja sie haben sogar Todesangst bei errechnetem Termin, und sie wünschen das, was man schlechthin Check up nennt, sie wollen ein diagnostisches Ausschlußverfahren im Rahmen einer gründlichen Allgemeinuntersuchung. Sie wollen wieder lebensfrei und lebensfroh werden. Wenn man dann die erhobenen Befunde mit ihnen ausführlich durchspricht, finden die meisten in der Tat ihre alte Persönlichkeitsstabilität wieder.

Einige aber fürchten nach wie vor an dieser Grenze, die häufig etwa mit der Pensionierungsgrenze zusammenfällt, die Leere, den unaufhaltsamen Sturz in diese Leere, übersteigert zitieren sie den Pensionierungstod, dem sie nicht entrinnen zu können glauben, ja, sogar suizidale Züge sind nicht zu verkennen. Ich finde, der Pensionierungstod wird in Vorträgen und Schriften allzu häufig zitiert. Er trägt in Wirklichkeit nur zur Verunsicherung bei, und ich möchte hoffen und wünschen, daß dieser Pensionierungstod möglichst bald einmal selbst stirbt, um zu verhindern, daß er fortan als psychischer Risikofaktor das Leben belastet. Das Problem des Endlichkeitserlebens könnte erleichtert werden, und es würden immer noch Fragen verbleiben, die zu lösen es gilt.

Diese Gespräche über den Ausklang des Daseins berühren oft Bitten um *Hilfe bei der Wende des Lebens*. Bei vielen reift die Frage mit dem Älterwerden allmählich heran. Nach der Größenordnung der im Leben erreichten Ziele kann man vielfach die Dringlichkeit des Problems abstimmen. Man könnte sagen: Nach erreichtem Ziel stirbt sich leichter. *Finis coronat opus!* Oft eber treten Gedanken über das eigene Lebensende urplötzlich an den Menschen heran, nämlich dann, wenn seine Umgebung leerstirbt, der Ehepartner, der Freundeskreis der Gleichaltrigen, ja, wenn man beginnt, sogar die nächstjüngere Generation zu überleben. Bisher latent gebliebene depressive Züge können sich akut verschlechtern und seelische Versagenszustände lassen ernste Gedanken des Suizides aufkommen. Gewiß lautet hier die Lösung: Einsatz von Psychologie und Psychiatrie, Antidepressiva. Oft aber bleibt hierzu keine Zeit, oder derjenige, der vielleicht seinen bewährten Hausarzt des Vertrauens aufgesucht

hat, erwartet nur von ihm eine lebensentscheidende Hilfe. In diesen Gesprächen klingt immer wieder, in den letzten Jahren mehr als früher, die Frage nach der *Freiheit des eigenen Todes* an. Gewiß, der Selbstmord ist straffrei, ebenso kann nach unserer Rechtsprechung die reine Teilnahme, also Anstiftung oder Beihilfe, nicht bestraft werden. Anders jedoch lauten einige Entscheidungen des Bundesgerichtshofes, denen sich manche Juristen angeschlossen haben, wenn eine sogenannte *Garantenstellung* gegeben ist, so beim Arzt. „Im Beispiel des Arztes, der seinem entscheidungsfähigen Patienten ein Mittel zur Selbsttötung verschafft, ist straflose Beihilfe zur Selbsttötung nur anzunehmen, wenn der Arzt zuvor seine etwaige Garantenstellung aufgegeben hat, d. h. aus dem Behandlungsvertrag entlassen worden ist“ (*Schwalm*). Soweit die Rechtslage. Unser ärztliches Bemühen muß es sein, das Gespräch mit einem suizidgefährdeten Menschen immer so zu führen, daß eine stationäre Betreuung die Möglichkeit gibt, den Patienten wieder zu stabilisieren.

Auf jeden Fall möchte ich mit allem Nachdruck betonen, daß sogenannte Suizidrezepte, die immer wieder auch ernsthaft diskutiert werden, mit Entschiedenheit abzulehnen sind. Wir handeln so nach dem hippokratischen Eid, der den Satz enthält: „Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten.“

Wie steht es nun mit der *Behandlungspflicht im suizidalen Geschehen*, beim Selbstmordversuch, der an sich straflos ist. Gilt hier der heute des öfteren geforderte Leitsatz von der Freiheit des eigenen Todes? Diese Frage kann besonders bedrückend sein, wenn man als Arzt am Bett eines schwer vergifteten steht, der vielleicht noch durch einen überzeugenden Abschiedsbrief die Ausweglosigkeit seines Lebens dargelegt hat, wenn man gleichsam meditierend sein Stethoskop zur Seite legt und sich ehrlich und sich selbst zutiefst befragt, welcher Weg wohl der richtige, der bessere sei. Es darf meines Erachtens in dieser so ernsten Situation der inneren Besinnung kein Schwanken geben. Der vergiftete Mensch ist für den Arzt in allererster Linie ein ihm anvertrauter Patient,

und es ist damit seine höchste Pflicht, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln und Maßnahmen den Zustand der Vergiftung, der ohne Zutun tödlich enden würde, zu beherrschen, um den Sterbenden wieder zum Leben, zu einem besseren Leben, zu erwecken. Auch ein noch so hohes Alter darf keine Ausnahme machen. Nur ganz selten verhält sich der Genesene, der keine psychiatrischen Leiden aufweist, dem Arzt gegenüber, der ihn gerettet hat, ernsthaft vorwurfsvoll. In nahezu allen Fällen hilft das große Lebenstherapeutikum, die Zeit. Hilfen von außen tragen mit dazu bei, schwere Not zu erleichtern.

Auf *Intensivstationen* außer Vergiftungen finden wir einen *ausgesprochen geriatrischen Akzent*. Hierzu einige neue Zahlen von der Nürnberger Intensivabteilung, an der drei medizinische Kliniken beteiligt sind. Die Auswertung stammt von Bernhard Hupp. 1973 hatten wir 1401 Zugänge, davon 874 Männer und 527 Frauen. Die Peaks beim Myokardinfarkt lagen zwischen 60 und 70 Jahren, das Häufigkeitsmaximum bei Rhythmusstörungen bei 70 Jahren. Wichtig ist es, den klinischen Tod zu überwinden durch rechtzeitige, d. h. geradezu sekunden-schnelle Erkennung und ebenso durch schnellen Totaleinsatz der neuesten Reanimationsmethoden. Hier ist höchste Eile geboten; das Herz übersteht einen Sauerstoffausfall von 20 bis 30 Minuten; der Organtod des Gehirns erfolgt bei totalem Ausfall der Sauerstoffzufuhr schon nach acht bis zehn Minuten. Meist folgt dem totalen Herzversagen der Hirntod; umgekehrt kann es bei Hirnverletzungen und bei Hirnblutungen sein.

Wo liegt nun die *Grenze der Behandlungspflicht*? Der *Hirntod* gilt heute fast allgemein als Kriterium des endgültigen Todes, der Hirntod als Zeichen des irreversiblen Funktionsausfalles dieses zentralen Organs. Nach festgestelltem Hirntod ist es für den Betroffenen sinnlos, Einzelorgane durch apparative Techniken künstlich am Leben zu erhalten; denn der Tod hat seinen Einzug gehalten. Man scheue sich, so das Reich des Todes beherrschen zu wollen.

Aber nur auf Spezialabteilungen ist man in der Lage, den Hirntod exakt methodisch zu sichern, vor allem

auch dann, wenn es um Organtransplantationen geht, sonst entscheidet zumeist die Erfahrung des Arztes allein. Auch an dieser Stelle möchte ich ganz besonders darauf hinweisen, wie dringend wichtig es ist, diese eigene Erfahrung durch die Erfahrung anderer Kollegen zu bereichern, so auf Kongressen und Symposien, die zielgerichtet programmiert werden müssen. Die Grenzen der noch möglichen Therapie müssen richtig erkannt werden, auch vom Praktiker draußen, der oft genug Intensivtherapie beim dringenden Hausbesuch treiben muß, und zwar ohne differenzierte Apparaturen und ohne geschultes Personal.

Es ist mir als Arzt nicht möglich, dem strengen Standpunkt des Rechtslehrers Bockelmann zu folgen, der meint, der Arzt müsse das Äußerste zur Verlängerung des Lebens auch dann tun, wenn es nicht um Jahre, sondern nur „um Tage oder gar um Stunden oder Minuten geht und wenn überdies das Leben in der kurzen Zeitspanne, für die es sich noch erhalten läßt, nur ein klägliches, trostloses Leben sein kann, vielleicht nur ein Dahindämmern in dumpfer Bewußtlosigkeit“. Ich bin ehrlich genug, um einzugestehen, daß ich in ausweglosen Leidenssituationen die Pneumonie, wie bei Churchill, geradezu herbeisehne; sie ist es, die die natürliche Euthanasie vollzieht, und man darf ihr nicht wehren, wenn die Grundkrankheit infaust ist. Gewiß können wir die Schrecken des Sterbens mildern, die Angst, die Atemnot und die Schmerzen, doch ein fühlbarer Rest des Sterbens bleibt dennoch. Die *Kathanasie*, das schlechte Sterben, bleibt oft dem Schwerkranken erspart, wenn wir natürliche Wege nicht stören.

Diese Sonderform der Euthanasie sollte man nicht unbeachtet lassen. Ich möchte sie die *natürliche Euthanasie* nennen, die man nicht betreiben, sondern die man unter Letalbedingungen nicht stören soll. Na-

türliche Funktionsänderungen machen in der letzten Phase einer Grundkrankheit Unerträglichkeiten oft erträglich. Komata verschiedener Genese unterliegen diesem gnaden-vollen Prinzip. Ich nenne insbesondere das *Coma uraemicum* und *Coma hepaticum*. Das *Coma uraemicum* läßt in aussichtsloser Phase die Schwerkranken einschlafen, dasselbe gilt für das *Coma hepaticum*. Im Endstadium einer Schrumpfnieren oder einer Leberzirrhose sollte man diese natürliche Euthanasie walten lassen. Therapeutische Dialyse-einsätze und ähnliche Entgiftungsmaßnahmen müssen hier ihre richtigen Grenzen finden. Schwere kardiale Dekompensationszustände führen letztlich zur Hypoxämie, die die qualvolle, mit ständiger Todesangst verbundene Atemnot nicht mehr so grausam empfinden läßt. Bei vielen Karzinomkranken nimmt mit Fortschreiten der Erkrankung die Anämie zu, die wiederum, ebenfalls auf dem Wege der Hypoxie, den Schwerkranken hilfreich lethargisch werden läßt. Gewiß können Bluttransfusionen das Defizit ausgleichen. Im ausweglosen Endstadium sollte man diesen Ausgleich nicht suchen. Jeder mißverständene therapeutische Ehrgeiz stört die von der Natur geschenkten Wege, die zu einem ruhigen Ende führen.

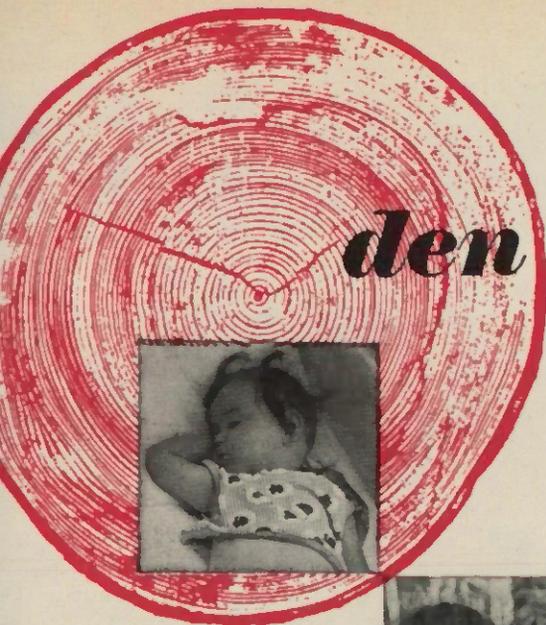
Ich habe versucht, die so schwierigen Fragen um die Euthanasie verschiedener Formen in Gedanken und Praxis ärztlich zu sichten. Schwere Probleme verlieren an Last, wenn man die Einzelfragen vereinfacht. Bei der Entscheidung über Leben und Tod können nicht Gesetze allein als Maßstab uns dienen. Das Gewissen, das das Leben beherrscht, muß an der Wende zum Tode uns helfen, um den rechten Weg zu beschreiten, den die Schöpfung uns zeigt.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. R. Schubert, Direktor des Instituts für Geriatrie der Universität Erlangen-Nürnberg und Ärztlicher Direktor der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17

56. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

am 20./21. September 1975 in Augsburg



Gleich den Jahresringen des Baumes ...

zeichnet sich die körperliche und seelische Entwicklung des Menschen ab. Störungen in der Frühentwicklung wirken sich oft entscheidend auf das ganze Leben aus.



NERV infant®

Sedativum mit Vitamin B₁ und organischen Phosphorträgern. Konzentrationschwäche, vegetative Störungen, unruhiger Schlaf, Schulumüdigkeit, Angst, nerv. Allerg., Pavor nocturnus.

Zusammensetzung:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupuli 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidiae fluid. 3,00 g
Extr. Viscifluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aqua. dest. aa 10,70 g
Sir. simpf. ad 1000,00 ml

Hinweis für Diabetiker:
Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,55 g Glucose; 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,79 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 6,50
250 ml AVK DM 13,00
500 ml AVK DM 23,40

NERV infant®

Zäpfchen für SÄUGLINGE
10 Stück AVK DM 3,50

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. apiss. 100 mg
Aeth. guajacol-glycerinat. 25 mg
Adepe solidua 875 mg

B12 NERV infant®

Antianemikum, wie NERVInfant, zusätzlich mit blutbildender und leistungssteigernder Wirkung.

Zusammensetzung:
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 1000 Gamma
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupuli 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidiae fluid. 3,00 g
Extr. Viscifluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aqua. dest. aa 10,70 g
Sir. eimpf. ad 1000,0 ml

Hinweis für Diabetiker:
Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,8 g Glucose; 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,8 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 7,00
250 ml AVK DM 14,00
500 ml AVK DM 25,20

Zäpfchen für KINDER
10 Stück AVK DM 3,85

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. apiss. 200 mg
Aeth. guajacol-glycerinat 60 mg
Adepe solidua 750 mg

TUSS infantum®

stillt den Husten, beseitigt die Verschleimung, kräftigt den Organismus.

Zusammensetzung:
Extr. Thymi fluid. 5,0 g
Extr. Primulae fluid. 1,0 g
Natr. Inosithexaphosphor 0,2 g
Oxaladinitrat 0,2 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 0,2 g
Glycerin 0,5 g
Saccharum 30,0 g
Aqua. dest. ad 100,0 ml

Hinweis für Diabetiker:
1 Teelöffel entspr. ca. 0,65 g Glucose.

100 ml AVK 4,10

FERRO infant®

Sirup und Dregées Hypochrome Anämie, Eisenmangel während der Pubertät und während der Schwangerschaft. Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen. Besonders geeignet für Schulkinder.

Zusammensetzung:
100 ml enthalten:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 10 mg
Vit.-B₆-hydrochlorid 20 mg
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 100 µg
Natrium inosithexaphosphat 200 mg
Ferrum oxyd. c. Sacch. liq. 20 g
Saccharose 12 g
1 Teel. = 30 mg Fe⁺⁺

Kontraindikation:
Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anemien, Bileanemien, Thalassemien).

Hinweis für Diabetiker:
1 Teelöffel entspricht ca. 0,6 g Glucoseäquivalente

Zusammensetzung:
1 Dregée enthält:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 1 mg
Vit.-B₆-hydrochlorid 2 mg
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 10 µg
Ferrosulfat 120 mg
(= 40 mg Fe⁺⁺)
Calc.-Magn.-
Inosithexaphosph. 10 mg
50 Dregées AVK DM 4,90
100 Dregées AVK DM 8,00

100 ml AVK DM 4,85
250 ml AVK DM 9,50
500 ml AVK DM 14,95

Nebenwirkungen bei allen Präparaten: Bei den angegebenen Dosierungen sind Nebenwirkungen nicht bekannt.

Muster auf Anforderung

Arzneimittel so natürlich wie möglich

**TOSSA
ARZNEI**

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Fernost

von Jürgen B a u s c h

I. Japan

(Fortsetzung)

Hiroshima und die Folgen

Bericht über die Atomic-Bomb-Casualty-Commission (ABCC) – Atombomben-Opfer-Kommission

Vor 30 Jahren, am 6. August 1945, haben die Vereinigten Staaten bekanntlich eine Atombombe zu kriegstechnischen Zwecken erstmalig über einer japanischen Stadt explodieren lassen, nachdem sie zuvor in einem Feldversuch in der Wüste nahe von Los Alamos in Texas eine Probeexplosion mit einer kleineren Bombe gestartet hatten.

Die Atombombenexplosion erfolgte nach einem Abwurf aus etwa 9000 m in einer Höhe von 600 m über der in einem Tal liegenden Stadt Hiroshima, wobei die Explosionskraft dieser Bombe mit 20 Kilo-Tonnen TNT (gleich 1/50 Megatonne) errechnet worden war. Drei Tage später wurde



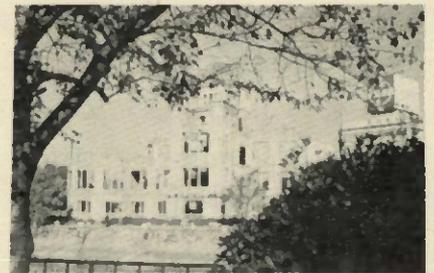
Hiroshima 1974 blühende Stadt

eine ähnlich starke Bombe mit einer weniger intensiven Neutronenstrahlung über der japanischen Hafenstadt Nagasaki abgeworfen. Beide Atombombenexplosionen markierten das Ende des Zweiten Weltkrieges. Der Japanische Kaiser mußte in die bedingungslose Kapitulation einwilligen.

Unmittelbar nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges begab sich eine gemischte Kommission der amerikanischen Marine, des Heeres und der Luftwaffe in die zerstörten Gebiete, um die Folgen der Bombeneinwirkung zu studieren, wobei diese Kommission durch zivile Wissenschaftler unterstützt wurde, welche in dem sogenannten „Projekt Manhattan“ vereinigt waren. Dieses „Manhattan-Projekt“ war damals für Entwicklung und Bau der Atombomben verantwortlich.

Die Aufgabe dieser gemischten Kommission bestand zunächst darin, die unmittelbaren Auswirkungen der Atombombenexplosion zu studieren und zu dokumentieren. Eines der Ergebnisse dieser Kommissionsarbeit war: Dem amerikanischen Präsidenten und dem Parlament vorzuschlagen, die langfristigen Auswirkungen der Atombombenexplosion zu erfassen. Zu diesem Zwecke wurde die amerikanische National-Academy-of-Sciences, eine unabhängige wissenschaftliche Institution der Vereinigten Staaten, beauftragt, eine Studie anzufertigen. Eine Forschergruppe unter Mitarbeit japanischer Wissenschaftler wurde ins Leben gerufen, so daß ab 1948 die seither sogenannte Atomic-Bomb-Casualty Commission (Atombomben-Opfer-Kommission) existiert und mit ihrer Arbeit beginnen konnte. Die Arbeiten sind bis heute nicht beendet.

Die materiellen Aufwendungen für die jahrzehntelange Tätigkeit dieser Atombomben-Opfer-Kommission sind nicht unbeträchtlich. Derzeit werden 600 Angestellte beschäftigt, davon sind 70 Ärzte (50 Japaner, 20 Amerikaner). Die Kommission verfügt über eine komplette hochmoderne Datenverarbeitungsanlage und einen Stab von Do-



Ruine der Handelskammer in Hiroshima Zeuge des furchtbaren Geschehens 1945

kumentationsspezialisten und Statistiker. Darüber hinaus werden zahlreiche medizinisch-technische Hilfskräfte und Sozialarbeiterinnen beschäftigt. Letztere halten den laufenden Kontakt zu dem großen Personenkreis der verschiedenen Untersuchungsprogramme. Zur Zeit wird die ABCC von dem amerikanischen Hämatologen Professor *Finch* geleitet. Er stammt aus New Haven in Connecticut, wo er zuvor an der Yale-Universität arbeitete. Dem vorliegenden Bericht liegt u. a. sein präziser Vortrag über die Arbeit der Kommission zugrunde.

Bislang wurden sämtliche Finanzmittel der Arbeit der genannten Kommissionen von den Vereinigten Staaten aufgebracht. Nunmehr erfolgte jedoch mit der japanischen Regierung ein Übereinkommen, welches festlegt, daß ab April 1975 die entstehenden Kosten jeweils zur

Hälfte von den Vereinigten Staaten und von Japan getragen werden.

Über den Städten Hiroshima und Nagasaki wurden etwa gleichartige Bomben abgeworfen. Beide hatten eine errechnete Sprengkraft von 20 Kilo-Tonnen und beide wurden in etwa 600 m Höhe über den beiden Städten zur Explosion gebracht. Die Sprengkörper unterschieden sich in ihrer Auswirkung dadurch, daß die Bombe über Hiroshima eine wesentlich größere Neutronenstrahlung aufwies als die Bombe über Nagasaki. In den Auswirkungen waren beide Bomben auch deswegen unterschiedlich, weil die lokalen geographischen Verhältnisse nicht zu vergleichen sind. Hiroshima liegt in einem relativ weiten Flußdelta und die Ausdehnung der Stadt erstreckt sich über das dort relativ breite Tal. Nagasaki liegt in einem sehr engen gewundenen Tal, so daß die direkten Explosionsfolgen und die Folgen der Hitze- und Strahleneinwirkung durch den Schutz der Berge gemildert wurden.

Hinsichtlich der akuten Auswirkungen der Atombombenexplosion ist bekannt, daß in Hiroshima zwischen 70 000 und 200 000 Menschen aufgrund der unmittelbaren Auswirkung der Explosion gestorben sind. In Nagasaki rechnet man mit einer Todesrate zwischen 35 000 und ca. 70 000 Menschen.

Die Zahlenangaben beruhen deswegen auf Schätzungen, weil beide Städte als Hafenstädte schon vor dem Atombombenabwurf erheblich durch konventionelles Bombardement zerstört und Teile der Bevölkerung evakuiert worden waren. Andererseits waren diese Hafenstädte Durchlaufstationen für Truppentransporte von und an die weitverzweigten Kriegsschauplätze der pazifischen Fronten, so daß die Wohnbevölkerung zwar zahlenmäßig annähernd zu erfassen war, nicht jedoch alle Durchreisenden. Während Nagasaki als Kriegsziel wegen der dort konzentrierten Schwerindustrie ausgesucht worden war, wird für Hiroshima behauptet, man habe dort das Hauptquartier der fünften japanischen Armee vernichten und weitere Truppentransporte aus dem Hafen an die Front verhindern wollen.

