



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

## Zur Kenntnis genommen:

Im Deutschen Bundestag hat sich die Koalition mit klarer Mehrheit durchgesetzt. Das bedeutet, daß schwere Eingriffe in das bisherige Kassenarztrecht bevorstehen. Zu Recht wird das amtlich „Kostendämpfungs- und Strukturverbesserungsgesetz“ genannte Vorhaben schon längst als Kostenverlagerungs- und Systemveränderungsgesetz bezeichnet. Noch steht die Entscheidung des Bundesrates aus. Während diese Zeilen geschrieben werden, hat bereits die erste Ausschußberatung im Bundesrat stattgefunden. Es zeichnet sich ab, daß auch hier entscheidende Systemveränderungen, die das Gesetz mit sich bringen wird, nicht gesehen oder bewußt übersehen werden. Die Ausdehnung der Pflichtaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ärztliche Versorgung von Personen, welche Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, oder die Paragraphen, welche den Weg öffnen für eine unbeschränkte Datenspeicherung der Krankenkassen, wurden überhaupt nicht angesprochen. Ein Antrag auf Streichung des Gleichschaltungsparagraphen für die Ersatzkassen wurde – jedenfalls im Ausschuß – abgelehnt. Der Weg zur Einheitskrankenkasse und zum voll manipulierten Versicherten wird damit eröffnet. Der Lieblingsgedanke der CDU/CSU, nämlich die „konzertierte Aktion“ soll in das Gesetz aufgenommen werden. Bis jetzt ist aber noch nicht erkennbar, daß auch die Absicht besteht die im Gesetz bereits enthaltenen Grundsätze über die Ermittlung der Gesamtvergütung zu eliminieren. Das muß zu unregbaren Konflikten führen. Auf weitere Einzelheiten soll erst nach abschließender Beratung im Bundesrat eingegangen werden. Es spricht aber schon heute alles dafür, daß auch die CDU/CSU-regierten Länder die schwerwiegenden gesellschaftspolitischen Auswirkungen dieses Systemveränderungsgesetzes in Kauf zu nehmen bereit sind, deren verheerende Folgen auf die Qualität der ärztlichen Versorgung und die gesellschaftliche Struktur unausbleiblich sein werden.

Der Gesetzgeber von 1955 war gut beraten, als er die Gleichberechtigung zwischen Kassenärzten und Krankenversicherung herstellte. Der Gesetzgeber von 1977 wird es zu verantworten haben, wenn die Beseitigung dieser Gleichberechtigung zugunsten der Krankenversicherung den permanenten Konflikt und damit die Gefährdung der Funktionfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auslöst.

Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik haben unsere Aufmerksamkeit von einem Problem abgelenkt, das auf lange Sicht noch ernstere Auswirkungen haben kann als das anstehende Gesetzesvorhaben. Es ist die Entwicklung der Arztzahlen in unserem Lande.

Das „Deutsche Ärzteblatt“ hat gerade die Ergebnisse der Ärztestatistik zum 1. Januar 1977 veröffentlicht. Danach betrug die Zahl der berufstätigen Ärzte 126941. Das entspricht einer Relation von 1 berufstätigem Arzt auf 482 Einwohner. 1960 waren es 76246 berufstätige Ärzte. Während in den Jahren 1960 bis einschließlich 1965 (sechs Jahre) 11881 junge Ärzte die Approbation erhielten, waren es 1970 bis einschließlich 1975 (also wiederum in sechs Jahren) 37989. Die notwendige Zahl der Studienanfänger, vor einigen Jahren noch mit 4500 angenommen, vor etwa zwei Jahren mit maximal 7000 beziffert, hat inzwischen die Grenze von 10000 erreicht, wahrscheinlich überschritten. Man spricht davon, daß unter dem Motto „Abbau des Abiturientenberges“ noch eine weitere Steigerung bis möglicherweise 14000 zu erwarten sei. Damit steuern wir auf eine Arztdichte zu, bei der weniger als 300 Einwohner auf einen Arzt entfallen werden. Mit Bedarfsdeckung lassen sich diese Zahlen nicht mehr rechtfertigen. Hier zeigen sich die Folgen einer verfehlten Bildungspolitik, verbunden mit der Realisierung des „Überlaufprinzips“, welches die Möglichkeit der Manipulierung einer ganzen Berufsgruppe eröffnen soll.