Die Arbeit der ABCC-Commission erstreckte sich auf eine ganze Reihe sehr umfangreicher Studien:

1. Adult-health-study (1950) – sogenannte Erwachsenenstudie

Bei diesem Programm handelt es sich um eine gut organisierte, epidemiologische Studie über die Bewohner von Hiroshima und Nagasaki, die in folgende Gruppen zu je 5000 Personen eingeteilt wurden:

a) 5000 Menschen, die in einem Umkreis von unter 2000 m vom Epizentrum der Explosion weitgehend ungeschützt überlebt hatten,

b) 5000 Menschen, die in einem Umkreis von unter 2000 m vom Epizentrum exponiert worden waren, jedoch durch Schutzmaßnahmen weniger bestrahlt worden sind,

c) 5000 Menschen, die zwischen 2000 und 10000 m vom Epizentrum entfernt waren,

d) 5000 Menschen, die zum Zeitpunkt der Explosion nicht in den jeweiligen Städten waren, sondern später eingewandert sind.

Alle Personen aus den vier Gruppen von den insgesamt 20 000 wurden jährlich zweimal untersucht, wobei regelmäßig 80 Prozent zu den Untersuchungen gekommen sind! Die Betroffenen hatten offenbar von sich aus ein großes Interesse, sich laufend untersuchen zu lassen, da eine entsprechende Aufklärung der Bevölkerung stattgefunden hatte.

2. Lifespan-Study – Lebenserwartungsstudie

In dieser Studie wurden 100 000 Menschen der Bevölkerung beider Städte (Hiroshima und Nagasaki) in einem Umkreis von etwa 25 km beobachtet. Das zu untersuchende Kollektiv wurde in Untergruppen aufgeschlüsselt: Unmittelbar exponierte Personen, d. h. solche, die zum Zeitpunkt der Explosion in einem Umkreis von weniger als 2500 m vom Epizentrum entfernt waren, sowie solche Personen, die zum Zeitpunkt der Explosion mehr als 2500 m vom Epizentrum entfernt waren und eine große dritte Gruppe, die erst nach der Explosion in die Städte eingewandert ist.

Mit ein wichtiger Grund für diese Art der statistischen Unterteilung lag darin, daß man bei früheren Untersuchungen schon festgestellt hatte, daß die Überlebenschance in beiden Städten signifikant für solche Menschen anstieg, die mehr als ca. 2000 m vom Epizentrum entfernt

waren. In diesem Bereich hatten ca. 95 Prozent der Bevölkerung eine Überlebenschance, während die Kurve in den Bereichen unter 2000 m bis zum Epizentrum hin sehr steil und sehr schnell abfiel. Sowohl in der Erwachsenenstudie als auch in der epidemiologischen Studie über die Überlebenszeiten stützte man sich nicht nur auf die regelmäßigen Untersuchungen, sondern auch auf die traditionell in japanischen Familien geführten Krankheitstagebücher, die den Wert der Studien deutlich verbesserten.

3. Eine weitere Studie erstreckte sich auf sämtliche Kinder, die sich zum Zeitpunkt der Atombombenexplosionen im Mutterleib befanden.



Exzellente Forschung in einem baulichen Provisorium:
Atombomben-Opfer-Kommission in Hiroshima

4. Die möglicherweise wichtigsten Untersuchungen erfolgten in einer groß angelegten Studie über chromosomale Aberrationen bei Menschen, die zum Zeitpunkt der Explosion den Strahlungseinwirkungen ausgesetzt waren und überlebt hatten, sowie bei deren Nachkommen.

Ergebnisse:

Die wissenschaftliche Arbeit der Kommission war dadurch erschwert, daß keine exakten Messungen darüber existierten, wie hoch die radioaktive Strahlung zum Zeitpunkt der Explosion und nach der Explosion wirklich war. Diese Art der „schmutzigen Bombe“ ist nämlich nie wieder von den Vereinigten Staaten gebaut und gezündet worden. Es gab vor Jahren Pläne, die Bombe nachzubauen und sie im Experiment zünden zu lassen, um die radioaktiven Strahlendosen in der jeweiligen Entfernung vom Epizentrum messen zu können. Das internationale Abkommen über die Nichtdurchführung von Atombombenversuchen in der Atmosphäre vereitelte dieses Vorhaben jedoch. Schätzun-

Arthritis ? Arthrose

**Die Entzündung
macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.**

Der Arthrotiker braucht ein hochwirksames Antiphlogistikum, das bereits initial eingesetzt werden kann und dabei selbst stärkere Schmerzen behebt.

Dieses Antiphlogistikum muß sich auch besonders zur Langzeittherapie eignen.

Selbst Patienten mit vorgeschädigter Leber und eingeschränkter Nierenfunktion muß es ohne Bedenken verordnet werden können.

Stärke und Darreichungsformen sollten eine Wirkungsdauer während des Tages und der Nacht ermöglichen – 24 Stunden rund um die Uhr.

Bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika dürfen keine signifikanten Wechselwirkungen auftreten.

Die Progredienz der Arthrose sollte verlangsamt werden, um den Patienten bei individuell angepaßter Dosierung längere Zeit leistungs- und arbeitsfähig zu erhalten.

Diese Voraussetzungen – klinisch überprüft und dokumentarisch weltweit belegt – sind Eigenschaften von Amuno.

Indometacin
Amuno®

Kapseln, Suppositorien

...Maßstab der Rheumatherapie

Zusammensetzung: 1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-Essigsäure (= Indometacin).
Kapseln 25 mg und 50 mg, orale Suspension 25 mg/5 ml, Suppositorien 50 mg und 100 mg.

Indikationen: Primär-chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Coxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extraartikuläre Affektionen wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Trismus und Ödemen nach zahnärztlichen Eingriffen. Kurzfristig als Adjuvans bei fieberhaften Zuständen. Bei Schmerzen, Entzündungen und Ödemen nach orthopädisch-chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Aktives Uleus ventriculi oder duodeni oder bei entsprechender gastrointestinaler Anamnese. Ferner bei Allergie gegen azetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Indometacin. Mangels ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen: Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno® werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Das trifft insbesondere zu für mitunter auftretende Magen- und Darmstörungen, die zusätzlich auch eingeschränkt werden können durch orale Verabreichung von Amuno® zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antazidum. Bei solchen Symptomen muß der mögliche Nutzen einer weiteren Therapie gegen deren Risiken abgewogen werden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno® abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulten gastrointestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno® regelmäßige Bluthildkontrollen empfohlen.

Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöse Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritis – auftretenden Sehstörungen ist augenfachärztliche Inanspruchnahme anzuraten. Die während einer Amuno®-Behandlung manchmal – vornehmlich in frühem Behandlungsstadium – zu beobachtenden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit sind meist nur vorübergehend. Patienten, die zu diesen Erscheinungen neigen, sollten während dieser Zeit kein Kraftfahrzeug lenken oder Tätigkeiten verrichten, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Handelsformen und Preise lt. A. T.:

20 Kapseln	zu 25 mg	DM 8,30
100 Kapseln	zu 25 mg	DM 32,60
20 Kapseln	zu 50 mg	DM 15,10
50 Kapseln	zu 50 mg	DM 31,50
10 Suppos.	50 mg	DM 9,30
50 Suppos.	50 mg	DM 33,95
10 Suppos.	100 mg	DM 17,15
50 Suppos.	100 mg	DM 62,—
100 ml orale Suspension	25 mg/5 ml	DM 9,75

Im übrigen unterrichtet über Einzelheiten der Anwendung, Begleiterscheinungen und Dosierung die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP &
DOHME

gen gehen davon aus, daß Strahlungs-dosen um 420 Rad. in einem Bereich von etwa 2500 m rund um das Epizentrum auftraten mit einer Fehlerbreite dieser Schätzung zwischen fünf und zehn Prozent (die tödliche Strahlendosis bei einmaliger Ganzkörperbestrahlung für einen Menschen liegt bei ca. 400 Rad.). Bei der Explosion einer Atombombe entsteht das Maximum der Strahlung in den ersten 5 Sekunden nach der Zündung dieser Bombe. Die Strahlendosis fällt proportional zur Entfernung vom Ausstrahlungsherd ab.

In Hiroshima und Nagasaki ist es auf der Erde sowohl zur Gammastrahlung als auch zur Neutronenstrahlung gekommen, während Alpha- und Beta-Strahlen wegen des hochliegenden Explosionspunktes erdnah wohl nicht mehr eingewirkt haben.

Ein nennenswerter „fall-out“ wurde im übrigen nach diesen beiden Atombombenexplosionen nicht festgestellt, was wohl durch den Mangel an geeigneten Meßinstrumenten zu erklären ist. Abgesehen von den akuten Strahlenschäden am Organismus des Menschen bezog sich die Tätigkeit der Atombomben-Opfer-Kommission auf die Feststellung der Spätschäden.

1. Lebenserwartung

Die an 100 000 Personen durchgeführte Lebenserwartungsstudie von Menschen, die die akuten Auswirkungen der Atombombenexplosionen in Hiroshima und Nagasaki überlebten, bestätigen die Beobachtungen der Tierversuche, daß radio-

aktive Bestrahlung die Lebenserwartung von Wirbeltieren verkürzt. Abgesehen von dem gehäuften Auftreten der Leukämie wurde auch ein Anwachsen der Krebssterblichkeit bei den Gruppen festgestellt, die vergleichsweise starker radioaktiver Bestrahlung ausgesetzt waren. Dabei war besonders bemerkenswert, daß die Krebssterblichkeit bei solchen Personen anstieg, die zum Zeitpunkt der Bombenexplosion zwischen 0 und 20 Jahren alt waren. Deswegen besteht die Forderung, diese Gruppe in der Studie auch in Zukunft noch weiter zu verfolgen.

2. Beschleunigung des Alterungsprozesses

Zahlreiche Untersuchungen dienten der Klärung der Frage, ob die radioaktive Strahleneinwirkung den biologischen Alterungsprozeß des Menschen beschleunigt. Hierfür ließen sich jedoch keine signifikanten Anhaltspunkte feststellen. Diese Befunde stehen im Gegensatz zu tierexperimentellen Beobachtungen.

3. Strahlenkatarakte

An ophthalmologischen Komplikationen ist vor allem der Strahlenkatarakt eine bekannte Wirkung der Strahlenüberdosierung. Tatsächlich hat man bei allen Menschen, die in einem Bereich von 0 bis 1500 m vom Epizentrum entfernt exponiert waren und überlebten, Linsentrübungen im Bereich der hinteren Linsenkapsel festgestellt. Diese Linsentrübungen haben im Verlauf von vielen Beobachtungsjahren nicht zugenommen. Fünf Personen mußten sich einer Staroperation unterziehen.

Bei allen anderen Personen waren die Veränderungen nicht so ausgeprägt, daß sie zu einer wesentlichen Verminderung des Sehvermögens geführt hätten. Andere Augenschäden wurden als Spätfolgen der Atombombenbestrahlung nicht festgestellt.

4. Strahleninduzierte Leukämie

Sowohl in Hiroshima als auch in Nagasaki hat man nach der Atombombenexplosion eine steigende Zahl von Leukämien bei Kindern und Erwachsenen festgestellt, die alle Bevölkerungsschichten betraf. Insbesondere in den Jahren zwischen 1948 und 1952, also rund drei bis sieben Jahre nach der Atombombenexplosion, beobachtete man eine starke Leukämiehäufung. Dabei fiel auf, daß bei den Kindern akute lymphoblastische Leukämien auftraten und bei Erwachsenen die chronische-myeloische Leukämie, die akute myeloische Leukämie und die akute lymphatische Leukämie vermehrt beobachtet wurden. *Mit einem Gipfel im Jahr 1951 lag die Häufigkeit der Leukämie in Hiroshima und Nagasaki 40mal höher als im übrigen Japan.* Dabei ist anzumerken, daß im Durchschnitt in Japan nur halb so viele Leukämien auftreten wie beispielsweise in den Vereinigten Staaten.

Bei den exakten epidemiologischen Studien konnte im übrigen nachgewiesen werden, daß diejenigen Personen am ehesten und häufigsten an Leukämie erkrankten, die initial den höchsten Strahlenmengen ausgesetzt waren.

Zusätzlich ist bemerkenswert, daß die Leukämierate in Nagasaki unter der Leukämierate von Hiroshima liegt. Man führt dies auf die niedrigere Neutronenstrahlung der Nagasaki-Bombe zurück. Bis 1971 sind 1625 Leukämiefälle in beiden Städten dokumentiert worden.

5. Lymphome, aplastische Anämien

An weiteren hämatologischen Komplikationen hat man vermehrt Lymphome und aplastische Anämien beobachtet, wobei sich jedoch keine sichere statistische Signifikanz herauskristallisieren ließ.

6. Krebserkrankungen

Eine deutliche Häufung von Schilddrüsenkrebserkrankungen wurde in den Jahren 1958 bis 1964 bei Frauen

Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieran Interesse haben — praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte —, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

**Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung**

Telefon (089) 41 47-269
Frau Vöth

beobachtet, wobei dieser Krebs häufiger und früher auftrat, als dies statistisch zu erwarten gewesen wäre. Eine Erklärung kann dafür nicht gegeben werden. Lungenkrebs, Brustkrebs und Speicheldrüsenkrebs zeigten in der Gruppe der stark strahlenexponierten Personen eine höhere Frequenz. Andere Formen von Krebserkrankungen traten im Untersuchungsgut nicht gehäuft auf. Insbesondere konnte man weder eine Häufung von gynäkologischen Krebserkrankungen noch von Magenkrebserkrankungen gegenüber der Normalpopulation in Japan feststellen. Auch Hautkrebs wurden nicht gehäuft beobachtet.

7. Zytogenetische Studien

Eine große zytogenetische Studie läßt bei denjenigen Personen gravierende Veränderungen feststellen, die unmittelbar der Bestrahlungswirkung der Bombe ausgesetzt waren. Sämtliche Patienten, die zum Zeitpunkt der Strahlenexposition 30 Jahre alt waren, hatten bis zum heutigen Zeitpunkt zu über 70 Prozent Chromosomenaberrationen und unterschieden sich dabei von der nicht exponierten Kontrollgruppe, bei der nur in etwa 15 Prozent Chromosomenaberrationen gefunden wurden. Diese Aberrationen wurden in Lymphozytenkulturen festgestellt, wobei sich sowohl Translokationen als auch vergrößerte und verkleinerte Chromosomengruppen fanden.

Bei denjenigen Kindern, die sich zum Zeitpunkt der Explosion noch im Mutterleib befanden, wurden ebenfalls Chromosomenaberrationen festgestellt. Zwischen dem Ausmaß von Chromosomenaberrationen und der Strahlendosis besteht ein direkter Zusammenhang. Eine sehr auffällige Beobachtung fand sich jedoch bei der ersten Generation der untersuchten Erwachsenen (F1-Generation) mit erheblichen Chromosomenaberrationen in den Lymphozyten. Die Kinder dieser Eltern zeigten überraschenderweise keine genetischen Aberrationen und keine gesteigerte Mißbildungsrate. Über die Chromosomenstudie der F2- und F3-Generation gibt es noch keine gesicherten Kenntnisse.

Eine umfangreiche Studie bei über 70 000 Schwangerschaften von Frauen, die unmittelbar atombombenstrahlenexponiert waren, jedoch erst nach 1945 schwanger wurden,

erbrachte das Ergebnis, daß weder ein Anwachsen der Fehlbildungsrate, noch ein Anwachsen der Fehlgeburtssrate, noch ein Anwachsen der Leukämierate festgestellt werden konnte. Auch ein vermehrtes Auftreten von Chromosomenaberrationen in den Lymphozyten wurde, wie oben dargelegt, nicht festgestellt.

8. Strahlenwirkung auf ungeborene Kinder

Wesentlich schwerwiegender waren die Auswirkungen der akuten Bestrahlung auf Kinder, die zum Zeitpunkt der Strahlenexposition schon konzipiert waren. Hier kam es zum Auftreten von *Mikrozephalie mit und ohne geistiger Retardierung*, wobei die meisten mikrozephalen Kinder geistig retardiert waren. Unabhängig von der Mikrozephalie fanden sich auch geistige Retardationen ohne Mikrozephalus, dies insbesondere bei Kindern im ersten und zweiten Trimenon zum Zeitpunkt der Explosion. Die *Schädigungsrate betrug bis zu 40 Prozent* der Kinder von Müttern, die zum Zeitpunkt der Explosion schwanger waren.

9. Fertilität

Diejenigen Menschen, die die Bombenexplosion überlebten, auch solche, die innerhalb von 2000 m vom Epizentrum durchgekommen sind, boten keinen Anhalt für das Vorliegen von Normabweichungen hinsichtlich ihrer Fertilität, dabei muß einschränkend angemerkt werden, daß derartige Untersuchungen außerordentlich schwierig sind und sich die Untersuchungsergebnisse insbesondere auf die Anzahl der Nachkommen der entsprechenden Personen stützt.

Zusammenfassung

Die erste Atombombe zur Vernichtung von Menschenleben wurde am 6. August 1945 über der japanischen Stadt Hiroshima gezündet. Das Ausmaß der Vernichtung von Menschen und Material überstieg das bisherige menschliche Vorstellungsvermögen. Eine ganze Stadt mit über 250 000 Einwohnern wurde so zerstört, daß buchstäblich kein Stein auf dem anderen blieb. Die meisten Gebäude wurden schon durch die Gewaltwirkung des Explosionsknalls vernichtet. Was danach noch stand, verbrannte. Hinsichtlich der Zahl der durch die Bombeneinwirkung getöteten Menschen schwanken die

Schätzungen zwischen 70 000 und 200 000. Die Zahl ließ sich deswegen nicht exakt ermitteln, weil durch die laufende Bombardierung Hiroshimas mit konventionellen Waffen ein Teil der Bevölkerung evakuiert war und eine unbekannte Zahl von Truppen in Hiroshima zum Zeitpunkt der Atombombenexplosion auf den Weitertransport wartete.

Im Hinblick auf die verheerenden akuten Folgen der atomaren Explosion waren die Spätfolgen durch die radioaktive Strahleneinwirkung vergleichsweise gering. Die sogenannte Atomic-Bomb-Casualty-Commission (Atombomben-Opfer-Kommission) untersucht permanent seit 1948 in zahlreichen Vergleichsgruppen die Bevölkerung Hiroshimas und Nagasakis auf Spätfolgen der radioaktiven Strahleneinwirkung, wobei an wichtigsten Ergebnissen folgendes festgestellt werden konnte:

- a) Es läßt sich eine deutliche Verkürzung der Lebenserwartung strahlenexponierter Personen feststellen.
- b) Bestimmte Krebserkrankungen werden überdurchschnittlich häufig festgestellt.
- c) Die Leukämierate ist deutlich höher und lag 1948 bis 1952 sogar um 40mal höher als im übrigen Japan.
- d) Über 70 Prozent der strahlenexponierten Personen zeigen noch heute Chromosomenaberrationen in den Lymphozyten.
- e) Strahlenkatarakte wurden vermehrt beobachtet.
- f) 4090 zum Zeitpunkt der Explosion noch ungeborene Kinder wurden im Mutterleib teilweise schwerst geschädigt.
- g) Fertilitätsminderungen konnten nicht erwiesen werden.

Literaturhinweise:

Verlautbarung der Atomic-Bomb-Casualty-Commission 1972, Hiroshima 5-2, Hijiyama-Park, Hiroshima-City 730.

Rober W. MILLER. Text Delayed Radiation Effects in Atomic-Bomb Survivors 1969, Band 166, S. 569-574.

Radiation Effects on Atomic Bomb Survivors. Iwao M. MORIYAMA, Arthur STEER, Howard HAMILTON, Walter J. RUSSEL, Kiyoshi SHIMIZU, Donald DOCK. Technical Report 6-73 der Atomic-Bomb-Casualty Commission, Hiroshima, S. 1-13.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Bausch, Kinderarzt, 8000 München 81, Knappertsbuschstr. 18

Landesversammlung 1975 des Marburger Bundes in Bayern

Am 7./8. Juni 1975 fand in München die Landesversammlung 1975 des Marburger Bundes in Bayern statt. Die Delegierten der nahezu 5000 angestellten und beamteten Ärzte, die an den bayerischen Krankenhäusern, Unversitätskliniken und sonstigen Einrichtungen unseres Gesundheitswesens tätig sind, behandelten aktuelle gesundheitspolitische Fragen.

Im Mittelpunkt einer sehr eingehenden Diskussion, u. a. mit Ministerialdirektor Dr. H. Schmatz, als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, und dem Landtagsabgeordneten Dr. med. E. Cremer, standen naturgemäß die Pläne der Bundesregierung und des Bundesrates, die gesetzlichen Möglichkeiten dafür zu schaffen, daß Ärzte eventuell gehindert werden können, ihre Praxistätigkeit am Ort ihrer freien Wahl aufzunehmen.

Der *Marburger Bund* sieht in solchen möglichen Zulassungsbeschränkungen kein Mittel, die berechtigte Forderung nach einer gleichmäßigeren ärztlichen Versorgung in allen Landesteilen, zu erfüllen. Der Landesvorsitzende Dr. Jürgen Bausch unterbreitete eine Vielzahl von Vorschlägen, wie der „Landmüdigkeit“, die ja keineswegs allein bei Ärzten

in Erscheinung tritt, abgeholfen werden könnte. Die Landesversammlung bekräftigte ihre Forderung, daß die Gewähr dafür gegeben sein müsse, alle nur denkbaren Möglichkeiten „marktkonformer“ Steuerung der Niederlassung erfolglos auszuschöpfen, bevor man ernsthaft Zulassungsbeschränkungen diskutieren könne.

Die Delegierten bekräftigten die Forderung des Verbandes, an der Erstellung der Bedarfspläne für die ambulante ärztliche Versorgung und insbesondere an der Beschlußfassung darüber beteiligt zu werden, ob die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungssperren gegeben sind.

Weitere Verhandlungsgegenstände waren die Schwierigkeiten, die sich für den Vollzug der ärztlichen Approbationsordnung allerorten ergeben. Die berechtigte Forderung nach praxisnaher Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sei offensichtlich in ebensichtbarer Zeit nicht zu realisieren. Die Hochschullehrer im Kreise der Delegierten bestätigten, daß man über die praxisnahe Ausbildung der Medizinstudenten, die sich im sogenannten „Internatsjahr“ am Krankenbett vollziehen sollte, eigentlich noch keine rechten Vorstellungen

haben. Die an der Diskussion beteiligten Vertreter der Fachschaft der Medizinstudenten äußerten die Sorge, daß sie, angesichts unzulänglicher Vorbereitung des Internatsjahres, letztlich um die ihnen zugesagte praxisnahe Ausbildung betrogen würden.

Dr. Georg Fuchs, Würzburg, 2. Landesvorsitzender, berichtete über die ersten Erfahrungen mit dem Bayerischen Hochschulgesetz und seinen Mitbestimmungsregelungen.

Kosten für Einstellungs- untersuchungen bei Bewerbern für den mittleren Dienst der Bundeszollverwaltung

Der Bundesminister der Finanzen hat darauf hingewiesen, daß für die vorgenannten Untersuchungen die vom Bundesministerium des Innern getroffene Regelung verbindlich ist, d. h., daß im Interesse einer sparsamen Haushaltsführung für die damit verbundenen ärztlichen Leistungen nur die einfachen Sätze der GOÄ gezahlt werden können. Dem Antrag der Bundesärztekammer, die Gebühren der Entwicklung des Lohn- und Preisgefüges und den im Kassenarztbereich vereinbarten Zuschlägen anzupassen, wurde damit nicht entsprochen.

Wir möchten deshalb die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auf die Berechtigung hinweisen, solche Untersuchungen zu den angebotenen Honorarsätzen abzulehnen.

Seit mehr als 25 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Labortechnik
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

KURT PFEIFFER KG

85 NÜRNBERG 2

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonie-Heus)
Postfach 1946 - Telefon (09 11) 20 39 03 - 04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Haemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

Famulatur in der Praxis

Nach der jüngst geänderten Approbationsordnung können nun Medizinstudenten ihre Famulatur nicht nur wie bisher in der Allgemeinpraxis, sondern auch in der Facharztpraxis ableisten.

Die Bayerische Landesärztekammer hat eine Famulatur-Vermittlungsstelle eingerichtet, bei der etwa 400 Allgemeinärzte gemeldet sind, die bereit sind, Famuli bei sich aufzunehmen. Die vorgeschriebene achtwöchige Famulatur kann in verschiedenen Abschnitten abgeleistet werden. Wir empfehlen aber, daß mindestens vier Wochen zusammenhängend abgeleistet werden sollen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

bezahlt bei einer mindestens vierwöchigen Famulaturzeit DM 200,—, für jede weitere volle Woche DM 50,—. Dieses Taschengeld wird auf Antrag überwiesen. Die Antragsformulare sind bei der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns des Famulivaters erhältlich. Außerdem gibt es dort auch die Formulare für das Famulaturzeugnis.

Nach der Änderung der Approbationsordnung fordern wir nun auch die Fachärzte in der freien Praxis auf, sich bei der Famulatur-Vermittlungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu melden, wenn sie bereit sind, während der Seme-

sterferien Famuli bei sich aufzunehmen.

Sie sollten dabei angeben, ob sie im Jahr einen oder mehrere Famuli und während welcher Zeit bei sich aufnehmen wollen. Auch besondere Wünsche wegen der Person des Famulus können geäußert werden.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem im folgenden abgedruckten Merkblatt für Famulatur, das unsere Vermittlungsstelle jedem Famulus und dem Famulusvater aushändigt.

Dr. H. Braun
Vizepräsident

Merkblatt für Famulatur

Die Famulatur ist ein Teil des Studiums und begründet daher kein Arbeitsverhältnis. Sie muß zusammenhängend mindestens vier Wochen betragen.

Folgendes ist zu beachten:

- 1. Eine schriftliche Abmachung — auch in Briefform — sollte Beginn und Ende der Famulatur, freie Station oder anderweitige Unterbringung, usw. festlegen.*
- 2. Die Haftpflichtversicherung des Praxisinhabers haftet euch für das Personal — also euch für den Famulus — ohne weitere Formalitäten.*
- 3. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sichert euch den Famulus bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Er ist lediglich nach Ablauf des Jahres auf dem zugesandten Fragebogen für vier Wochen mit $\frac{1}{12}$ Beschäftigten zu melden.*
- 4. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bezahlt bei einer mindestens vierwöchigen Famulaturzeit DM 200,—, für jede weitere volle Woche DM 50,—. Antragsformulare sind bei der für den Famulusvater zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich und einzureichen.*
- 5. Eine Lohnsteuerkarte ist vom Famulus vorzulegen und ihm nach Abschluß der Famulatur ausgefüllt wieder auszuhändigen.*
- 6. Ein Zeugnis über die abgeleistete Famulatur nach vorgeschriebenem Formblatt ist vom Famulusvater einzustellen. Den Vordruck erhält man bei der Bayerischen Landesärztekammer oder bei den Bezirksstellen der KVB.*
- 7. Die Tätigkeit des Famulus soll sich auf die ganze Breite der Praxis beziehen:*
 - 7.1 Teilnahme am ärztlichen Gespräch als wichtigstes Kommunikationsmittel zwischen Patient und Arzt (das Einverständnis des Patienten muß eingeholt werden). Auf die Beschäftigung eines Famulus kann auch durch Aushang im Wartezimmer hingewiesen werden. Es soll dort aber auch vermerkt sein, daß die Patienten die Gegenwart des Famulus ablehnen können.*
 - 7.2 Teilnahme bei den Hausbesuchen, um das soziale Milieu kennenzulernen. Wegen der besonderen Aktualität sollen auch Nachtbesuche und der Ärztliche Notfalldienst mitgemecht werden.*
 - 7.3 Anamnesen und klinische Befunde soll der Famulus bei ausgewählten Fällen in einem eigenen Raum selbständig erheben und das Ergebnis dem Praxisinhaber vorlegen.*
 - 7.4 Der Famulus soll Gelegenheit haben, das medizinisch-chemische Labor in der Indikationsstellung, in der technischen Erbringung und in der Auswertung kennenzulernen.*
 - 7.5 Die Indikationsstellung und Anwendung von Geräten für die physikalische Therapie sollen gezeigt werden.*
 - 7.6 Die Grundbegriffe der EKG-Diagnostik (wenn vorhanden) sollen vermittelt werden.*
 - 7.7 Die Bedeutung und der Ablauf der präventiven Untersuchungen sollen aufgezeigt werden.*
 - 7.8 Erste, lebensrettende Maßnahmen, wenn sie entfallen, sind von besonderer Bedeutung.*
 - 7.9 Zum Abschluß eines jeden Tages sollte ein Gespräch stattfinden, in dem alle offenen Fragen beantwortet werden.*

Eusaprim®

Breitband-Bakterizidum

Suspension für Erwachsene



Für Ihre Patienten

- die Tabletten nicht schlucken können
- die Tabletten ungerne einnehmen

Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

Indikationen: Bakterielle Infektionen

- der Atemwege
- der Harnwege
- der Genitalorgane
- des Magen-Darm-Traktes
- der Haut

Alle anderen Infektionen
mit empfindlichen Erregern.

Dosierung: Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 2 Tabletten täglich. Weitere Angaben im wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Zusammensetzung:** 1 Erwachsenen-Tablette sowie 5 ml Erwachsenen-Suspension enthalten 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol (entsprechend 480 mg Cotrimoxazol). Kinder-Suspension (5 ml) mit 1/2 und Kinder-Tabletten mit 1/4 der Erwachsenen-Dosis. Eusaprim® zur i. v. Infusion: 1 Ampulle zu S ml enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol. Verwendbare Infusionslösungen siehe wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serum-Kreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste 4 Wochen der Stillperiode, erste 4 Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthenen Eusaprim® absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Handelsformen:** 20 Tabletten 18,15 DM, 50 Tabletten 41,30 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu S ml (2 x 10) 91,35 DM, Suspension (100 ml) 19,90 DM, (500 ml) 77,85 DM, 20 Kinder-Tabletten 5,70 DM, 50 Kinder-Tabletten 13,60 DM, Kinder-Suspension (100 ml) 12,50 DM. Preise inkl. Mehrwertsteuer.



Wellcome Deutsche Wellcome GmbH 3006 Burgwedel 1

Personalia

Professor August Wilhelm Forst 85 Jahre

Der emeritierte o. Professor für Pharmakologie, Toxikologie und Chemotherapie, Dr. med., Dr. phil., Dr. med. vet. h.c. August Wilhelm Forst wurde am 10. Juni 85 Jahre. Er studierte Medizin und Naturwissenschaften an den Universitäten Heidelberg, Freiburg und München. 1914 legte er in München das Medizinische Staatsexamen ab und promovierte im gleichen Jahr zum Dr. med. Nach dem Ersten Weltkrieg setzte er seine Studien der Naturwissenschaften fort und war mehrere Jahre am Laboratorium der Akademie der Wissenschaften tätig. 1924 wurde er Assistent am Pharmakologischen Institut der Universität München, 1928 habilitierte er sich. Während der NS-Zeit war seine akademische Laufzeit behindert. Am 1. Juni 1946 übernahm er den ordentlichen Lehrstuhl für Pharmakologie, Toxikologie und Chemotherapie an der Universität München. Professor Forst war von 1946 bis 1956 Mitglied des Senats der Universität. 1951 wurde er zum ordentlichen Mitglied der Akademie der Wissenschaften gewählt. — Professor Forst ist nach wie vor im Pharmakologischen Institut tätig. Zur Zeit bereitet er einen Handbuch-Artikel über die Messung des Blutzuckers vor.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. Schmidt

Medizinaldirektor Dr. med. Otto Peter Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz in Bad Reichenhall, wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette verliehen. Dr. Schmidt widmet sich seit 1962 in hervorragender Weise der ärztlichen Fortbildung. Sein persönlicher Einsatz auf diesem Gebiet umfaßt sämtliche Bereiche ärztlicher Fortbildung: Vorträge, Veröffentlichungen und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen. Er hat in den letzten 13 Jahren im Rahmen ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen über 150 Vorträge gehalten. Die Zahl

seiner Veröffentlichungen beträgt über 100.

Die Bergmann-Plakette wurde ihm auf dem 8. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt am 14. Juni durch Dr. Schlosser, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, überreicht.

Auszeichnungen

Mit dem Bayerischen Verdienstorden wurden ausgezeichnet:

Dr. Friedrich Cremer, MdL, Lengfurt; Professor Dr. Ludwig Demling, Erlangen; Professor Dr. Gerd Hegemann Erlangen; Professor Dr. Herbert Lang, München; Professor Dr. Adolf Windorfer, Erlangen.

Professor Dr. Hans-Werner Altmann, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Würzburg, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Pathologie für das Jahr 1975/76 gewählt.

Professor Dr. Wilhelm Börner, Abteilungsvorsteher an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für die kommenden fünf Jahre gewählt.

Privatdozent Dr. Claus Claussen, Abteilungsvorsteher an der HNO-Klinik der Universität Würzburg, wurde zum korrespondierenden Mitglied der spanischen otorhinolaryngologischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. Hans Franke, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, wurde zum derzeitigen Jahrespräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin gewählt.

Professor Dr. Hans Adolf Kühn, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für das Amtsjahr 1975/76 gewählt.

Dr. Fozad Leheta, wissenschaftlicher Assistent an der Neurochirurgischen Universitätsklinik München, Klinikum Großhadern, zur Zeit Lei-

ter des Laser-Lebers für Medizin und Biologie in der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, wurde zum Mitglied des amerikanischen Kongresses für Neurochirurgie ernannt.

Professor Dr. Theodor Heinrich Schiebler, Vorstand des Anatomischen Instituts der Universität Würzburg, wurde von der Bulgarischen Gesellschaft für Anatomie, Histologie und Embryologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. Josef Ströder, Direktor der Kinderklinik der Universität Würzburg, wurde durch die Französische Regierung zum Officier dans l'ordre des Palmes Académiques ernannt.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Privatdozent Dr. Helmuth Huber, Abteilungsvorsteher an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Hamburg ernannt.

Privatdozent Dr. Horst Seller, Abteilungsvorsteher am Physiologischen Institut, ist aus dem Bayerischen Staatsdienst ausgeschieden. Er ist jetzt „ordentlicher Professor“ an der Universität Heidelberg.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Wilhelm Feuerlein, Abteilungsvorsteher an der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts; Privatdozentin Dr. med. Annemarie Kollmannsberger, Oberärztin an der Neurochirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern.

DURCH FÄLLE

ein Fall für Mexaform plus

AA

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-8-hydroxychinolin (Halquinol) + 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,6-chinon (Phenquone);
1 Mikrotablette enthält: 20 mg Halquinol + 2 mg Phenquone; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Halquinol + 8 mg Phenquone.

Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Darminfektionen, unspezifische Durchfälle. Bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operatiionsbedingtem Meteorismus.

Kontraindikationen

Hepatische oder renale Insuffizienz.

Nebenwirkungen

Unspezifische Nebenerscheinungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl werden selten beobachtet. Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut kommen sporadisch vor. Das Vorkommen von peripherer Neuropathie, Myelopathie sowie von Optikus-schädigung ist bei Hydroxychinolinen verschiedener Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen. Schon die ersten Anzeichen derartiger

Störungen erfordern ein sofortiges Absetzen des Präparates.

Dosierung und Anwendungsdauer

Erwachsene: Durchschnittlich 3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder über 12 Jahre: 1-3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder vom 6.-12. Lebensjahr: 1-2mal täglich 1 Dragée oder 10-20 Mikrotabletten.
Kleinkinder vom 2.-5. Lebensjahr: 8-12 Mikrotabletten täglich oder 40-60 Tropfen.
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabletten oder 15-25 Tropfen täglich.
Akute Darmlörungen erfordern praktisch nie mehr als eine einwöchige Behandlungsdauer. Ist in seltenen Fällen eine Überschreitung der einwöchigen Behandlungsdauer (bis maximal vier Wochen) erforderlich, sollte diese stets unter ärztlicher Überwachung erfolgen.

Besondere Hinweise

Bei Patienten mit gestörter Leber- oder Nierenfunktion ist besondere Vorsicht angezeigt. Sollte MEXAFORM PLUS mit anderen hydroxychinolinhaltigen Medikamenten gemeinsam verabreicht werden, so ist darauf zu achten, daß bei Erwachsenen Hydroxychinolin-Tagesdosen von 750 mg, bei Kindern entsprechend weniger, nicht über-

schrritten werden. Desgleichen darf nach der als maximal angegebenen Behandlungsdauer kein anderes hydroxychinolinhaltiges Medikament zur evtl. Weiterbehandlung verwendet werden.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, soll MEXAFORM PLUS wie alle Arzneimittel nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden. MEXAFORM PLUS ist nur zur Anwendung beim Menschen bestimmt. Bei durchfall-erkrankten Hunden und Katzen kann es wegen erhöhter Oberempfindlichkeit zu Nebenwirkungen kommen.

Handelsformen und Preise

10 Dragées	DM 4,20
20 Dragées	DM 7,45
50 Dragées	DM 17,20
Anstellpackungen	
50 Mikrotabletten	DM 2,90
30 ml Tropfen	DM 7,20

C I B A

Universitätsdozent Dr. med. Peter Meister, Pathologisches Institut, wurde zum „beamteten außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Knierer wurde zum „Honorarprofessor für Dermatologie und Venerologie“ ernannt.

Unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit wurden zum „Oberarzt“ ernannt: Privatdozent Dr. med. Walter Brückner, wiss. Oberassistent an der Chirurgischen Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Hans-Jürgen Gurland, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Hans-Jürgen Kümper, wiss. Oberassistent an der II. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Klaus Lohe, wiss. Oberassistent an der I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Berndt Lüderitz, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Bodo Eckehard Strauer, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern.

Privatdozent Dr. med. Ferdinand Eisenberger, wiss. Assistent an der Urologischen Klinik und der Urologischen Poliklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Jörn-Henning Wolf, wiss. Assistent am Institut für Geschichte der Medizin, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat“ ernannt.

Dipl.-Psychologe Rudolf Pfitzner, wiss. Angestellter an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Udalrich Büll für „Radiologie“; Dr. med. Veit-Peter Gabel für „Augenheilkunde“; Dr. med. Eberhard Götz für „Anästhesiologie“; Dr. med. Rüdiger Landgraf für „Innere Medizin“; Dr. med. Wolfgang Mempel für „Immunologie“; Dr. med. Rudolf Meyendorf für „Psychiatrie“; Dr. med. Manfred Schattenkirchner für „Innere Medizin“; Dr. med. Georg Philipp Schmidt für „Anatomie“; Dr. Günter Valet für „Experimentelle Medizin“; Dr. med. Klaus v. Werder für „Innere Medizin“; Dr. Klaus Zeiler für „Immunologie“; Dr. med. Volker Zumbel für „Chirurgie“.

Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Felix Böcker, Direktor des Nervenkrankenhauses Bayreuth, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Obermedizinaldirektor“ beim Bezirk Mittelfranken ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hatto Fuchs, Akademischer Oberrat an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Der Senat befürwortet die Einrichtung einer Abteilung für gynäkologische Radiologie innerhalb der Frauenklinik unter der Leitung von Professor Dr. med. Julius Weishaar.

Würzburg

apl. Professor Dr. med. Volker ter Meulen, Abteilungsvorsteher am Institut für Virologie und Immunbiologie, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Siegfried Nägler, Leiter des Labors des Städtischen Krankenhauses Schweinfurt, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. dent. Albrecht Robbach, Oberarzt an der Klinik und den Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum „leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Werner Engel, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Ulrich Pleiter, wiss. Assistent am Pathologischen Institut, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Dirk Brachtel für „Innere Medizin“; Dr. med. Johannes Breitenfelder für „Orthopädie“; Dr. med. Zeljko Duzanec für „Augenheilkunde“; Dr. med. Kurt Fleischer für „Innere Medizin“; Dr. med. Hans Hennemann für „Experimentelle Medizin“; Dr. med. Peter Klaua für „Chirurgie“; Dr. med. Heinrich Zöllner für „Innere Medizin“.

in memoriam

Nachruf zum Tode von Dr. Heinrich Eisert

Die Kassenärzte der Oberpfalz trauern um ihren langjährigen Vorsitzenden, Kollegen Dr. Eisert, der am 17. Juni 1975 kurz nach Mitternacht plötzlich und unerwartet verstorben ist. Er hatte zuvor noch den Nachmittag arbeitend in der Bezirksstelle verbracht. Weder er, noch die mit ihm zusammengetroffen waren, hatten geahnt, daß es das letzte Mal gewesen sein sollte.

Dr. Eisert wurde am 12. Februar 1906 in Donauwörth geboren. Nach Schulbesuch und Studium ließ er sich in Würzburg als Orthopäde weiterbilden. Ab 1938 war er in Regensburg niedergelassen, nur unterbrochen durch die Verwendung in der Wehrmacht von 1939 bis 1945.

Dr. Eisert war seit 1946 in ununterbrochener Folge der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz. Er war ein Mann der ersten Stunde, der sich auf die Bitten seiner Kollegen hin für dieses Ehrenamt zur Verfügung stellte, obwohl er in seiner orthopädischen Fachpraxis — damals einziger Orthopäde in Regensburg — alle Hände voll zu tun hatte. In den oft schweren und aufregenden Zeiten stand er wie ein Fels in der Brandung. Er hatte immer klare Vorstellungen, was erreicht werden sollte und bemühte sich, unbeirrt von allen Störfaktoren und trotz aller Schwierigkeiten, das ihm notwendig Erscheinende zu tun. Diese unerschütterliche Festigkeit in der Durchführung des einmal als richtig Erkannten, war ein wesentliches Merkmal seines Charakters. Er war immer konsequent, dabei aber niemals starr, sondern geistig beweglich und in der Form konzilient. Er drängte sich nie in den Vordergrund, aber wußte stets, was er wollte. Sein ruhiges und ausgleichendes Wesen konnte viele Spannungen lösen. So ist es verständlich, daß das Vertrauen seiner Kollegen ihn immer wieder in seinem Amt bestätigte. Die oberpfälzischen Kassenärzte haben ihm viel zu danken. Daß die ärztliche Versorgung in der Oberpfalz trotz

mancher Standort-Schwierigkeiten doch immer ausreichend gewesen ist, ist wesentlich mit sein Verdienst.

Dr. Eisert war ein aufrechter Deutscher, dem das Schicksal des Vaterlandes sehr am Herzen lag. Die politische Situation unserer geteilten Nation bedrückte ihn oft schwer. Sein besonderes Interesse außerhalb des ärztlichen Bereiches galt der Architektur und dem Bauwesen sowie der Musik. Auf allen kulturellen Gebieten hatte er klare Anschauungen. Man konnte sich mit ihm über alle geistigen Fragen tief-schürfend unterhalten. Dabei zeigte er eine große Aufgeschlossenheit und ein lebhaftes persönliches Engagement.

Sein überraschender Tod hat uns schwer betroffen. Er wird uns als Vorsitzender, Kollege, Mensch und Freund sehr fehlen.

Dr. Stetter
stellv. Vorsitzender

Professor Dr. Herbert Schober †

Am 15. Juni verstarb im 71. Lebensjahr Professor Dr. phil., Dr. med., Dr. med. h. c. Herbert Schober. In ihm verliert die deutsche Wissenschaft eine Persönlichkeit, die weltweites Ansehen genoß und den großen Ruf des von ihm im Jahre 1957 gegründeten Instituts für medizinische Optik an der Ludwig-Maximilians-Universität in München begründete. Der am 14. März 1905 in Innsbruck geborene Gelehrte hatte an den Universitäten München, Innsbruck, Prag, Wien und Hamburg studiert und war, bevor er am 1. Januar 1957 das Ordinariat an der Münchener Universität übernahm, in den Jahren 1936 bis 1938 Leiter des Spektroskopischen Labors der Physikalisch-Technischen Reichsanstalt in Berlin, 1938 Direktor des Instituts für Medizinische Physik an der Veterinär-Hochschule Wien und 1940 Professor und Direktor des Instituts für angewandte Physik der Technischen Hochschule in Wien gewesen. An der Hamburger Universität über-

nahm er 1955 seine erste Professur für medizinische Optik. Professor Schober wurde die Ehrendoktorwürde der Technischen Universität München in Würdigung seiner richtungsweisenden Verdienste um die Medizin bei Lösung grundlegender und praktischer medizinisch-optischer Probleme verliehen.

Der Verstorbene leitete eine Sachverständigen-Kommission der Weltgesundheits-Organisation, die sich mit Sehanforderungen im Straßenverkehr befaßte, stand über Jahre hindurch in Fragen der Beleuchtung der Verkehrsministerkonferenz ebenso wie der Internationalen Beleuchtungskommission bei den Vereinten Nationen als Experte zur Verfügung. 1961 präsiidierte er in Düsseldorf den 1. Internationalen Kongreß für medizinische Photographie und 1965 den Internationalen Röntgenkongreß in München. Sein letztes Auftreten erfolgte am 5. Mai dieses Jahres auf dem Jahreskongreß der Wissenschaftlichen Vereinigung der Augenoptiker in Wiesbaden.



Buccosperin[®]

Harnantisepticum

Zusammensetzung: 1 Orag. enthält: Fol. Bucco 20 mg, Fol. Uvae Ursi 48 mg, Hexamethylentetramin. 34 mg, Phenyl. salicyl. 34 mg, Acid. benzoic. 14 mg, Acid. ecetylosalicylic. 41 mg, Camphora monobrom. 0,7 mg, Ol. aeth. (Ol. Ment. pip., -Terebinth., -Gaulth.) 14 mg.

Indikationen: Entzündliche und nichtentzündliche Affektionen der ableitenden Harnwege: Cystitis, Urethritis, Adjuvans bei Pyelonephritis, schmerzhafte Miktionen, Tenesmen, Reizblase. Zur Prophylaxe vor Operationen und diagnostischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Leberfunktionstörungen, Nierenfunktionstörungen, gleichzeitige Gabe von Sulfonamiden; hämorrhagische Diathese, Magen- und Darmulcere.

Handelsformen u. Preise: Packung mit 45 Dregees DM 4,95 m. U.
Packung mit 90 Oregees OM 8,60 m. U.

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
1 BERLIN 21

Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

vom 21. Mai 1975

Aufgrund der §§ 4 und 14 a der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1970 (Bundesgesetzblatt I S. 237), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 26. März 1975 (Bundesgesetzblatt I S. 773), wird mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

Artikel 1

Die Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (Bundesgesetzblatt I S. 1458) wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. in einer ärztlichen Praxis“.

b) Absatz 2 Nr. 3 wird gestrichen.

c) Hinter Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 angefügt:

„(3) Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung in einer ärztlichen Praxis abgeleistete Tätigkeit als Famulus ist anzurechnen. Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung in einer anderen Einrichtung abgeleistete Tätigkeit als Famulus kann angerechnet werden, wenn sie unter ärztlicher Leitung in einer den in Absatz 2 Nr. 1 genannten Einrichtungen vergleichbaren Einrichtung durchgeführt worden ist.“

d) Absatz 3 wird Absatz 4 und erhält folgende Fassung:

„(4) Die Tätigkeit als Famulus ist bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in den Fällen des Absatzes 2 durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 7 zu dieser Verordnung nachzuweisen.“

2. In § 12 wird folgender neuer Absatz 4 angefügt:

„(4) Zuständig für die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 ist das Landesprüfungsamt des Landes, in dem der Antragsteller für das Studium der Medizin eingeschrieben oder zugelassen ist. Bei Studierenden, die eine Einschreibung oder Zulassung für das Medizinstudium bei einer Hochschule im Geltungsbereich dieser Verordnung noch nicht erlangt haben, ist das Landesprüfungsamt des Landes zuständig, in dem der Antragsteller für eine Wohnung, bei mehreren Wohnungen für seine Hauptwohnung gemeldet ist, oder, sofern er nicht für eine Wohnung im Geltungsbereich dieser Verordnung oder in einem Land ohne Landesprüfungsamt für seine Wohnung gemeldet ist, das Landesprüfungsamt des Landes, in dem er geboren ist. Ergibt sich hiernach keine Zuständigkeit, so ist das Landesprüfungsamt des Landes Nordrhein-Westfalen zuständig.“

3. § 38 erhält folgende Fassung:

„§ 38

Abweichende Regelungen für die Ausbildung

(1) Die Studierenden nach § 37 Nr. 2 bis 4 leisten einen Krankenpfordienst und eine Tätigkeit als Famulus von mindestens je zwei Monaten ab. Studierende nach § 37 Nr. 4 leisten die Famulatur nach den Vorschriften dieser Verordnung ab.

(2) Für Studierende nach § 37 Nr. 1 bis 3 dauert die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent ein Jahr. Davon sind mindestens je vier Monate auf einer Abteilung für innere Krankheiten und auf einer chirurgischen Abteilung zu verbringen. Für die in § 37 Nr. 4 genannten Studierenden entfällt diese Vorbereitungszeit.

(3) Für Studierende nach § 37 Nr. 3 dauert der klinische Teil des Hochschulstudiums mindestens sieben Semester. Hat der Studierende die ärztliche Vorprüfung nach fünf Semestern abgelegt oder legt er diese Prüfung nach fünf Semestern ab, so dauert für ihn der klinische Teil des Studiums sechs Semester.

(4) Die Ausbildung der Studierenden nach § 37 Nr. 4 umfaßt ein Hochschulstudium der Medizin von mindestens sechs Jahren. Der vorklinische Teil des Hochschulstudiums dauert mindestens zwei, der klinische Teil mindestens vier Jahre. Die Studierenden nach § 37 Nr. 4 setzen nach Bestehen der ärztlichen Vorprüfung die ärztliche Ausbildung nach den Vorschriften dieser Verordnung fort.

(5) Studierende nach § 37 Nr. 1 bis 4, die die ärztliche Vorprüfung nach der Bestallungsordnung für Ärzte nicht bis zum 30. April 1976 erfolgreich abschließen, legen die ärztliche Vorprüfung nach den Vorschriften der Approbationsordnung für Ärzte ab. Bei der Zulassung zu dieser Prüfung sind die nach der Bestallungsordnung für Ärzte abgelegten Studienzeiten und Ausbildungsveranstaltungen anzurechnen. Studierende nach § 37 Nr. 1 bis 3, die unter Satz 1 fallen, setzen die ärztliche Ausbildung nach Bestehen der ärztlichen Vorprüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte fort.

(6) Studierende der Medizin, für die nach den vorstehenden Vorschriften ein klinisches Studium nach der Bestallungsordnung für Ärzte vorgesehen ist, schließen abweichend hiervon ihre Ausbildung nach den Vorschriften der ärztlichen Prüfung nach für Ärzte ab, sofern sie die ärztliche Prüfung nach der Bestallungsordnung für Ärzte nicht bis zum 30. April 1981 erfolgreich ablegen. Bei der Zulassung zu den einzelnen Abschnitten der ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte sind die nach der Bestallungsordnung für Ärzte abgelegten Studienzeiten und Ausbildungsveranstaltungen anzurechnen.“

4. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Bei der Meldung zur ärztlichen Prüfung haben Studierende nach § 37 Nr. 1 bis 3 den der Meldung nach § 40 der Bestallungsordnung für Ärzte beizufügenden Nachweisen zusätzlich beizufügen eine Beschei-



malträtierete Venen:

Krampfadern
 oberflächliche Thrombosen
 oberflächliche Venenentzündungen
 Venenreizungen
 Venenstauungen
 zur Venenpflege

stumpfe Verletzungen:

Sport-, Haushalts-,	Blutergüsse
Unfallverletzungen	Verrenkung
Verstauchung	Schwellung
Zerrung	
Prellung	
Quetschung	



Exhirud[®] SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



PROMONTA
 HAMBURG

HINWEIS: Exhirud-Gel ist alkoholhaltig und sollte deshalb nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleimhaut in Berührung kommen.

HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 40 g Salbe DM 6,65; Packung mit 100 g Salbe DM 13,50; Packung mit 40 g Gel DM 6,65; Packung mit 100 g Gel DM 13,50; Anstaltspackungen.

ZUSAMMENSETZUNG: 100 g Salbe enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1g, biochemisch standardisiert auf 500 Antithrombin-Einheiten.

100 g Gel enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1,5g, biochemisch standardisiert auf 750 Antithrombin-Einheiten.

INDIKATIONEN: Siehe oben

KONTRAINDIKATIONEN: Hämophilie

nigung nach dem Muster der Anlage 6 der Bestallungsordnung für Ärzte über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an einem radiologischen Kursus unter besonderer Berücksichtigung des Strahlenschutzes. Studierende nach § 37 Nr. 3, die die ärztliche Vorprüfung nach einem Studium der Medizin von zwei Jahren abgelegt haben, haben abweichend von § 39 Abs. 2 der Bestallungsordnung für Ärzte nachzuweisen, daß sie nach vollständig bestandener ärztlicher Vorprüfung mindestens sieben Semester zurückgelegt haben oder im siebten Semester studieren."

b) Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Bei Studierenden nach § 37 Nr. 3, die die ärztliche Vorprüfung bereits nach einem zweijährigen vorklinischen Studium abgelegt haben, kann der Beginn der ärztlichen Prüfung in das siebente klinische Semester dieser Studierenden vorverlegt werden. Ausnahmen von § 37 der Bestallungsordnung für Ärzte sind insoweit zulässig. Die Prüfung darf jedoch nicht vor Schluß des siebenten klinischen Semesters abgeschlossen werden.“

5. § 40 erhält folgende Fassung:

„§ 40

Approbation in den Fällen nach den Übergangsregelungen

(1) Bei Studierenden nach § 37 Nr. 1 bis 3 wird die Approbationsurkunde nach dem Muster der Anlage zu der Verordnung über die Neugliederung

der Medizinalassistentenzeit und über die Approbationsurkunde vom 24. Februar 1970 (Bundesgesetzblatt I S. 214) ausgestellt.

(2) Studierende der Medizin, die eine der in § 38 Abs. 5 und 6 für die Anwendung der Bestallungsordnung für Ärzte festgelegten Ausschlussfristen überschreiten, haben für die Erteilung der Approbation als Arzt nachzuweisen, daß sie die ärztliche Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte nach einem sechsjährigen Studium der Medizin abgelegt haben, das eine zwölfmonatige praktische Ausbildung in Krankenanstalten umfaßt. Die §§ 35 und 36 dieser Verordnung finden Anwendung."

6. In der Anlage 7 (zu § 7 Abs. 3) werden die Worte „zu § 7 Abs. 3“ in dem Klammerzusatz durch die Worte „zu § 7 Abs. 4“ ersetzt.

7. Die Anlagen 22 (zu § 39 Abs. 5 Satz 2) und 23 (zu § 39 Abs. 6) werden gestrichen.

Artikel 2

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzblatt I S. 1) in Verbindung mit § 15 der Bundesärzteordnung auch im Land Berlin.

Artikel 3

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

(aus „Bundesgesetzblatt“, Teil I, Nr. 59 vom 31. Mai 1975)

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 10. Juni 1975 — V A — 5355/5 — 6/75 —

1. Gemäß § 126 a Bundessozialhilfegesetz wurden zu Landesärzten bestellt:

a) Landesärzte für Körperbehinderte

für den Regierungsbezirk Oberbayern, ausgenommen die Landeshauptstadt München:

Dr. Josef Hilgers, Orthopäde, 8000 München 2, Kaiser-Ludwig-Platz 6/0

für das Gebiet der Landeshauptstadt München:

Professor Dr. Albert Göb, Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der

Universität München, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 8 e

für den Regierungsbezirk Niederbayern:

Dr. Hatto Egerer, Orthopäde, 8360 Deggendorf, Ringstraße 51

für den Regierungsbezirk Oberpfalz:

Dr. Heinrich Baier, Orthopäde, 8400 Regensburg, Luitpoldstraße 15 b

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken:

Professor Dr. Heinz Wagner, Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Wichernhauses, 8503 Altdorf bei Nürnberg

für den Regierungsbezirk Unterfranken:

Professor Dr. August Rütt, Direktor der Orthopädischen Klinik des König-Ludwig-Hauses, 8700 Würzburg, Brettreichstraße 11

für den Regierungsbezirk Schwaben:

Dr. Horst Matthäus, Orthopäde, 8900 Augsburg, Holbeinstraße 12

b) Landesärzte für Sehbehinderte

für die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben:

Professor Dr. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik und -Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22

für die Regierungsbezirke Oberpfalz und Mittelfranken:

Dr. Ekkart Genée, Oberarzt der Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:

Professor Dr. Wolfgang Leydhecker, Direktor der Universitätsaugenklinik und Poliklinik, 8700 Würzburg, Röntgenring 12

c) Landesärzte für Hör- und Sprachbehinderte

für die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben:

Dr. Gabriele Full-Scharrer, Akademische Oberrätin an der Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten der Universität München, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 8 a

für die Regierungsbezirke Niederbayern, Oberpfalz und Mittelfranken:

Privatdozent Professor Dr. Gerhard Kittal, Leiter der Abteilung für



Esberigal®

aktiviert die hepato-biliären Funktionen,
daher Steigerung der Cholerese auf das 2-3fache.

Keine dickdarmwirksame laxierende Wirkung:
daher unbedenklich
auch in der Schwangerschaft anwendbar.

Esberigal® forte

mit laxierender Wirkung
und verstärktem cholagogem Effekt

Zusammensetzung:

Darreichungsform	liquidum	forte liquidum		Tropfen	Dragees
	Perkolat 1 = 5	Perkolat 1 = 4	Perkolat 1 = 2	Perkolat 1 = 1	Extracta sicca in 1 Dragee
Herb. Cardui bened.	10 ml	8 ml	--	10 ml	20 mg
Fruct. Cardui Mariae	10 ml	8 ml	--	10 ml	20 mg
Fol. Sennae	--	15 ml	--	--	--
Herb. Anserinae	20 ml	16 ml	--	20 ml	40 mg
Rad. Taraxaci c. Herb.	20 ml	16 ml	--	20 ml	40 mg
Herb. Chelidonii	20 ml	16 ml	--	20 ml	40 mg
Flor. Chamomillae	20 ml	16 ml	--	20 ml	40 mg
Rhiz. Curcumae	--	--	5 ml	--	--

Indikationen:

für Esberigal: Cholangitis, Cholecystitis, Dyskinesie der Gallenwege, Postcholezystektomie-Syndrom; zur Therapie und Nachbehandlung bei Hepatitis epidemica.

für Esberigal forte: Alle Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich, bei denen eine erhöhte Cholerese und eine verstärkte laxierende Wirkung notwendig sind.

Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschluss der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Esberigal Liquidum 100 ml DM 6,-, Esberigal Tropfen 50 ml DM 9,55, Esberigal Dragees 50 Stck. DM 4,70, Esberigal forte Liquidum 100 ml DM 6,55



Schaper & Brümmer
Salzgitter - Ringelheim

Stimm- und Sprachstörungen der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Bohlenplatz 20

für die Regierungsbezirke *Oberfranken* und *Unterfranken*:

Professor Dr. Horst Wullstein, Direktor der Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, 8700 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus Bau 9-11

d) Landesärzte für gelstig und seelisch Behinderte

für den Regierungsbezirk *Oberbayern*:

Bezirksmedizinaldirektorin Dr. Ruth Boos-Langner, 8013 Haar, Bezirkskrankenhaus

für den Regierungsbezirk *Niederbayern*:

Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Wilhelm Haack, 8350 Plattling, Leitengeweg 2 b

für den Regierungsbezirk *Oberpfalz*:
Obermedizinaldirektor Dr. Sebastian Maier, Chefarzt des Nervenkrankenhauses des Bezirks Oberpfalz, 8400 Regensburg, Karthaus 1

für den Regierungsbezirk *Oberfranken*:

Obermedizinaldirektor Dr. Felix Böcker, Direktor des Nervenkrankenhauses Bayreuth, 8580 Bayreuth, Nervenkrankenhaus

für den Regierungsbezirk *Mittelfranken*:

Bezirksmedizinaldirektor Dr. Günther Glatthaar, 8561 Engelthal über Lauf/Pegnitz, Bezirkskrankenhaus

für den Regierungsbezirk *Unterfranken*:

Obermedizinaldirektor Dr. Dr. Burkhard Kohlhepp, Direktor des Nervenkrankenhauses Werneck, 8722 Werneck, Schloß

für den Regierungsbezirk *Schwaben*:

Medizinaldirektor Dr. Otto Siegle, 8950 Keufbeuren, Nervenkrankenhaus

2. Die Bekanntmachungen vom 7. Juli 1970 (StAnz. Nr. 30), vom 30. Juli 1971 (StAnz. Nr. 32 - AMBl. S. 217) vom 19. Februar 1974 (StAnz. Nr. 9 - AMBl. S. 53) und vom 13. August 1974 (StAnz. Nr. 35 - AMBl. S. 232) werden aufgehoben.

Dr. med. Hubert Keim, Chefarzt der Strahlen- und physikalisch-therapeutischen Abteilung des Städtischen Krenkenhauses, 8950 Kaufbeuren

Dr. med. Peter Krafft, Urologe, 8390 Passau, Ludwigstraße 13

Dr. med. Joachim Krebs, Vertrauensärztliche Dienststelle LVA Niederbayern-Oberpfalz, 8360 Deggendorf

Dr. med. Rudolf Kröhl, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik, 8600 Bamberg, Untere Sandstraße 32

Dr. med. H. Lehmann, Medizinaldirektor, 8000 München 90, Stadelheimer Straße 12

Dr. med. Ernst Leiner, Medizinaldirektor, 8870 Günzburg, Bürgermeister-Landmann-Platz 8

Professor Dr. med. O. Messerschmidt, Leiter des Labors für experimentelle Radiologie, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Lendstraße 2

Dr. med. Jakob Nager, Medizinaldirektor, 8300 Landshut, Zweibrückenstraße 684/2

Dr. med. Dag Nitz, Internist, 8000 München 2, Weinstraße 3

Dr. med. Annemarie Rauch, Chefarztin der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses St. Josef, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 65

Dr. med. Erich Rupprecht, Obermedizinaldirektor, 8583 Bischofsgrün, Höhenklinik

Dr. med. Kurt Sauer, Medizinaldirektor, Internist, 8480 Weiden, Dr. Seeling-Straße 29

Dr. med. Bernhard Schilf, Internist, Betriebsarzt der Siemens-AG, 8900 Augsburg, Werner-von-Siemens-Straße 6

Dr. med. Ferdinand Schrott, Internist, 8000 München 80, Johannisplatz 1

Dr. med. K.-G. Stepf, Internist, 8000 München 2, Bayerstraße 22

Dr. med. Ingeborg Sundholm, Medizinaldirektorin, Internistin, 8300 Landshut, Maximilianstraße 18/19

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung strahlenexponierter Personen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 9. Juni 1975 - V A - 1494/52/75 -

Die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 22. Juli 1974 (AMBl. S. 224 = StAnz. Nr. 16), geändert durch die Bekanntmachung vom 22. November 1974 (AMBl. 1975 S. A 3), wird wie folgt geändert:

1. Bei Buchstabe a) wird eingefügt:

Dr. med. Dietrich Bressel, Internist, 8520 Erlangen, Henkestraße 127

Dr. med. Hans-Peter Heynen, Siemens-AG, Bereich medizinische Technik, 8520 Erlangen, Henkestraße 127

2. Bei Buchstabe b) wird eingefügt:

Dr. med. F. Bachmayr, Internist, 8867 Oettingen, Manggasse C 7

Dr. med. Alois Beitinger, Oberregierungsmedizinalrat, 8070 Ingolstadt, Staatliches Gesundheitsamt

Dr. Dr. med. Bloedner, Ärztlicher Direktor, 8621 Schwabthal, Kurklinik Lautergrund LVA Berlin

Dr. med. Edith Gaßner, Internistin, 8300 Landshut, Maximilianstraße 18/19

Dr. med. Günther Hirsch, Internist, 8782 Karlstadt/Main, Hauptstraße 7

Dr. med. Raul H. Irigoyen, Betriebsarzt der Siemens-AG, 8000 München 80, St. Martin-Straße 76

Strahlenschutz- Fachkunde für Rö.-Assistentinnen

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgen-Diagnostik, Röntgen-Therapie und Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen) für Röntgenassistentinnen, die als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt sind.

Die Bayerische Landesärztekammer führt den gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973 geforderten 48stündigen Spezialkurs durch.

Beginn: Dienstag, 2. Dezember 1975, 9 Uhr

Ende: Sonntag, 7. Dezember 1975, 13 Uhr

Ort: Erlangen, Institut für physikalische und medizinische Strahlenkunde der Universität, Krankenhausstraße 12

Leitung: Professor Dr. Paull.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 200,-.

Anmeldungen ausschließlich bei der Bayerischen Landesärztekammer.

Teilnahmeberechtigt sind alle MTA (Radiologie) mit staatlicher Anerkennung, die am Stichtag 1. September 1973 als solche tätig waren.

Die Kolleginnen und Kollegen werden gebeten, die Anmeldung von

Mitarbeiterinnen umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 41 47-294 (Fr. Wanger) telefonisch oder schriftlich vorzunehmen.

Brief aus Bonn

Seit Monaten spricht alles von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Nur der Bundestag hat Enthaltensamkeit geübt, bis zum Juni. Einen Tag lang wurde geredet, aber konkrete Vorschläge blieben Mangelware. Zielscheibe der Kritik waren die Honorare; Geißler und Frau Focke, CDU und SPD, wollen sie in zentralen Verhandlungen mit Orientierungsdaten einfangen. Das „heiße Eisen“ Selbstbeteiligung aber faßt kein Politiker an.

Fast einen ganzen Tag lang hat der Bundestag über die Lage des Gesundheitswesens debattiert. Anlaß war eine Große Anfrage der CDU/CSU. Damit verbunden war die erste Lesung der Gesetzentwürfe zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. Den einen Entwurf hat Bundes-

arbeitsminister Arendt präsentiert, den anderen der Bundesrat auf Initiative Bayerns. Beide Entwürfe zielen auf die Sicherung der ärztlichen Versorgung in den strukturschwachen Gebieten. Zum Zentralthema dieser Aussprache wurde aber die Frage, wie denn der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden könne.

Dolestan®

bewährtes Einschlafmittel mit Durchschlafeffekt

schneller Wirkungseintritt

über 7 Stunden erquickender Schlaf

helles, klares Erwachen, kein Morgenkater

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Carbromal 300 mg, Bromisovalerianylcarbamid (Bromisoval) 150 mg, Acecarbromal 50 mg, Diphenhydramin-hydrochl. 25 mg, Mandelsäurebenzylester 25 mg.
Indikationen: Einschlaf- und Durchschlafstörungen.
Dosierung und Anwendungsweise: Bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen 15–20 Minuten vor dem Schlafengehen 1–2 Dolestan-

Tabletten, bei vorzeitigem Erwachen in der Nacht 1/2–1 Dolestan-Tablette. Am zweckmäßigsten läßt man die Schlaftabletten in etwas Wasser zerfallen. Dadurch kommt es zu einem schnellen Wirkungseintritt.
Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt.
Unverträglichkeiten und Risiken: Während der Schwangerschaft, besonders während der ersten 3 Monate, sollte die angegebene Dosierung nicht überschritten werden.

Dolestan kann, wie alle Schlafmittel, die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bei Verabreichung als Tagessedativum sollte daher die Einnahme vor Bedienung eines Fahrzeuges oder einer Maschine unterbleiben.
Handelsformen: OP mit 10 Tabletten DM 2,70, OP mit 20 Tabletten DM 4,75. Unverbindl. empf. Preise.
Arztmuster erhalten Sie von Prof. Dr. med. Much AG, 8232 Bad Soden, Postfach 1349.

Wer freilich gehofft hatte, konkrete Vorschläge zu diesem Thema zu hören, der wird enttäuscht gewesen sein. Der „Debattensalat“, so der CDU-Abgeordnete *Hammanns*, läßt sich daher nur schwer auf wenige Thesen konzentrieren. Hinzu kommt, daß innerhalb der Koalition durchaus unterschiedliche Akzente gesetzt wurden und auch in den einzelnen Fraktionen abweichende Meinungen zu hören waren. So lassen sich *Arendt* und Frau *Focke* kaum auf einen Nenner bringen. Bei der Opposition wird die Spannweite der Meinungen mit den Namen *Geißler* und Frau *Neumeister* umschrieben. Und innerhalb der Koalition stellen die Abgeordneten *Sund* und *Glombig*, die noch zu den gemäßigten Sozialdemokraten zählen, sowie der Freidemokrat *Spitzmüller* die Eckpfeiler dar, die kaum im Kompromiß zu überbrücken sind.

Als Fazit der Debatte lassen sich folgende Punkte nennen: Die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung ist nicht umstritten, sie wird kommen. Die Parlamentsmehrheit tritt für die Vorlage *Arendts* ein; sie dürfte letztlich auch die Zustimmung der CDU finden. Die Bedarfsplanung soll also den Charakter einer Orientierungshilfe haben. *Arendt*: „Es wird keine Verplanung der Ärzte geben.“ Alle Fraktionen treten für die Eindämmung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung ein, konkrete Pläne liegen nicht vor. Allerdings wurde davon gesprochen, daß künftig sowohl von den Krankenhäusern als auch von den niedergelassenen Ärzten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit mehr als bisher beachtet werden müßten. Frau *Focke* wie *Geißler* sprachen sich dafür aus, daß Orientierungsdaten für die Einkommensentwicklung bei den Ärzten gesetzt werden sollten. *Geißler* und *Glombig* befürworteten zentrale Honorarverhandlungen, *Spitzmüller* lehnte diese ab. Die engere Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern mit dem Ziel der Kostenersparnis wurde allgemein befürwortet. Während die Sozialdemokraten den Ausbau der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung forderten, sprachen sich Opposition und Freie Demokraten nachdrücklich dafür aus, daß die ambulante ärztliche Versorgung auch künftig durch niedergelassene Ärzte sichergestellt wird. An die Bürger wurde appelliert, sich ge-

sundheitsbewußter zu verhalten. Niemand befürwortete eine Selbstbeteiligung der Versicherten; *Geißler* bezeichnete sie als problematisch, die SPD lehnte sie kategorisch ab. Die finanzielle Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung bleibt umstritten, die Gesetzesvorlage *Arendts* hat hier kaum eine Chance, unverändert zum Gesetz zu werden.

Hier einige Kostproben aus der Debatte:

Prinz zu Sayn-Wittgenstein (CDU): Die CDU ist der Auffassung, daß die ambulante Versorgung auch in Zukunft durch niedergelassene Ärzte in freier und unabhängiger Berufsausübung sichergestellt werden muß. Nur auf diesem Weg wird die freie Arztwahl gewährleistet.

Frau *Focke* (SPD): In den vergangenen Jahren hat der Einkommenszuwachs der Kassenärzte sowohl die Zunahme des Sozialprodukts wie auch den Anstieg des durchschnittlichen Arbeitnehmerinkommens beträchtlich überschritten. Für Gegenwart und Zukunft ist eine solche Entwicklung nicht hinnehmbar; vielmehr ist eine Orientierung auch des ärztlichen Honorarzuwachses an allgemeinen wirtschaftlichen Eckdaten erforderlich.

Arendt (SPD): Diese Verantwortung bedeutet aber auch, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen mit allen Konsequenzen bis hin zum partiellen Verlust des Sicherstellungsauftrages für mögliche Mißerfolge (bei der Steuerung der ärztlichen Versorgung) einstehen müssen. ... Die vorgesehene Zulassungsbeschränkung ist als ein mittelbares Steuerungsinstrument entwickelt worden. Um Mißdeutungen vorzubeugen: Auch hier ist kein Zwangsinstrument zur Landverschickung von Ärzten ausgedacht worden. ... Für die erforderlichen Änderungen brauchen wir die verantwortliche Mitwirkung der Ärzte. Wir bemühen uns darum.

Geißler (CDU): Die Behauptung, daß unser Gesundheitssystem das beste und zugleich freiheitlichste ist, kann nicht widerspruchlos aufrechterhalten werden. Es erreicht in einer Reihe von Punkten nicht den internationalen Standard. Gekennzeichnet wird es von einer überproportionalen Kostenentwicklung bei nach-

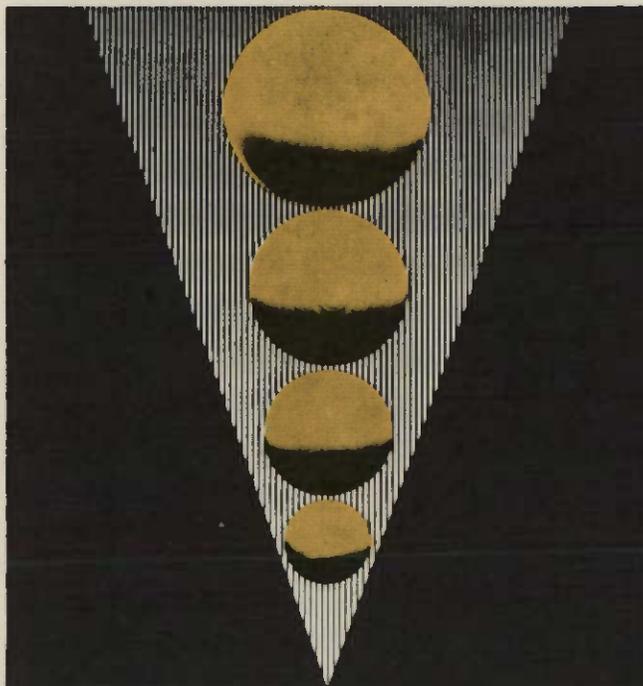
lassender Effizienz. ... Abgesehen davon, daß bei einer weiteren Explosion der Kosten härtere Eingriffe des Staates nachweisbar werden, ist schon jetzt in Teilbereichen die freie Arztwahl zunehmend gefährdet. ... Ich möchte in aller Form vor einer Einengung der Diskussion auf die Selbstbeteiligung im Krankheitsfall als Patentrezept warnen. ... Ich meine aber, daß eine materielle Ergänzung (das Schiedsverfahren) durch Entscheidungshilfen notwendig ist, beispielsweise in der Form von Orientierungsrahmen und Orientierungsdaten für die Beitragssätze, aber auch für die Einkommensentwicklung selber.

Frau *Neumeister* (CDU): Es ist schlichter Unsinn, angesichts dieser regionalen Mängel von einer Krise unseres Gesundheitswesens zu sprechen. Wie in jeder Gruppe gibt es auch unter den Ärzten sogenannte schwarze Schafe. Aus bedauerlichen Einzelercheinungen aber einen allgemein gesundheitspolitischen und moralischen ärztlichen Notstand erster Ordnung konstruieren zu wollen, ist eine ganz schlechte Methode, ... durch die überdies eine Verunsicherung bei den Patienten erzeugt werden kann. ... Ich bin überzeugt, daß Zulassungsdirigismus nicht den gewünschten Erfolg haben wird, zusätzliche und vor allem qualifizierte Landärzte zu gewinnen.

Spitzmüller (FDP): Die FDP kann nur die Konsequenz ziehen: neue Leistungsangebote sind zunächst kaum möglich. Nach einer Phase des Aufbaus und Ausbaus sozialer Sicherheit wechseln wir jetzt in eine Phase der Konsolidierung über, in der es darauf ankommt, das Erreichte zu sichern. ... Die freie Praxis ist und bleibt für die FDP der Garant ärztlicher Versorgung. Mit der Stärkung des freien ärztlichen Berufstandes werden wir der Kostenherausforderung sehr viel wirksamer begegnen können als mit bürokratischen Lenkungs-, Planungs- und Nivellierungsmaßnahmen, zu denen ich auch die sogenannte Integration der medizinischen Versorgung rechnen muß, aber auch Orientierungsdaten für die Beitragssätze und die Einkommen selbst.

Glombig (SPD): Die SPD hält die Selbstbeteiligung weder für zweckmäßig noch für sozial tragbar. ...

Lipid-Senker Der NEUE



Lipo-Merz[®]

die neue Monosubstanz Etofibrat^{DBP}
mit dem doppelten Wirkmechanismus:

senkt
Cholesterin und Triglyzeride
rasch und nachhaltig

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 300 mg Etofibrat I.N.N. = 2-(p-Chlorphenoxy)-2-methyl-propionsäure-[2-(nicotinoyl-oxy)-äthyl]-ester

Indikationen: Hyperlipidämien, einschließlich essentielle Hyperlipidämien; Erkrankungen, für deren Entstehung und Verlauf die Erhöhung der Serumlipidwerte (Triglyzeride, Cholesterin) einen wesentlichen Risikofaktor darstellt; z. B. coronare und cerebrale sowie periphere Durchblutungsstörungen; Angio- und Retinopathien.

Dosierung: 3 x täglich 1 Kapsel nach dem Essen.

Nebenwirkungen –

Begleiterscheinungen:

LIPO-MERZ wird im allgemeinen ausgezeichnet vertragen. Magen und Darm werden nicht gereizt. Gelegentlich kann es zu Behandlungsbeginn zu Flush-Erscheinungen (Hitzegefühl) kommen. Diese Erscheinungen bilden sich bei Fortsetzung der Therapie nach wenigen Tagen zurück.

Unverträglichkeiten und Risiken:

Bei schweren Leberschäden und schweren Nierenschäden sowie während der Schwangerschaft sollte LIPO-MERZ nicht angewandt werden.

LIPO-MERZ kann die Wirkung von Antikoagulantien verstärken. Daher ist im Einzelfall darauf zu achten, ob während der Behandlung mit LIPO-MERZ Antikoagulantien eingespart werden können.

Handelsformen und Preise:

30 Kapseln	DM 14,80 m. MWSt.
100 Kapseln	DM 34,85 m. MWSt.
Anstaltspackung	500 Kapseln

Merz + Co.
Chemische Fabrik
6 Frankfurt/Main 1
Eckenheimer Landstraße 100-104



Für keinen Versicherten gibt es den Zugang zu irgendeiner Kassenleistung ohne die verantwortliche Mitwirkung des behandelnden Arztes. . . . Die Honorierung der niedergelassenen Ärzte muß überprüft werden. . . . Deshalb sollten die Arzthonore bundeseinheitlich zwischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelt werden. Für eine nach Kas senarten differenzierte Arzthonorierung gibt es heute keine Rechtfertigung mehr. . . . Die Beitragsbelastung der Versicherten muß unabhängig von der Zugehörigkeit zu

einer bestimmten Kasse oder Kas senart angeglichen werden. . . . Dies allerdings erfordert eine wesentliche Herabsetzung der Zahl der Kas senarten.

Die Palette der Meinungen ist also bunt. Ein geschlossenes Bild läßt sich daraus kaum gewinnen. Der Gesetzgeber wird also auch künftig auf dem Felde der Gesundheitspolitik nur schwerfällig agieren und reagieren können. — Wie gehabt.

bonn-mot

Pressereferent des Gesamtverbandes. Auf der ersten offiziellen Mitgliederversammlung Ende August 1970 in Jagsthausen wurde er in diesem Amt bestätigt.

1971 erschien sein Gedichtband „Alter, Krankheit und Tod“ und 1974 das Buch „Die Verhaftung des Sokrates“, ein komisches Spiel, das etwas tragisch ist. Beide Werke zeigen seinen eindringenden Blick und die Fähigkeit der künstlerischen Gestaltung; sie fanden eine sehr positive Aufnahme. Darüber hinaus erfolgten Veröffentlichungen in zahlreichen Zeitschriften und Zeitungen; er war auch Mitarbeiter an verschiedenen Anthologien.

Dieser aus Platzgründen leider nur kurze Bericht bedarf noch einer Ergänzung des ärztlichen Wirkens von Cfr. Paschke. Seit 1946 war er auch im Standesleben sehr aktiv tätig, lange Jahre in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und von 1954 bis 1974 als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer; auf dem Ärztetag 1970 in Passau stellte er den Antrag auf Einsetzung eines Kulturausschusses. Besonders erfreute ihn folgender Satz aus dem Grußwort des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer für die Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte in Nürnberg: „Wegen der verdienstvollen eigenen Initiativen der künstlerisch tätigen Ärzte hat sich die Bayerische Landesärztekammer entschlossen, einen Kulturausschuß zu konstituieren.“ Er darf hierin die erfreuliche Bestätigung seiner Anstrengungen sehen.

Wir gratulieren Cfr. Paschke herzlichst, wünschen ihm weiterhin so gute Erfolge als Schriftstellerarzt und danken ihm sehr herzlich dafür, daß er die Betreuung der Spalte „Äskulap und Pegasus“ weiterhin in bewährter Weise behält. Ad multos annos!

Dr. Erwin Stetter
Sekretär der Landesgruppe

Äskulap und Pegasus

Cfr. Robert Paschke wurde Ehrenmitglied des BDSÄ

Bei der diesjährigen Jahreshauptversammlung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte e. V. (BDSÄ) wurde Cfr. Paschke wegen seiner großen Verdienste um den Verband zum Ehrenmitglied des BDSÄ ernannt. Der Präsident des Verbandes, Cfr. Professor Jörgensen, gratulierte dem Ausgezeichneten unter lebhaftem Beifall aller anwesenden Mitglieder sehr herzlich und dankte ihm für seine so überaus wertvolle Mitarbeit.

1905 in Bamberg geboren, wurde er nach Schulbesuch in Regensburg und Erlangen und Studium in Erlangen und Innsbruck 1930 Arzt. Nach klinischer Tätigkeit in Nürnberg, Schweinfurt, Erlangen und Bamberg ließ er sich im Oktober 1934 als Landarzt in Emskirchen/Mfr. nieder, wo er bis 1968 tätig war. Während des Krieges wurde er als Sanitäts-offizier in sehr verantwortlichen Stellungen verwendet. 1968 zwang ihn ein Herzinfarkt zur Aufgabe der Praxis.

Vor dem Zweiten Weltkrieg erschienen von ihm wissenschaftliche Veröffentlichungen in verschiedenen Fachzeitschriften und ein Buch: „Briefe eines alten Erlanger Bayern“ (1931). 1949 bis 1954 schrieb er eine Serie von 24 Artikeln über den Arzt in der „Ärztlichen Praxis“, die von hohem Verantwortungsbewußtsein zeugen.

Cfr. Paschke war einer der Mitbegründer der Bayerischen Landesgruppe der Schriftstellerärzte, die am 19. April 1969 auf die Initiative von Cfr. Schauwecker, derzeit Vorsitzender der Landesgruppe und Ehrenpräsident des BDSÄ, ins Leben gerufen wurde. Er wurde gleich mit den Aufgaben des Pressewarts betraut und betreut seit dieser Zeit die Spalte „Äskulap und Pegasus“ des „Bayerischen Ärzteblattes“, die gerne gelesen wird; sie zeigt seine einführende und sehr behutsame Art beim Umgang mit Menschen und Werken, die immer das Gute zu finden versucht. Seit 1969 ist er Mitglied der Regensburger Schriftstellergruppe. Mit der Gründung des BDSÄ wurde er auch

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

Zuverlässig wirksame Kombination
auf therap. Breite

Indikationen: Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hypereacidität, nerv. Magenbeschwerden. Kontraindikationen: Bei vorgeschriebener Dosierung nicht bekannt. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 450 mg Succae Liquiritiae dep., 25 mg Extr. Frangulae, 25 mg Extr. Calami, 15 mg Extr. Valerianae, 3 mg Extr. Chamemillae, 2 mg Extr. Melissa, 2 mg Extr. Menthae pip., 80 mg Bismutsubnitrat, 200 mg Magnesiumcarbonat, 200 mg Natriumbicarbonat, 200 mg Aluminiumhydroxydgel. Handelsformen und Preise: OP-30 Tabl. DM 5,70, OP-60 Tabl. DM 9,40

DR. GRAF & COMP. NACHF. seit 1889, Hamburg 52

Kongresse

Internationaler sportärztlicher Fortbildungslehrgang

vom 7. bis 20. September 1975
in St. Moritz/Chempfèr

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund, Österreichischer Sportärzteverband und Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin

Leitung: Professor Dr. Keut, Freiburg, Professor Dr. Nöcker, Leverkusen

Thema: Sport – Risiko und Therapie

Auskunft:

Dr. K. Weber, 4970 Bad Oeynhausen, Klosterstraße 23

Fortbildungsveranstaltung für pädiatrisch-medizinische Assistenzberufe

am 8./9. September 1975 in München

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie sowie die Berufsverbände der Kinderärzte und der Kinderchirurgen Deutschlands

Angesprochen sind Kinderkrankenschwestern, Krankengymnastinnen, Beschäftigungstherapeutinnen, Heilpädagoginnen, Logopäden, Sozialarbeiter und medizinisch-technische Assistentinnen

Vorgesehenes Programm: Pädiatrische Intensivbetreuung – Operationsvorbereitung und postoperative Pflege – Das entwicklungsgefährdete Kind (motorische, mentale und soziale Entwicklung, seine Situation, entwicklungstherapeutische, pflegerische und soziale Hilfen)

Auskunft:

Dr. Barbara Ohrt, Universitäts-Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, 8000 München 2, Lindwurmstraße 4, Telefon (0 89) 53 99 11

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 6. bis 17. Oktober 1975 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. F. Fuchs, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 278

Klinische Fortbildung in Bayern

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 13. bis 17. Oktober 1975 in Erlangen

Direktor: Professor Dr. G. Hegemann, Erlangen

Die Veranstaltung soll den Chirurgen neben der Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm im engen Kontakt zu den Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen klinische Visiten, Probleme der Intensivpflege, Reterate aus den Spezialgebieten der Klinik und die Beteiligung an den täglichen Arbeitsbesprechungen geben.

Vorgesehen sind insbesondere Operationsdemonstrationen aus der Allgemeinchirurgie – Bauch- und Thoraxchirurgie – Kardiochirurgie – Urologie – Kinderchirurgie – Handchirurgie – Extremitätenchirurgie

Der Kurs wird wie folgt durchgeführt: Beteiligung am Operationsprogramm – Klinische Visiten auf den einzelnen Stationen des Hauses – Klinikbesprechung und Kurzreferate über die Themen (Ösophagusresektion – Hodentumoren – Medikamentöse Thromboseprophylaxe – Physikalische Thromboseprophylaxe – Probleme der Intensivpflege – Verriegelungsnagel – Selektive Vagotomie – Karotisstenose – Nottallendoskopie – Kontinenter Magnetverschluss der Kolostomie) – Visite auf der Intensivstation

Letzter Anmeldetermin: 3. Oktober 1975

Fortbildungswochenende an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. November 1975 in Starnberg

Chefarzt: Professor Dr. W. Grill, Starnberg

Themen: Behandlung gelenknaher Frakturen – Probleme der Magen-Chirurgie – Blindes-Schlingen-Syndrom – Rekonstruktion der Gallenwege – Hepatodigestive Entlastungs-Anastomosen – Probleme der Praxis

Am 7. November 1975 finden morgens Operationen, in der übrigen Zeit Vorträge mit Demonstrationen, klinischen Visiten und Diskussionen statt.

Teilnehmerzahl: 20

Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1975

Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

15. Fortbildungskurs der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München und der Bayerischen Landesärztekammer

vom 27. bis 31. Oktober 1975 in München

Direktor: Professor Dr. H. Blömer, München

Themen:

Herzrhythmusstörungen (Sinusknoten-Syndrom – AV-Überleitungsstörungen – Therapie von Vorhofflimmern und -flattern – Therapie von bradykarden Herzrhythmusstörungen – Überwachung von Schrittmacher-Patienten – Praktische Bedeutung der Digitalisbestimmung im Serum)

Koronare Herzerkrankung (Bedeutung einzelner Risikofaktoren für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit – Die Prinzmetal-Angina – Diagnostik und Therapie des Präinfarkt-Syndroms)

Angiologie (Diagnostik und Therapie der Lungenembolie – Indikation und Durchführung der Antikoagulantientherapie – Differentialdiagnose der Beinödeme)

Lungen- und Bronchialkrankheiten (Was verstehen wir unter Lungentunktionsdiagnostik? – Mediastinaltumoren – Lungentumoren – Fibrosierende Alveolitis)

Verlaufsbeobachtungen bei Kardiomyopathie, operierten Kleppentelern und operierten Koronar-Patienten – Der Einfluß von Infarktgröße und -lokalisation auf den klinischen Verlauf

Blut- und Geschwulstkrankheiten (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Lymphogranulomatose – Die therapieresistente Anämie – Benigne und maligne Pereproteinämien – Rundgespräch: Zur Therapie der Herzinsuffizienz)

Röntgendemonstrationen: Arterielle Verschußkrankheit – Lungenkarzinom und seine Differentialdiagnose – Magen-Darmtrakt – Ausscheidungsurographie

Praktik in kleinen Gruppen: EKG – Belastungs-EKG – Einschwemm-Katheterismus – Phonokardiographie – Echo-kardiographie – Lungenfunktionstabor – Hämetologisches Labor

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1975

Klinische Fortbildung in Bayern

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 3. bis 7. November 1975 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern, Würzburg

Es werden Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz, und ein Vortragsabend durchgeführt.

Demonstrationen im Operationssaal sind vor allem zu folgenden Themen geplant: Selektive proximale Vagotomie und Pyloroplastik – Gallenwegschirurgie (insbesondere Nachoperationen) – Darmchirurgie (Ileostoma nach Kock, Darmpliktur nach Childs) – Gefäßchirurgie – Lungenchirurgie – Kinderchirurgie – Handchirurgie

Themen für die Nachmittagskolloquien: Dringliche Gefäßchirurgie (Gefäßverletzungen, arterielle Embolien) – Neue Entwicklungen der Plattenostheosynthese (DCP-Platte) – Behandlung der Osteomyelitis – Spezielle handchirurgische Probleme – Gasbrand und andere anaerobe Wundinfektionen – Stumpfes Bauchtrauma: Diagnostische Peritonealspülung, maschinelle Autotransfusion

Vortragsabend am 5. November 1975: Magen Chirurgie (Langzeitergebnisse – psychosomatische Probleme)

Letzter Anmeldetermin: 24. Oktober 1975

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik der Universität München

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 27. bis 31. Oktober 1975 in München

Direktor: Professor Dr. G. Heberer, München

Täglich ab 8.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm (Nußbaumstraße und Thelkirchner Straße), wobei die Operationen je nach Wunsch ausgewählt werden können (Abdominal-, Allgemein-, Thorax-, Untere-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie). Auf Wunsch Teilnahme an Visiten aller Stationen.

Themen: Komplizierte Verletzungen der Extremitäten (Primärversorgung der Weichteile offener Frakturen – Osteosynthesen bei offenen Oberschenkel- und Unterschenkel-Schaftfrakturen – Operative Versorgung von Gefäßverletzungen bei Frakturen und Luxationen der unteren Extre-

mitäten – Nervenheft und Nervenreplantation)

Neue Aspekte der postoperativen Behandlung (Postoperative Infusionstherapie – Prä- und postoperative parenterale Ernährung – Tendenzen und Probleme der Sondenernährung – Grundlagen und Indikation zur Respiratorbehandlung)

Probleme aus der Bauchchirurgie (Chirurgie gutartiger Erkrankungen des terminalen Ösophagus und der Kardia – Funktionsprüfungen des unteren Ösophagussphinkters – Besonderheiten der Chirurgie des Magenukus – Chirurgie der chronischen Pankreatitis)

Aktuelles aus der speziellen Chirurgie (Probleme der Chirurgie des Mammakarzinoms – Behandlung des malignen Melanoms – Chirurgie der Nebenschilddrüsen – Indikationen und Ergebnisse der operativen Behandlung der akuten Bein-Beckenvenen-Thrombose – Probleme der sogenannten „Kunstfehlerverfahren“)

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1975

Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing

Kinderklinik und -poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Hilber), 2. Kinderabteilung (Chefarzt Dr. Schweler), 3. Kinderabteilung (Chefarzt Professor Dr. Singer)

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 27. bis 30. Oktober 1975 in München

Programm:

Röntgenvisite – Klinische Visite – Indikationen zur Immunglobulinsubstitution – Erstversorgung und Transport von Risiko-Neugeborenen – Probleme der Diagnose und Therapie angeborener Herzfehler – Phobien im Kindesalter – Kinderchirurgische Visite (3. Kinderabteilung) – Aktuelles aus dem Gebiet der Kinderchirurgie – Juvenile chronische Polyarthritis und verwandte Krankheitsbilder – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Aktuelle Probleme bei Infektionskrankheiten – Problem Patient/Familie (mit Kasuistik) – Klinische Demonstrationen aller Abteilungen – Röntgenvisite – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Diagnose und Therapie subduraler Ergüsse im Säuglingsalter – Probleme antikonvulsiver Behandlung im Kindergarten- und Schulafter – Freigabezeit mit Beteiligung aller Abteilungen

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1975

Fortbildungskurs an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 18. Oktober 1975 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg

Es werden Themen aus dem Gebiet der Gastroenterologie und Stoffwechsellkrankheiten behandelt.

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. H. Kesper, Medizinische Universitätsklinik Würzburg, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Telefon (0931) 2011

72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung

vom 8. bis 10. September 1975 in München

Leitung: Professor Dr. K. Betke, München

Themen: Asthma (chronisch-rezidivierende Bronchitis) – Anämie (Polyglobulinie) – Pädiatrisch-kinderchirurgische, gastroenterologische Fragen (Kardienomalien, chronische Obstipation, Ernährung bei ausgedehnter Darmresektion)

Weitere aktuelle Themen werden in Rundtischgesprächen erörtert.

Auskunft:

Privatdozent Dr. O. Butenandt, Universitäts-Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, 8000 München 2, Lindwurmstraße 4, Telefon (089) 539911

Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

am 20./21. September 1975 in Bayreuth

Leitung: Privatdozent Dr. J. Probst, Murnau

Themen: Hospitalismus – Schädelhirntrauma beim Kind und Jugendlichen – Spezielle Verfahren der Knochenbruchbehandlung – Begutachtung spontaner und zweifelhafter Verletzungen – Unterarmbrüche (Indikationen und therapeutische Technik)

Ort: Stedthalle Bayreuth

Auskunft:

Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8000 München 60, Am Knie 6, Tel. (089) 8897370

Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 4147-294



Chemische Werke Minden GmbH

Schnellinformation

Sehr verehrte Frau Doktor!
Sehr geehrter Herr Doktor!

Um Mißverständnissen im Zusammenhang mit der vorsorglichen und vorläufigen Vertriebeinstellung von Venopyronum® Dragees und Venopyronum® Salbe vorzubeugen, erlauben wir uns, erneut darauf aufmerksam zu machen, daß

Venopyronum® triplex Kapseln
Venopyronum® Kapseln
Venopyronum® Tropfen

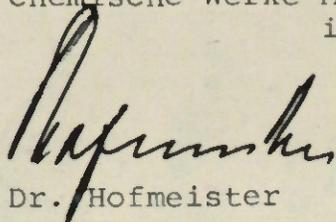
wegen ihrer anderen Zusammensetzung weiterhin uneingeschränkt
verordnet werden können.

Die unverzügliche Vertriebeinstellung von Venopyronum® Dragees und Venopyronum® Salbe erfolgte aus Gründen der Arzneimittelsicherheit, nachdem Beobachtungen aus der Schweiz bekannt wurden, die den Verdacht aufkommen ließen, daß durch langfristige und teilweise hochdosierte Anwendung von Venopyronum® Dragees im Zusammenhang mit anderen, bisher nicht bekannten Faktoren das Entstehen eines Pseudolupus-erythematodes-Syndroms provoziert werden könnte.

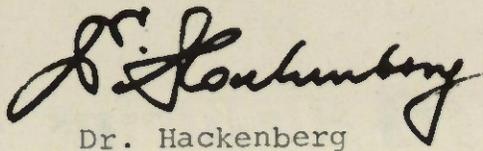
Wir haben auch nicht einen Tag gezögert, die bis zur Klärung der Zusammenhänge erforderlich scheinenden Konsequenzen zu ziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Chemische Werke Minden GmbH
i.V.



Dr. Hofmeister



Dr. Hackenberg

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

20. September 1975 – 29. November 1975

in München 80, Mühlbauerstraße 16, Ärztehaus Bayern, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten bis 12. September und 21. November 1975.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 15,- und ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Es besteht die Möglichkeit, jeweils gegen eine Gebühr im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

Das akute rheumatische Fieber
Prof. Dr. Graser, Wiesbaden

Die chronische Polyarthrit
Prof. Dr. Mathies, Bad Abbach

Die c. P. im Kindesalter
(Stillsche Krankheit)
Chefarzt Dr. Kölla, Garmisch-Partenkirchen

Die sogenannten seronegativen Polyarthritiden

Chefarzt Dr. Albracht, Oberramargau

Die Spondylitis ankylosans – eine unbekanntere Krankheit

Prof. Dr. Schilling, Mainz

Die Polymyalgia rheumatica, eine häufige Alterskrankheit

Chefarzt Dr. Kaiser, Augsburg

14.00 – 15.30 Uhr:

Podiumsdiskussion: Therapie des entzündlichen Rheumatismus

Leitung: Chefarzt Dr. Kaiser, Augsburg

Parallelveranstaltung:

Laborseminar

Auskunft und Anmeldung:

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

56. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

am 20./21. September 1975 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Programmgestaltung: Collegium Medicum Augustanum

Hauptthema: Der Rheumakranke in der Sprechstunde

Samstag, 20. September 1975:

9.00 – 12.30 Uhr:

„Rheumatische“ Schmerzsyndroma und ihre Differentialdiagnose

Das schmerzhafteste Knie
Prof. Dr. Mohring, Augsburg

Die Hüftschmerzen
Prof. Dr. Hipp, München

Rücken- und Kreuzschmerzen
Chefarzt Dr. Thiemel, Augsburg

Der Schmerz im Fuß
Chefarzt Dr. Josenhans, Bad Bramstedt

Die schmerzhafteste Schulter
Prof. Dr. Waganhäuser, Zürich

Schmerzen an Händen und Fingern
Chefarzt Dr. Meyer, Hamburg

14.00 – 16.00 Uhr:

Podiumsdiskussion: Therapie der degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenkrankungen

Einleitendes Referat: Möglichkeiten und Grenzen des Gelenkersatzes
Prof. Dr. Buchholz, Hamburg

Sonntag, 21. September 1975:

9.00 – 12.30 Uhr:

Die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

Südost-Europäische Neuropsychiatrische Konferenz über Psychosomatik

vom 8. bis 11. Oktober 1975 in Thessaloniki

Leitung: Professor Dr. J. Logothetis, Professor Dr. A. Diacoyannis, Thessaloniki

Thema: Psychosomatik (Klinik, psychoanalytische Aspekte, neurophysiologische Befunde, Therapie)

Ort: Thessaloniki, Makedonia, Palace Hotel

Auskunft:

Dr. E. Dimitriou, Generalsekretär der Südost-europäischen neuropsychiatrischen Konferenz, 80 Mitropoleos-Straße, Thessaloniki, Griechenland

Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 20 ml 5,95 DM, 50 ml 11,95 DM, 100 ml 20,45 DM

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



Schnell informiert

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom **1. Oktober 1975 bis 25. März 1976 in München** einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Zu dem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 10. August 1975 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern (8000 München 22, Odeonsplatz 3) einzureichen. Bereits im ortsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift,
 2. das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
 3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.
- Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Otto Spetz 75 Jahre

Am 1. Juli 1975 beging der Münchener Verleger und Buchhändler Otto Spetz seinen 75. Geburtstag. Er erwarb sich große Verdienste nach 1945 um das Wiedererscheinen der heute im 117. Jahrgang in der Verlagsgesellschaft Otto Spetz herausgegebenen „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, die auch in spanischer, portugiesischer und mexikanischer Ausgabe international verbreitet ist.

Filiale Nürnberg der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eröffnet

Am 1. Juli 1975 eröffnete die Filiale Nürnberg der Deutschen Apotheker- und Ärztebank im Ärztehaus Nürnberg (8500 Nürnberg, Vogelsgarten 6, Telefon [09 11] 20 45 68-69) eine Repräsentanz. Während der Dienststunden der Kassenärztlichen Vereinigung (8 bis 16 Uhr durchgehend) steht den Geschäftsfreunden der Bank und den Besuchern des Ärztehauses der vollständige Bankservice — selbstverständlich unter Einschluß des gesamten Zahlungsverkehrs — zur Verfügung.

Mit der Eröffnung der Repräsentanz der Filiale Nürnberg ist die Deutsche Apotheker- und Ärztebank jetzt an 16 Orten der Bundesrepublik mit insgesamt 20 Filialen bzw. Zweigstellen vertreten.

Hufeland-Preis 1974 verliehen

Mit dem Hufeland-Preis 1974 wurden für ihre Arbeit „Gesundheitserhaltung trotz Gesundheits-Risiken“ Professor Dr. Siegfried Heyden, z. Z. Professor für Epidemiologie an der Universität Durham/USA, und Dr. Günther Wolff, Facharzt für Innere Medizin und Leiter der Abteilung Literatur-Service in der wissenschaftlichen Informationsabteilung der

Firma Boehringer Mannheim, ausgezeichnet. Unter diesem Titel entstand eine aus 150 Diapositiven bestehende, in fünf Abschnitte unterteilte Tonbildschau, in der die Erkenntnisse aus jahrelanger Tätigkeit auf dem Gebiet der praktischen Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland, in den USA und in der Schweiz ihren Niederschlag fanden.

Hufeland-Preis 1976

Für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege ist der „Hufeland-Preis 1976“ ausgeschrieben worden.

Einsendeschluß ist der **31. März 1976**.

Die Arbeiten dürfen weder den Namen des Verfassers enthalten, noch irgendwelche Hinweise und Rückschlüsse auf die Identität des Verfassers zulassen. Die Arbeiten sind in zwei Exemplaren einzureichen und mit einer Zusammenfassung zu versehen. Es ist ein Personalfragebogen beizufügen, der folgende Angaben enthält:

1. Vor- und Zuname
2. Genaue Anschrift
3. Staatsangehörigkeit
4. Tag der Approbation
5. Alter
6. Genaue berufliche Stellung und Tätigkeit
7. Kennwort der Arbeit

Der vollständige Text der Ausschreibung kann angefordert werden bei: Stiftung „Hufeland-Preis“, 5000 Köln 1, Maria-Ablaß-Platz 15.

(Fortsetzung Seite 624)

F. X. Passage

Pulvermischung mit Sprudeleffekt

ZUR INTESTINALEN
ENTSCHLACKUNG



Die Vorteile salinischer Laxantien summieren sich in F. X. PASSAGE:

- Prompte und zuverlässige Wirkung
- keine Abstumpfung der Darmreflexe, keine Reizung
- keine Schmerzen, keine Gewöhnung.

Das angenehm erfrischende Sprudelgetränk wird von jung und alt gerne genommen.

Dosierung: 1mal täglich ca. 10 g in Wasser gelöst.

Kontraindikation: Darmverschluss.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dose mit 200 g Inhalt DM 7,45

Dr. VIRGIL
MAYER

Zusammensetzung: Magnes. sulfuric. sicc. 30,0 g, Acid. citric. 28,0 g, Acid. tartaric. 9,5 g, Natriumhydrogencarbonat 31,1 g, Corrig. ad 100 g · apothekenpflichtig

7000 Stuttgart 50 (Bad Cannstatt) Postfach 500544

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1975*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldeziffer von Scherlecherkrankungen sank im Mai geringfügig von 84 Fällen im April auf 81 Fälle, bezogen auf 100 000 Einwohner und umgerechnet auf ein Jahr. Kaum weniger häufig als im

Vormonat treten Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung auf. Ein leichter Rückgang war bei Salmonellose-Erkrankungen zu verzeichnen, die Ziffer betrug im Mai 36 gegenüber 38 im

April, jeweils auf 100 000 Einwohner. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) verminderte sich von 24 Fällen im April auf 21 im Mai je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 27. April bis 31. Mai 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus ebdominells		Pere-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiose				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
	Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	-	368	-	-	-	2	-	14	-	-	-	-	-	-	3	-	101	-	1	-	-	-	
Niederbayern	-	-	41	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	15	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	55	-	-	-	4	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	38	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	96	-	-	-	-	-	18	-	-	-	1	-	-	1	-	53	1	2	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	168	-	-	-	1	1	10	1	1	-	2	1	-	1	-	109	-	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	40	-	-	-	1	-	9	-	-	-	-	-	1	-	37	-	-	-	-	-	-	
Schweben	-	-	81	-	-	-	5	1	10	-	1	1	1	-	-	1	-	18	-	12	-	2	-	
Bayern	1	-	849	-	-	-	14	3	65	1	3	1	4	1	1	7	-	371	1	15	-	2	-	
München	-	-	125	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	46	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	62	-	-	-	1	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	6	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	
Fürth	-	-	7	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	
Erfangen	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	43	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose				Aussetz		Amöbenruhr		Malariaerkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut?)	
			Psittakose		Übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	67	2	-	-	3	-	-	-	1	-	2	-	-	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	13
Niederbayern	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Oberpfalz	18	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Oberfranken	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Mittelfranken	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Unterfranken	21	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Schweben	39	-	-	-	-	-	1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Bayern	216	3	-	-	3	-	1)	-	2	-	2	-	1	-	7	-	2	1	-	-	-	-	-	48
München	24	2	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Augsburg	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erfangen	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Infiziert im Ausland.

Mehr
als eine
Digitalis-
Behandlung



Digipersantin[®]

Digoxin + Persantin[®]

»Unsere Erfahrungen sprechen demnach auch für eine starke Einsparung an Glykosid unter gleichzeitiger Verwendung von Persantin. Die Sättigung des Herzmuskels mit Digitalis erfolgte dabei trotz niedrigem Angebot schneller als ohne Persantin.«

WOLF, H.: Wien. med. Wschr. 111, 357-361 (1961)

»Die schweren Formen und Stadien der Herzinsuffizienz, die therapeutisch mit Digitalis allein nicht genügend zu bessern sind, können bei zusätzlicher Persantingabe eine höhere Rekompensationsstufe erreichen.«

KONIG, E., TREPEL, F.: Med. Klin. 59, 624-633 (1964)

Zusammensetzung

1 Dregée enthält:
2,6-Bis(dialthenolemino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-
[5,4-d]pyrimidin 25,0 mg
Digoxin 0,125 (1/8) bzw. 0,25 mg (1/4)

Eigenschaften

Jede Form der Herzmuskelschwäche bedarf der Behandlung mit Herzglykosiden. In Digipersantin ist die Wirkung des Reinglykosids Digoxin durch das bewährte Persantin ergänzt. So wird nicht nur das Herz gekräftigt und seine Arbeitsweise ökonomischer gestaltet, sondern dem Herzmuskel wird auch mehr Sauerstoff zugeführt und sein Energiestoffwechsel günstig beeinflusst.

Anwendungsgebiete

Alle Formen der Herzinsuffizienz
Dosierung und Anwendungswise
Digipersantin wird seinem Glykosidanteil entsprechend individuell dosiert.

Im allgemeinen kann man von einer der folgenden Grunddosierungen ausgehen:

Mittelschnelle Sättigung	Erhaltungsdosis							
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	3	3	3	3	T-2	1-2	1-2	1-2
	6	6	6	6	1-4	1-4	1-4	1-4

Die mittelschnelle Sättigung ist im allgemeinen nach 3-5 Tagen erreicht, dann Übergang auf die Erhaltungsdosis.

Die Erhaltungsdosis beträgt für Digipersantin 1/4 1-2 Dregées pro Tag, Digipersantin 1/8 1-4 Dregées pro Tag.

Die Dregées sind unzerkaut nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Unverträglichkeiten und Risiken
Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, atrio-ventrikuläre Reizleitungsstörungen, schwere Bradykardie

Besondere Hinweise
Die gleichzeitige Einnahme von Digipersantin zusammen mit Bohnenkaffee oder Scherztee ist zu vermeiden. Vorsicht bei gleichzeitiger I.v. Kalziumtherapie.

Darreichungsformen und Packungsgrößen
Digipersantin 1/8: Originalpackungen mit 50, 100 Dregées DM 12,25, 21,85

Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 50, 100 Dregées DM 13,60, 24,30
Klinikpackungen

Unverblind. empf. Preise lt. AT

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH · Biberach an der Riss

Dickdarmchirurgia auf neuem Weg

Magnetverschluß klinisch erfolgreich erprobt

Die Dunkelziffer der Menschen in der Bundesrepublik, die mit einem künstlich angelegten Ausgang des Dünn- oder des Dickdarms leben müssen, liegt bei 72 000 bis 75 000. Aber auch die (fast) amtliche Bezeichnung auf etwa 55 800 ist hoch genug, um die Bedeutung einer medizinischen Novität auf diesem Gebiet zu erhellen, die unlängst auf dem Chirurgenkongreß in München und an ihrem Entwicklungsort vorgestellt wurde. Dr. Herbert Feustel von der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg hat einen Magnetverschluß erarbeitet, der sich in der klinischen Erprobung bei Dickdarmlerlegungen bereits bewährt hat. Seine bahnbrechende Idee verwirklichte der Erlanger Mediziner in technischem Zusammenwirken mit einem Fachmann für Magnetismus, Professor Dr. Gerhard Hennig, München.

Voraussetzung für Feustels und Hennigs Arbeit war die Entdeckung des Samarium-Kobalts im Jahre 1970, eines magnetischen Materials mit großer Kraft, das bei geringem Gewicht hohe Effizienz garantiert und Ermüdungserscheinungen von nur 1,25 Prozent in 1000 Tagen, 1,50 Prozent in 18 000 und 1,75 Prozent in 100 000 Tagen zeigt. Das erforderliche Minimalgewicht und die praktisch unbegrenzte Haltbarkeit des Verschlusses sind durch diesen Stoff gewährleistet.

Das Verschlußsystem (Gewicht: 75 Gramm) besteht aus einem in Kunststoff eingeschlossenen Magnetring und einem dazugehörigen Deckel.

Der Ring wird – Südpol nach außen – mit synthetischem, resorbierbarem Netzmateriel in die Mittelbauchwand links eingenäht und anschließend der Dickdarmlerleg durch ihn hindurchgezogen, entsprechend gekürzt und mit Haut und Schleimhaut Einzelkopfnähten fixiert. Nach einem vier- bis sechswöchigen Abheilungsprozeß, währenddessen der Anus preter mit Beuteln versorgt wird, kann der zugehörige Magnetdeckel, ebenfalls in Kunststoff eingegossen und mit einem Kerarying versehen, als Verschluß aufgesetzt werden. Er ist gewöhnlich zwei- bis dreimal pro Tag zu öffnen, um Gase und Kot zu entleeren. Der Patient empfindet keinerlei Schmerzen oder Druck und hat volle Kontrolle über seine Darmfunktion.

Erprobt wurde die Methode von Feustel ein Jahr lang an Hunden, ehe er im Oktober 1974 die Übertragung auf den Menschen wagte. Bei 24 Patienten nahm er den Eingriff inzwischen vor, nur in einem Fall ist der Magnetring nicht reizlos verheilt und mußte wieder herausgenommen werden. Bei den übrigen Behandelten verlief der Einheilungsprozeß ohne Komplikationen, auch bei zwei Patienten, die aus anderen Gründen später verstarben.

Der Erlanger Magnetverschluß steckt sozusagen noch in den Kinderschuhen. Sicher ist, daß er für viele Tausende – das System kann auch nachträglich eingesetzt werden – eine außerordentliche Erleichterung ihrer Beschwerden darstellt.

Kongreßkalender

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

September 1975

- 1.–5. **Frankfurt:** Ärzfortbildungskurs in Familienplanung und Sexualpädagogik. – Auskunft: Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., 6000 Frankfurt, Cronstettenstraße 3B.
- 1.–13. **Grado:** IX. Internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer für praktische Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5800 Köln 41, Postfach 41 82 2B.
- 1.–14. **Bodenfels:** Bobeth-Seminar. – Auskunft: Dr. Or. H. Braumandl, 837B Regensburg, Parkstraße 4.
- 1.–14. **Pörschach:** 24. Internationales Fortbildungsseminar für die ärztliche Praxis. – Auskunft: Dr. G. Blume, 6530 Bingen, Mainzer Straße 3.
- 2.–6. **München:** 18. Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft zum Studium des Diabetes. – Auskunft: Prof. Dr. H. Mehnert, 800B München 4B, Kölner Platz 1.
- 5.–6. **Stuttgart:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie. – Auskunft: Priv.-Doz. Dr. C. Welter, 4800 Oeseldorf-Kaiserwerth, Diakonie-Krankenanstalten.
- 7.–18. **München:** 72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. – Auskunft: Prof. Dr. J. Oehme, 3300 Braunschweig, Holwedestraße 13-18.
- 7.–26. **St. Moritz/Champfer:** Internationaler sportärztlicher Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. K. Weber, 497B Bad Oeynhausen, Klosterstraße 23.
8. **München:** 27. Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziale Pädiatrie. – Auskunft: Prof. Dr. K. Hartung, 100B Berlin 45, Ostpreußendamm 159.
- 8.–9. **München:** XIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung. – Auskunft: Prof. Dr. J. Meier-Sydow, Zentrum für Innere Medizin, Klinikum der Universität, 6000 Frankfurt 70, Theodor-Stern-Kal 7.
- 8.–10. **Erfangen:** 6. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Rhinologie. – Auskunft: Prof. Dr. H. Masing, Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 852B Erlangen, Waldstraße 1.



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiskum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Con nervosa, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian 17g, Tinct. Corval 0,8g, -Castor 0,8g, Camph. 10g, Menthol 0,5g, Nicotin 0,15g, -OP 30g DM 4,90

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

- 9.-13. **München:** I. Internationaler Kongreß für Neuro-Wissenschaften. — Auskunft: Prof. Dr. D. Ploog, 8000 München 40, Kreepelinstraße 10.
- 10.-13. **Bremen:** XIV. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation, der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung. — Auskunft: OMR Dr. W. F. Henschel, 2800 Bremen, St.-Jürgen-Straße, Städtisches Krankenhaus.
- 10.-13. **Kopenhagen:** 13. Internationale Jahrestagung der Gesellschaft für nukleare Medizin. — Auskunft: Prof. Dr. H. A. E. Schmidt, 4100 Duisburg, Heerstraße 219.
- 12.-13. **Augsburg:** 59. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte. — Auskunft: Prof. Dr. J. Theissing, 6500 Mainz, Lengenbeckstraße 1.
- 12.-13. **Bremen:** Symposion der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie. — Auskunft: Prof. Dr. W. Spielmann, 6000 Frankfurt, Sendhofstraße 1.
- 12.-16. **Seerbrücken:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. — Auskunft: Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf Winau, 6500 Mainz, Medizin-historisches Institut der Universität.
- 12.-18. **München:** X. Kongreß der Internationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin. — Auskunft: Prof. Dr. G. Hauck, Institut für Rechtsmedizin, 8000 München 2, Frauenlobstraße 7 e.
- 13.-20. **Freudenstedt:** 49. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Kurverwaltung, 7290 Freudenstadt, Postfach 80.
- 14.-18. **Edinburgh:** XXVI. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Secretariat General, XXVI Congress of the Société Internationale de Chirurgie, Rue des Champs-Elysées, B-1050 Bruxelles.

- 14.-19. **Brighton:** XVIII. Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Conference Services Ltd., 43 Charles Street, Mayfair, London W1 X 7 PB.
- 14.-28. **Wien:** 8. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposion. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, 2000 Hamburg 73, Postfach 73 04 20.
- 14.-28. **St. Moritz:** Internationaler Sportärztlicher Fortbildungskurs. — Auskunft: Deutscher Sportärztebund, 6900 Heidelberg, Handschuhsheimer Landstraße 55.
- 15.-18. **Wiesbaden:** 63. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Rettig, 6300 Gießen, Freiligrathstraße 2.
- 15.-20. **Oxford:** V. Europäischer Kongreß für Neurochirurgie. — Auskunft: Pr. J. Brihaye, 13 Rue Vergote, B-1000 Bruxelles.
- 17.-19. **Edinburgh:** XII. Kongreß der Internationalen Kardiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Secretariat General, Rue des Champs-Elysées, B-1050 Bruxelles.
- 17.-20. **Tübingen:** 62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Mau, 7400 Tübingen, Calwer Straße 7.
- 18.-20. **Baden-Baden:** Jahreshauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands. — Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 40.
- 20.-21. **Augsburg:** 56. Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: Der rheumatische Formenkreis). — Auskunft: Zentrum für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 20.-21. **Bayreuth:** Unfallmedizinische Tagung. — Auskunft: Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8000 München 60, Am Knie 6.
- 21.-24. **Essen:** Jahrestagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Meyer-Schwickerath, 4300 Essen 1, Hufelandstraße 55.

(Fortsetzung Seite 630)

Lentinorm® schärft die Sinne.

Zusammensetzung:
1 Dragée enth.: Vit. A 2500 I.E., Vit. K 0,5 mg, Vit. B₁-chloridhydr. 1 mg, Vit. B₂ 0,5 mg, Vit. C 5 mg, Gland. Thyreoid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Caffein 3 mg, Kal. jod. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,02 mg, Calc. lact. 20 mg.

Kontraindikation:
Jadüberempfindlichkeit.

Dosierung:
2-3mal täglich 1 Dragée.

Handelsform:
Rährchen mit 50 Dragées.
DM 7,20 (inkl. Mwst)



Indikation:
Sehchwäche infolge von Linsentrübung (Altersstar), herabgesetzte Sehnerven- u. Netzhautempfindlichkeit, Lichtscheu, Blendempfindlichkeit u. Nachtblindheit, Innennahrungsschwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Altersbedingte Leistungsstörungen

und vorzeitige Abnutzungserscheinungen, Konzentrations- und Merkschwäche, rasche körperliche und geistige Ermüdung.



Chemische Fabrik Jade GmbH
2000 Hamburg 20
Salomon-Heine-Weg 48

Auf Sachwerte ist kein Verlaß

Jede starke Steigerung der Inflationsrate hat u. a. zwei Folgen, die mit Sicherheit eintreten: Erstens werden die Zinsen für Neuausgaben festverzinslicher Wertpapiere hochgetrieben und die der umlaufenden niedrigerverzinslichen Rentenwerte entsprechend gedrückt. Zweitens ziehen die Preise für Sachwerte, je nach Intensivierung der Nachfrage nach den einzelnen Arten, an.

Wenn Sie Sachwerte als echter Sammler und aus Freude daran erwerben, wissen Sie die Marktlage und voraussichtliche Entwicklung zu beurteilen und halten sich unter Umständen in solchen Zeiten zurück. Falls Sie hingegen aus Furcht vor weiterer Geldentwertung lediglich in Sachwerte fliehen, erleben Sie kostspielige Enttäuschungen, sobald sich die Inflationsrate wieder ermäßigt.

Wer sodann nicht zum Verkauf gezwungen ist, hält seine Sachwerte und erhofft einen nächsten Aufwärtstrend mit dem zwiespältigen Gefühl, daß die Wertminderung seiner Sachwerte dadurch kompensiert oder sogar ein Wertzuwachs verzeichnet werden könnte, zugleich aber die enderen Rücklagen einen entsprechenden Kaufkraftverlust erleiden.

Zur Ermittlung der Notierungen, aus denen ein Verkaufserlös hervorgeht, ist eine gewisse Sachkunde notwendig. So ist beispielsweise bei Goldbarren und Münzen nicht der offizielle Goldpreis, sondern der Schalter-Ankaufspreis der Kreditinstitute heranzuziehen. Als eine der wenigen Zeitungen meldet ihn die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ täglich.

Wenn die Preise für Diamanten genannt werden, gelten sie für den lupenreinen Einkaräter mit erstklassigem Schliff und der Farbe Blau-Weiß-River. Etwa 15 Prozent davon zieht der Händler ab, wenn er den Stein zurücknimmt. Höher sind die Abschläge von Auktionatoren im Kunst- und Briefmarkenhandel. Schärfere Reduzierungen vom Tege-wert muß auch der Teppichhandel vornehmen, wenn er ein Stück nicht in Zehlung gegen ein neues nimmt, sondern rückkauft.

Bei der Feststellung, welcher Gewinn oder Verlust durch einen Sachwert erzielt wurde, ist der Zinsausfall des so angelegten Geldes während des ganzen Zeitraumes abzüglich der Kapitalertragssteuer zu berücksichtigen. Das gilt auch für das Geld, das in den Wareterminhandel gesteckt wurde. Der Preisverfall der Rohstoffe auf den Weltmärkten hat in diesem Bereich binnen kurzer Zeit Einbußen von mehr als 40 Prozent verursacht.

Die Kalkulationen auf Gewinne mit Grundstücken sind ebensowenig aufgegangen. Wer in München vor zwei Jahren ein Grundstück gekauft hatte und es nun wieder veräußern will, hat in Einzelfällen Nachteile bis um 40 Prozent, im Durchschnitt um rund 12,7 hinzunehmen.

Sachwerte müssen mit viel Sachverstand antizyklisch gekauft werden. Kennern bieten sich jetzt bessere Gelegenheiten.

Horst Beloch

Die gesetzliche Rentenversicherung stand eine Zeit lang auch allen Ärzten offen. Zum Beitritt bewogen die Anerkennung beitragsloser Zeiten wie etwa des Studiums und Wehrdienstes als Versicherungsjahre und die jährliche Rentensteigerung über die Teuerungsreihen hinaus.

So gewann die Sozialversicherung neue Höchstbeitrags- und Nachzahler. Eine der Prämissen ist nun bedroht. Künftig soll die Rente nicht mehr prozentual, sondern um einheitliche Beträge angehoben werden, wird erwogen. Schwere Schädigung der Bezieher höherer Renten.

Ein solcher Eingriff in bestehende Verträge wäre nicht neu. Bei den prämienbegünstigten Spar- und Bausparverträgen hat man sich am Jahresanfang einen Vertrauensbruch zum Nachteil der Höherverdienenden geleistet. Erst kassieren – dann kürzen.

*Was moralisch falsch ist, kann gar nicht politisch richtig sein (Gladstone).
Prosper*

Kurz über Geld

NUR NOCH 5,25 Prozent werfen Bundesschatzbriefe im ersten Jahr ab.

ZINSGÜNSTIGE KREDITE bietet zur Zeit die Landesbank an.

11,73 PROZENT SICHERE RENDITE aus Berlin-Darlehen mit Verwendung der Auszahlungen für Lebensversicherungs-Vertrag noch erzielbar.

FILMFINANZIERUNG mit Steuervorteilen gehört zu den risikoreicheren Geldanlagen.

AUF REISEN IN FERNE KONTINENTE sind US-Dollar-Reiseschecks international bekannter Aussteller vorzuziehen.

ZOLL-UNTERSCHIEDE für Mitbring-sel aus EG- und aus anderen Ländern.

asomotorische
kopfschmerzen,
igräne,
etterfühligkeit?



Ergo-Lonarid[®] tonisiert harmonisiert befreit die Hirngefäße das Vegetativum vom Schmerz



Indikationen:

Formen von Kopfschmerzen, die ihre Ursache funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. vasomotorische Schmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne, Kopfschmerz bei Föhn und Wetterwechsel.

Kontraindikationen:

schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, Zustände, die mit schweren Depressionen einhergehen, Husten mit Gefäßstauung, Lungenemphysem, chronische bronchiale, chronische Obstipation, angeborene oder erworbene Mängel an Glucose-6-Phosphatdehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), akute Myokardinfarkte, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:	Tabl.	Supposit.
Dihydroergotamin-tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino-phenol	400,0 mg	400,0 mg
Codeinphosphat	10,0 mg	20,0 mg
Amobarbital	30,0 mg	50,0 mg
Coffein	100,0 mg	100,0 mg

Besondere Hinweise:

Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden. Ergo-Lonarid sollte – wie alle Analgetika – nicht kontinuierlich über längere Zeit angewandt werden.

Packungen:

	It. A.T.
20 Tabletten	DM 6,70
50 Tabletten	DM 14,60
10 Suppositorien	DM 8,95

Klinikpackungen

**Boehringer
Ingelheim**



COROVERLAN®

...wenn
die Pumpleistung
nachläßt



Feuurlöschpumpe
von 1880
Städt.
Branddirektion
München

Zusammensetzung:

1 ml (= 25 Tropfen) enthält:
Magnesium-L-asparagin, hydrochlor, (entspr. 13,5 mg Mg) 147 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxypropyl)-theophyllin, 50 mg.
1 Oragée enthält:

Magnesium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg Mg) 200 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin, 50 mg.

Indikationen:

Präinsuffizientes Altersherz, Myodegeneratio cordis, Kardiosklerose, Rhythmusstörungen, wie z. B. Herzstolpern, Extrasystolen, Tachykardia, paroxysmale Tachykardia, Kombinationsbehandlung mit Herzglykosiden.

Kontraindikationen:

Ausscheidungshemmung von Elektrolyten bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.

Oosierung:

3mal täglich 20–30 Tropfen bzw. 1 Oragée unzerkaut vor den Mahlzeiten einnehmen. Erhaltungstherapie: 3mal täglich 15–20 Tropfen oder 2mal täglich 20 Tropfen bzw. 1 Oragée.

Handelsformen:

30 Dragées DM 5,25
100 Dragées DM 13,30
25 ml Tropfen DM 5,25
100 ml Tropfen DM 16,30

Varla-Pharm, Arzneimittelfabrik,
8132 Tutzing / Oberbayern



COROVERLAN®

steigert und normalisiert die Förderleistung
des Herzens durch
Regeneration des Myokardstoffwechsels

September 1975 (Fortsetzung)

- 22.–26. **Köln:** Sportärzte-Aus- und Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. H. Liesen, 5000 Köln 41, Cerl-Diem-Weg.
- 22.–23. **Fürstenfeldbruck:** Lehrgang: Leser Hezerds end Safety in the Military Environment. – Auskunft: Dr. H. J. Grunhofer, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, 8080 Fürstenfeldbruck, Fliegerhorst.
22. 9.–17. 10. **München:** C-Kurs für Arbeits- und Sozialmedizin. – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 23.–25. **Bochum:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. – Auskunft: Dr. Klug, 4630 Bochum-Lengendreer, Knappschafts-Krankenhaus.
- 23.–26. **Wien:** Herbsttagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. – Auskunft: Prof. Dr. Dr. H. H. Loeschcke, 4630 Bochum-Querenburg, Postfach 2148.
- 23.–27. **Frankfurt:** 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. – Auskunft: Prof. Dr. J. Gerchow, 6000 Frankfurt 70, Kennedyallee 104.
- 24.–27. **Hamburg:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. – Auskunft: Sekretariat der Neurologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg, 2100 Hamburg 90, Eißendorfer Pferdeweg 52.
- 24.–28. **Helgoland:** 8. Herbstsymposion. – Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oidesloe, Hude 1.
- 25.–26. **München:** 3. Kurs für ambulante gastroenterologische Endoskopie. – Auskunft: Prof. Dr. R. Ottenjann, 8000 München 83, Oskar-Merie-Greif-Ring 51.
- 25.–27. **Berlin:** Tagung der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie. – Auskunft: Klinikum Steglitz der FU Berlin, 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 30.
- 25.–27. **Igls-Innsbruck:** Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. – Auskunft: Frau Dr. M. Kapsch A-6020 Innsbruck, Bahnhofstraße 22/VI.
- 25.–27. **Wien:** Gemeinsame Tagung mit der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten. – Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie, A-1090 Wien, Spitalgasse 23.
- 26.–27. **Graz:** Deutsch-Japanisch-österreichische Tagung über Klinische Psychopathologie heute. – Auskunft: Prof. Dr. W. Walcher, A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 22.
- 26.–28. **Hannover:** IX. Internationales Kolloquium der Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression. – Auskunft: Arbeitsgruppe Vergleichende Psychopathologie im Dept. Psychologische und Neurologische Medizin der Medizinischen Hochschule, 3000 Hannover-Kleefeld, Karl-Wiechert-Allee 9.

- 26.-28. **Werschau:** Symposion „Neue Aspekte der Immun-pathogenese rheumatischer Erkrankungen“. – Aus-kunft: Prof. Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 27.-28. **Wien:** 7. Kongreß für gastroenterologische Endo-skopie. – Auskunft: Privatdozent Dr. H. Lindner, 2000 Hamburg 13, Beim Schlump 84.
29. 9.-
1. 10. **Bad Nauheim:** Kongreß der Deutschen Gesell-schaft für Hämatologie gemeinsam mit der Öster-reichischen Gesellschaft für Hämatologie. – Aus-kunft: Zentrum für Innere Medizin am Klinikum der Justus-Liebig-Universität, 6300 Gießen, Klinik-straße 36.
29. 9.-
1. 10. **Heidelberg:** 20. Jahrestagung der Deutschen Ge-sellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik in der DGD (GMDS). – Auskunft: GMDS, 8000 München 81, Arabellastraße 4/I.
29. 9.-
2. 10. **Acapulco:** XXIII. Kongreß der Internationalen Ge-sellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin. – Aus-kunft: Dr. L. Ameczue, President, Association Medica de Avlacion Civil, 186 desp. 101, Mexico City 18, D. F.
29. 9.-
2. 10. **Mennheim:** 35. Tegung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. – Auskunft: Prof. Dr. H. J. Otte, 4400 Münster, v.-Steußenberg-Ströße 36.
29. 9.-
3. 10. **Kerlsbed:** XXVII. Internationaler ärztlicher Fortbil-dungskurs. – Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Prehe 2, CSSR.

Beflagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma Dr. Karl Thomee, Biberech, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, Tele-phon (0 89) 41 47 -1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Fried-rieh Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzertungsge-bühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitglieds-beitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 862, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Schar-schinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dechau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Über-setzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

»Beitrags- Ersparnis«

Durch die Vorsorge-Programme der Vereinigten. Sie bieten dem Arzt und seinen Familienangehörigen zahlreiche Varianten.

Hier einige Beispiele:

■ Krankentagegeld als Einkommens-sicherung bis zu 500.- DM ab dem 4. Tag, dem 8. Tag oder ab dem 29. Tag – und für den angestellten Arzt je nach Wahl von der 7. bis zur 27. Woche.

■ 100%ige Erstattung im ambulanten Bereich mit den Möglichkeiten der Selbstbeteiligung für Arzneimittel oder Arzthonorar oder auch für beides. Weitere beitragsparende Programme, wie z. B. 50 % Erstattung aller Kosten.

■ 100%ige Erstattung im stationären Bereich mit der Möglichkeit der Selbstbeteiligung für Arzthonorar oder 50%ige Erstattung aller Kosten.

■ 75%ige Erstattung bei Zahn-behandlung, 50%ige Erstattung bei Zahnersatz, bei Zahn- und Kiefer-regulierung.

Lassen Sie sich doch von unserem Direktionsbeauftragten einmal unverbindlich Ihr persönliches Vorsorge-Programm zusammenstellen.

**Jetzt: Vertragspartner aller
Ärztekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme
an Gruppenversicherungsvertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Vereinigte

Krankenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24

Der Landkreis Rottal-Inn sucht für das **Kreiskrankenhaus in Eggenfelden**

1 Oberarzt

und

4 Assistenzärzte

Das Kreiskrankenhaus in Eggenfelden mit 300 Planbetten wurde 1964 in Betrieb genommen. Es hat folgende Fachdisziplinen:

Chirurgie, Intern, Gynäkologie, Anästhesie, HNO, Augen und Orthopädie.

Dem Haus ist ein Personalwohnheim und eine Pflegeschule angeschlossen.

Salzburg, der Chiemsee und München sind mit je einer Autostunde zu erreichen.

Es werden geboten:

Vergütung nach Tarif. Alle sonstigen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen sind zu richten an das

Landratsamt Rottal-Inn, Personalabteilung, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80.



Das **Nervenkrankenhaus** des Bezirks Schwaben (Bayern) **Kaufbeuren** sucht im Rahmen der Umorganisation zum sofortigen Eintritt

Fachärzte (-ärztinnen) für Psychiatrie und Neurologie

sowie

junge Kolleginnen und Kollegen, die sich zum Facharzt weiterbilden möchten.

Wir bieten:

Höchstmögliche Bezahlung

Günstige Arbeitszeit

Möglichkeit zur Facharztweiterbildung
(3 Jahre)

Großzügiges Entgegenkommen bezüglich eigener Weiter- und Fortbildungsvorhaben
(psychotherapeutische Zusatzausbildung)

Zusätzliche Verdienstmöglichkeiten: Forensische Gutachten, Kurslehrertätigkeit an der dem Hause angegliederten Krankenpflegeschule

Wohnmöglichkeiten im Hause

Das Nervenkrankenhaus umfaßt 1200 Betten (Psychiatrie und Neurologie) und besteht z. T. aus modernsten Neubauten. Entfernung zur Stadtmitte von Kaufbeuren: fünf Minuten Fußweg.

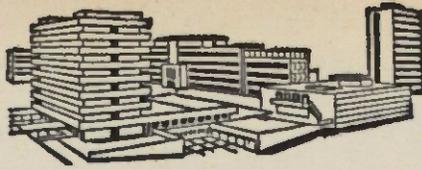
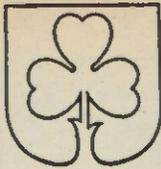
Die Stadt Kaufbeuren liegt am Rande der Alpen in landschaftlich reizvoller Lage, in der Nähe dreier Universitäten (Ulm, Augsburg, München). Die benachbarte Landeshauptstadt München, wie auch Augsburg und Ulm bieten zahlreiche private und berufliche Entfaltungsmöglichkeiten.

Wir bitten um Bewerbung oder Kontaktaufnahme:

Nervenkrankenhaus Kaufbeuren

8950 Kaufbeuren/Allgäu

Postfach 401 - Telefon (0 83 41) 53 11



Die Stadt Fürth (rund 103 000 Einwohner) sucht längstens zum 1. Januar 1976 einen

Chefarzt für Radiologie

für die zentrale Strahlenabteilung der Krankenanstalten Fürth (858 Betten). Diese Abteilung umfaßt die Röntgendiagnostik, die Strahlentherapie (einschließlich Radiumtherapie) und die Isotopdiagnostik. Eine spätere Teilung bei Bezug des geplanten Behandlungsbaues bleibt vorbehalten. Die Städtischen Krankenanstalten Fürth werden voraussichtlich Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg.

Voraussetzung für die Bewerbung sind grundlegende Kenntnisse und fengjährige Erfahrungen auf den Gebieten der Röntgendiagnostik in der Allgemein- und Unfallchirurgie, Angiologie, der Inneren Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie/ Pulmonologie und Gastroenterologie, der Urologie, in der gynäkologischen Tumorthherapie einschließlich Radium sowie in der Nuklearmedizin und Kinderröntgenologie.

Anstellung erfolgt grundsätzlich auf Dienstvertrag, bei Versetzung im Beamtenverhältnis.

Nebentätigkeit wird in Rahmen und Form von Rechtsentwicklung und daran gebundener Vereinbarung zugestanden.

Bewerbungen bitte mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Liste etwaiger wissenschaftlicher Arbeiten, Approbationsurkunde und Facharztanerkennung usw.) unter Nennung der Gehaltsvorstellung bis zuverlässig längstens 1. September 1975 an das Referat I der Stadt Fürth, Rathaus, richten.

Universitätsstadt Regensburg

Beim **Nervenkrankenhaus Regensburg** — 1500 Betten für Psychiatrie, Neurologie und Kinderpsychiatrie — sind mehrere

Arztstellen

zu besetzen.

Vielseitige ärztliche Tätigkeit Ermächtigt zur Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie, zum Chefarzt für Psychiatrie und Neurologie sowie ein Jahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Vergütung erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesangestelltentarifvertrages.

Verbeamtung möglich und Aufstiegsmöglichkeit, auch im Angestelltenverhältnis. Im übrigen werden die Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes (Umzugskostenvergütung, Trennungsschädigung, Beihilfen usw.) gewährt. Wir helfen bei der Wohnungsbeschaffung.

An speziellen Untersuchungsmethoden können Sie die zerebralen Angiographien, PEG, EEG, EMG, Liquordiagnostik und die psychologischen Testuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen erlernen.

Nebeneinnahmen durch Erstattung von Gutachten und Erteilung von Unterricht an der krankenhauseigenen Krankenpflegeschule, ferner durch Beteiligung an der psychiatrischen Außenfürsorge.

Das Nervenkrankenhaus liegt unmittelbar gegenüber der Universität Regensburg. Regensburg ist eine liebenswerte Stadt mit großem Freizeitwert am Rande des bayerischen Waldes. Alle Schultypen sind vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Nervenkrankenhaus Regensburg, 8400 Regensburg, Universitätsstraße 84, Telefon (09 41) 94 12 00.**

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Caland. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Walöl 76 g, Arom.
 ist von überzeugender Eindringkraft.
 Ärztemuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück - Postfach 13 51

Das **Kralskrankenhaus Kaufbeuren** sucht für die Innere Abteilung zum 1. Oktober 1975 oder später

1 Funktionsoberarzt (-ärztin)

Die Innere Abteilung verfügt über 130 Betten. Der leitende Arzt ist zur Facharztweiterbildung für 3 Jahre ermächtigt. Zur Abteilung gehören die gesamte Interne und nuklearmedizinische Diagnostik sowie ein modern eingerichtetes Labor. Es werden alle endoskopischen und biopsischen Untersuchungsmethoden routinemäßig durchgeführt. Im Spätherbst wird ein neuer Funktionsbau mit Intensivstation bezogen.

Kaufbeuren (45 000 Einwohner) liegt reizvoll im Alpenvorland und bietet jede Sportmöglichkeit im Sommer und Winter. Sämtliche Schulen am Ort. Neue Appartementwohnungen stehen zur Verfügung.

Bezahlung nach BAT, Bereitschaftsdienst- und Chefarztzulage.

Ausländische Bewerber sollten die deutsche Sprache in Wort und Schrift vollkommen beherrschen. Auch ältere Kollegen und Kolleginnen sind bei uns willkommen.

Bewerbungen sind zu richten an die **Verwaltung des Kralskrankenhauses, 8950 Kaufbeuren, Heinzalmannstraße 12, Telefon (0 83 41) 28 28.**

Das **Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Ufr.** sucht zum baldigen Eintritt:

1 Assistenzarzt für die Innere Medizin

1 Assistenzarzt für die Chirurgie

Vergütung der Assistenzärzte erfolgt nach dem BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung und Beihilfenversicherung. Facharztweiterbildung ist gewährleistet (3 Jahre Innere Medizin; 2 Jahre Chirurgie).

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als **bedarfsnotwendiges** Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 177 Planbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952 bis 1954 erbaut und 1964 bis 1966 erweitert.

Hammelburg ist eine Garnisonsstadt mit rund 12 000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Krankenhaus — Personalabteilung — 8783 Hammelburg.**

Die Stadt Schwabach

sucht für das **Stadtkrankenhaus (260 Betten)** zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Chirurgische Abteilung (100 Betten).

Angenehmes Arbeitsklima, Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen.

Die hauptamtlich geleitete Chirurgische Abteilung ist solide und modern ausgestattet. Eine hohe Operationsfrequenz mit Schwerpunkten in der Abdominal- und Unfallchirurgie ermöglicht baldiges selbständiges Operieren. Ausbildung auch in Röntgendiagnostik, AO-Verfahren, Urologie und Anästhesiologie, Ambulanz. Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 7 Assistenzärzte. Chefarzt Dr. Zensch, welcher zur Facharztweiterbildung für 4 Jahre ermächtigt ist, steht für ein Gespräch jederzeit zur Verfügung, Telefon (0 91 22) 50 21.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Swabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt, 8540 Schwabach, Postfach 1680.**

Im Bezirkskrankenhaus Erlangen (Fachkrankenhaus für Psychiatrie) des Bezirks Mittelfranken sind mehrere Planstellen für

Ärzte und Medizinassistenten

zu besetzen.

Vergütung im Angestelltenverhältnis nach BAT II/b für Fachärzte nach BAT I b/a.

Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzung ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachter- und Außenfürsorge-Tätigkeit, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Das Bezirkskrankenhaus Erlangen wird zur Zeit mit ca. 1000 Betten nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft neu erbaut. Es soll 1976 bezogen werden.

Das neue Haus besitzt eine neurologische Abteilung, physikalische Therapie mit Bäderabteilung, moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Facharztweiterbildung ist möglich (1 Jahr Neurologie; 3 Jahre Psychiatrie).

Es besteht insbesondere Interesse an Ärzten, die sich bereits an der Organisationseinrichtung des neuen Hauses beteiligen wollen.

Fachkenntnisse in der Psychiatrie und Neurologie sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Bewerbung mit den üblichen Unterlagen wird erbeten:

Bezirkkrankenhaus Erlangen, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz 2, Telefon (0 91 31) 2 20 51.

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

Ärzte und Ärztinnen

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

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

Moderna Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Facharztweiterbildung in Psychiatrie (3 Jahre) und Neurologie (1 Jahr) durch den hierzu ermächtigten Arzt.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten, Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an

Direktor des Nervenkrankenhause Dr. Kroll, 8770 Lohr am Main, Nervenkrankenhaus, Telefon (0 93 52) 20 21, 20 22.

Im Städt. Krankenhaus Rosenheim — Krankenhaus der Versorgungsstufe 2 mit 710 Betten — sind zum 1. 7. 1976 folgende Stellen zu besetzen:

1. Chefarzt der Allgemeinchirurgie

schwerpunktmäßig Abdominal- und Thoraxchirurgie.

Neben der Allgemeinchirurgie besteht am Krankenhaus eine selbständige Unfallabteilung mit D-Arzt- und BG-Heliverfahren; an weiteren operativen Abteilungen sind die Fachgebiete Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Anästhesie mit Intensivpflegestation vorhanden.

2. Chefarzt der Medizinischen Abteilung I

Der Schwerpunkt dieser Abteilung — ihr ist derzeit auch die Dialysestation unterstellt — liegt auf dem Sektor der Kardiologie. Labormedizinische Erfahrung ist erwünscht.

Am Haus besteht eine 2. Medizinische Abteilung, deren Aufgabengebiet sich bevorzugt auf Gastro-Enterologie und Infektionskrankheiten erstreckt. Beide Abteilungen umfassen je rund 100 Betten. Anstellungsvertrag, Liquidationsregelung, ambulante Praxis usw. nach Vereinbarung.

Bewerbungen (Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften von Urkunden und Zeugnissen) sind an die Stadt Rosenheim, Personalamt, zu richten.

Ellsabeth Krankenhaus GmbH Straubing

(850 Betten, neun Fachabteilungen)

sucht für die 1. medizinische Abteilung (Chefarzt Dr. med. F. Bockmeyer) für 100 Betten mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen sowie Infektionsabteilung.

Assistenzärzte/-ärztinnen

die Interesse für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen haben.

Geboten wird:

AVR = BAT Gruppe 2 bzw. 1 b je nach Vorbildung in Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, Bereitschaftsdienstvergütung, Beteiligung an Gutachten, Beihilfeberechtigung, Chefarztzulage je nach Aus- und Weiterbildungsstand.

Straubing, mit großem Einzugsgebiet des Bayerischen Waldes hat als Oberzentrum alle weiterführenden Schulen am Ort, außerdem die Nähe der Universität Regensburg. Außerdem garantiert hohen Freizeitwert mit Winter- und Sommersportmöglichkeiten.

Bei der Wohnungssuche ist die Verwaltung jederzeit behilflich.

Bewerbungsunterlagen mit Zeugnissen, Lebenslauf und Nachweis der bisherigen Tätigkeit erbeten an

Ellsabeth Krankenhaus GmbH Straubing,
6440 Straubing, St.-Ellsabeth-Straße 23,
Telefon (0 94 21) 70 21

oder an Chefarzt Dr. Bockmeyer,
8440 Straubing, Ellsabeth-Krankenhaus.



Stellenausschreibung

Am Städtlichen Marienkrankenhaus
Amberg/Opf. (650 Betten)
ist die Stelle eines

2. HNO-Belegarztes

neu zu besetzen.

In Frage kommen nur Bewerber mit eingehender Erfahrung in der Mikrochirurgie des Ohres und des Kehlkopfes, der Speicheldrüsenchirurgie, der Traumatologie des Gesichtes, der Nasennebenhöhlen und der Schädelbasis. Ferner sollte Erfahrung auf dem Gebiet der Tumorchirurgie sowie der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie im Kopf- und Gesichtsbereich vorhanden sein.

Im Zuge der weiteren Ausbaumaßnahmen und Entwicklung des Hauses besteht die Möglichkeit, daß die HNO-Abteilung hauptamtliche Abteilung wird. Für einen solchen Fall wird die Übernahme des 2. HNO-Belegarztes in die Stellung des Leitenden Arztes einer eventuellen hauptamtlichen Abteilung vertraglich zugesichert.

Das Haus umfaßt neun Abteilungen, einschließlich Pathologie, ferner ein Zentrallabor.

Amberg ist eine kunstgeschichtlich interessante Stadt der Oberpfalz mit 50 000 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Es liegt in reizvoller Umgebung mit Autobahnanschluß. Sämtliche weiterführende Schulen sind am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die Stadt Amberg,
8450 Amberg, Rathaus, Personatabteilung.



Röthenbach bei St. Wolfgang im
Nittental des Reichswaldes, vor den Toren
Nürnbergs gelegen, sucht einen

Allgemein-/Prakt. Arzt

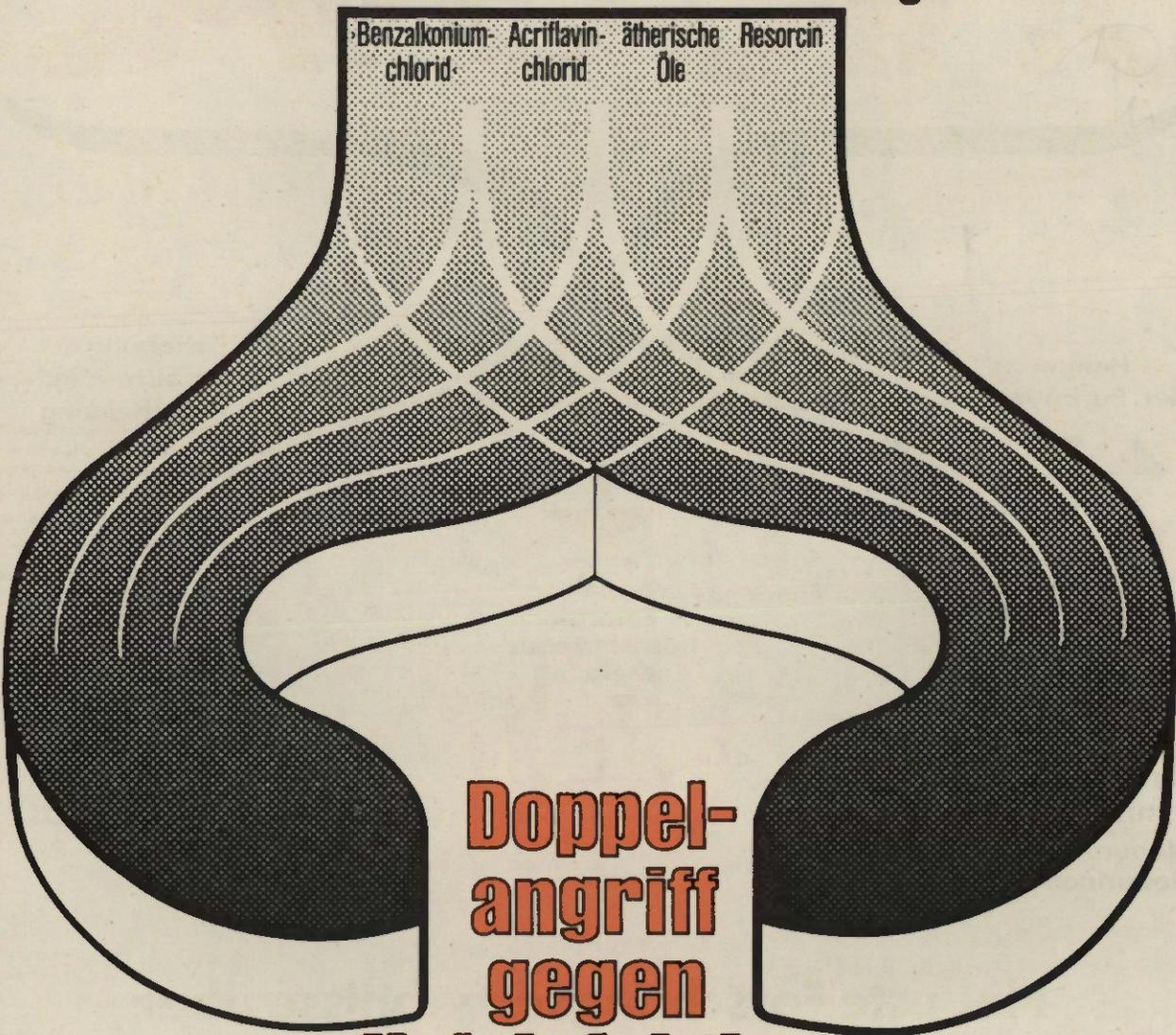
Einwohner z. Z. 2300, Einzugsgebiet 3000. In den Nachbarorten: Wendelstein (2 km, 6000) 2, in Feucht (3 km 12 000) 4 Praktische Ärzte, Krankenhäuser in Nürnberg (12 km) und Schwabach (13 km). Ärztlicher Notfalldienst geregelt. Kindergarten und Volksschule am Ort, Weiterbildende Schulen in Feucht, Nürnberg und Schwabach. Die Gemeinde stellt Bauspaß und ist bei der Finanzierung behilflich.

Gemeinde Röthenbach bei St. Wolfgang
Telefon (0 91 29) 2 85

Stringiet®

Halstabletten Lösung

Benzalkonium- chlorid · Acriflavin- chlorid · ätherische Öle · Resorcin



Doppel- angriff gegen Halsinfektion

Zusammensetzung

1 Tebl. enthält: Alkyldimethylbenzylemmoniumchlorid 1,2 mg; Acriflavinchlorid 0,04 mg; Pfefferminzöl, Anisöl, Fenchelöl je 0,52 mg; Resorcin 2,55 mg;

Calciumfluorid 0,34 mg.

Reg. Nr. St. 314 Apothekenpflichtig

100 ml enthalten: Alkyldimethylbenzylemmoniumchlorid 3,3 g; Acriflavinchlorid 0,033 g; Menthol 1,22 g; Pfefferminzöl 3,3 g; Rosmarinöl 0,49 g; Salbeiöl 0,37 g;

Eugenol 0,08 g; Resorcin 1,83 g; o-Benzoesäuresulfimidnatrium 0,33 g.

Reg. Nr. St 321 Apothekenpflichtig

Anwendungsgebiete

Entzündliche und infektiöse Erkrankungen im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich einschließlich Soor – Stomatitis. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen im Mund- und Rachenraum.

Zur täglichen Mundhygiene.

Dosierung und Anwendung entnehmen Sie bitte der Packungsbeilage.

Kontraindikationen

Bei Säuglingen des ersten Lebensjahres liegen keine therapeutischen Erfahrungsdaten mit Stringiet®-Lösung vor. Eine Anwendung von Stringiet® in diesem Lebensalter ist deshalb zu vermeiden.

Nebenwirkungen

treten während mehrjähriger praktischer Anwendung nicht auf.

Handelsformen und Preise

Stringiet®-Tabletten: Packung mit 20 Stück DM 3,80

Anst.-P. mit 100 Stück

Stringiet®-Lösung: Flasche mit 15 ml DM 4,30

Flasche mit 50 ml DM 11,10



Stringiet® reinigt die Schleimhaut, bakterielle Beläge werden abgehoben. Die hohe Benetzungsfähigkeit trägt die bakterizide, fungizide und teilweise antivirale Wirkung bis in die kleinsten Schleimhautfalten. Entzündungshemmung und Schmerzstillung führen zu einem schnellen Rückgang von Schwellung, Rötung und Schmerz. Stringiet® ist blutungsstillend und gut verträglich.

DOLORGIET

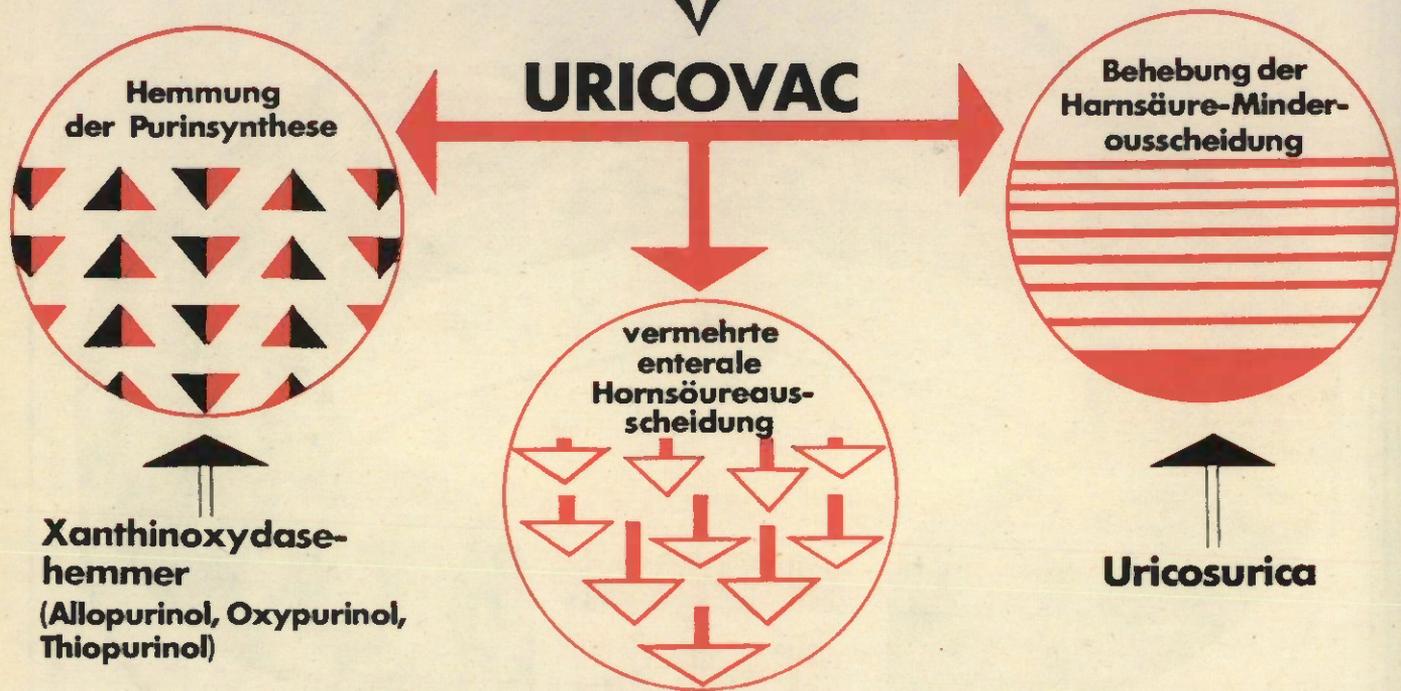
Arzneimittel

Bonn - Bad Godesberg

die „Nur-einmal-täglich-Tablette“

URICOVAC[®]

Benzbromaronum



Neueste Forschungsergebnisse über Uricovac beweisen:

1. Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.
3. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

„Dieser 3-fache Angriffspunkt von Benzbromaron erklärt die massive und rasche Senkung des Serumharnsäurespiegels und Entleerung des austauschbaren Harnsäurepools, die mit anderen in der Gichttherapie verwendeten Medikamenten nicht erreicht werden“.

[M.M. Müller et al., Therapiewoche 25 (1975) 514]

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtrationsrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindriehese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4-6,8 speziell bis zur Normalisierung

der Serumharnsäurewerte. Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt., 90 Tabletten DM 78,- einschließlich MwSt., AP mit 300 Tabletten.



LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf

Der trivalente Harnsäuresenker

In der Mitte herausnehmbar:

Wichtige Mitteilung für Nichtkassenärzte: Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

Inhalt:

Zum 28. Bayerischen Ärztetag in Aschaffenburg

Sewering	639
Grüßworte:	
Regierungspräsident Meyer	641
Oberbürgermeister Dr. Reiland	642
Dr. de l'Espine	643
Dr. Keller	644
Programm	645
Schmid: Medizinhistorische Notizen der Region Aschaffenburg-Untermain	
646	
Angriff auf Landesorganisation der Ärzte	648
Hecker: Das Ileusproblem im Kindesalter – eine gemeinsame Aufgabe von Praxis und Klinik	
652	
Chefarztverträge werden immer schlechter	
654	
Schretzenmayr: Der Wandel in der Therapie rheumatischer Erkrankungen	
657	
Marguth/Fahlbusch: Die operativen Behandlungsmöglichkeiten hypophysärer Erkrankungen	
669	
Albrecht: Die Mitgliederdarlehen der Bayerischen Ärzteversorgung	
675	
Bausch: Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Farnost (Fortsetzung)	
681	
Mandt: Vereinfachung des Sozialrechtes	
690	
Glosse (Vertragsverhandlungen)	
692	
Gesundheits-Sozial-Berufspolitik	
694	
Ausführung von Injektionen, Verbands- und Katheterwechsel u. ä. durch Pflegekräfte der Sozialstationen – Wahl im Bayerischen Ärztenbünd – Atypische Fieberzustände	
703	
Bekanntmachungen	
703	
Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung – Wichtige Hinweise zur Durchführung des Eichgesetzes	
704	
Äskulap und Pegasus	
706	
Brief aus Bonn	
709	
Kongresse	
710	
Wirtschaftsinformationen	
719	
Schnell Informiert	
722	
Buchbesprechungen	
728	
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern – Juni 1975	
729	
Kongreßkalender	
729	

TAMPO-VAGAN®

Vaginal-Suppositorien C-N

Indikationen: Unspezifische Kolpitis, besonders bakterieller Genese. Eitriger Fluor post abortum, postoperative Behandlung von Portio und Vagina, Pruritus genitalis.

Kontraindikationen: Soorkolpitis, Lues; Allergie gegen Naomycin oder Sulfonamide.

Zus.: 1 Supp. enthält: Hydrocortisonacetat 5 mg, Neomycineulfat 5 mg, Sulfanilamid 400 mg, Sulfathiazol 100 mg, Grundmaaae ad 3 g.

Packung mit 8 Suppoeortorien DM 8,65

Bestellschein an: AGM, 5 Köln 1, Sachsenring 37-47
Schrifttum und Muster von Tampovagan erbeten.

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

Bayr.



**AKTIENGESELLSCHAFT
FOR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN**

Aus der Diagnostica-Forschung
Boehringer Mannheim

monotest[®]

γ -GT neu

kaltlöslich
ohne Säure

durch Verwendung eines verbesserten Substrats

Methodisch vereinfacht Praxisgerecht weiterentwickelt

- hervorragende Löslichkeit bei Raumtemperatur ohne Salzsäure
- kein Schäumen durch Detergentien
- nur 2 Pipettierungen
- verbesserte Stabilität der Reaktionslösung
- größere Ablesegenauigkeit durch größeres $\Delta E/\text{min}$.
- höhere Verdünnungsgrenze
- Einsatz auf Analysen-Automaten

monotest[®] γ -GT neu
Best.-Nr. 15631 für 20 Bestimmungen
monotest[®] 10 γ -GT neu
Best.-Nr. 15868 für 3 \times 10 Bestimmungen

Empfohlene Kontrollseren:
Precinorm[®] E
Precipath[®] E
Precilip[®]