Der Neidkomplex gegenüber angeblich zuviel verdienenden Ärzten mag menschlich sein. Wer als Politiker seine Politik daran eusrichtet, mag heute Beifall bekommen. Die deletären Auswirkungen einer solchen Politik werden sich schneller zeigen, als unseren Politikern lieb sein wird.

Professor Dr. Sewering

# Die Stellung der Strahlentherapie bei der Behandlung des hypernephroiden Nierenkarzinoms \*

von H. von Lieven

Aus der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. J. Lissner)

Bei der Behandlung des hypernephroiden Nierenkarzinoms bietet bisher nur die operative Tumorentfernung die Chance einer Heilung. Trotz aller Fortschritte der Operationstechnik, durch die es möglich ist, auch lokal sehr ausgedehnte Tumoren noch zu entfernen, erliegt aber etwa die Hälfte der operierten Patienten in den ersten fünf Jahren nach Behandlungsbeginn ihrer Erkrankung, und zwar vor allem den Fernmetastasen, die sich zu etwa 90 Prozent innerhalb von drei Jahren klinisch manifestieren. Lokale Rezidive treten seltener auf, sind allerdings auch schwieriger zu diagnostizieren als Fernmetastasen in Lunge, Knochen oder Gehirn und wurden deshalb bisher wohl nicht immer erkannt. Durch die Computertomographie dürfte es in Zukunft möglich sein, auch ohne eingreifende Maßnahmen lokale Rezidive frühzeitiger und sicherer als bisher zu erfassen.

Die Strahlentherapie als alleinige Maßnahme hat bei der Behandlung des hypernephroiden Nierenkarzinoms nur eine palliative Wirkung. Sie wird vor allem angewandt bei Metastasen, die Schmerzen oder sonstige Beschwerden oder Gefahren verursachen und kann auf schonende Weise eine oft über viele Monate anhaltende Symptombefreiheit erzielen.

## 1. Postoperative Bestrahlung

Seit Jahrzehnten wird die Bestrahlung mit der chirurgischen Behand-

lung des Primärtumors kombiniert. Sie wurde bisher meist postoperativ eingesetzt, wobei das Tumorbett und die regionären Lymphknotenstationen paraaortal und parakaval das Zielvolumen bildeten. Durch die postoperative Bestrahlung sollen eventuell verbliebene oder intraoperativ lokal gestreute, proliferationsfähige Tumorreste devitalisiert und damit insbesondere lokale Rezidive verhindert werden. Die Erfahrungen der verschiedenen Autoren sind dabei unterschiedlich. Zum Teil ergaben sich nach postoperativer Bestrahlung höhere, zum Teil gleiche oder sogar geringere Heilungsraten als bei alleiniger Operation. In einer Sammelstatistik von 25 Arbeiten der letzten 25 Jahre (2), die insgesamt 2454 Patienten umfaßt, ergab sich eine Fünf-Jahresüberlebensrate von 42,9 Prozent (601 von 1402 Patienten) nach alleiniger Operation und von 42,1 Prozent (443 von 1052 Patienten) nach zusätzlicher postoperativer Bestrahlung. Aus diesen Zahlen kann allerdings nicht entnommen werden, daß die postoperative Bestrahlung die Überlebensziffern nicht verbessert, denn erstens waren die angewandten Bestrahlungsmethoden und Dosierungen sehr unterschiedlich und zweitens erfolgte die Zuordnung der Patienten zu der einen oder anderen Behandlungsmaßnahme bei 24 der 25 Arbeiten nicht zufällig, sondern bei den einzelnen Autoren je nach der persönlichen Einstellung und Erfahrung des Operateurs. Nicht selten dürften gerade diejenigen Patienten zu einer Nachbestrahlung überwiesen worden sein, bei denen auf-

grund der Ausdehnung des Tumors Zweifel an seiner radikalen Entfernung bestanden, d. h. Patienten mit prognostisch ungünstigeren Stadien.

Eine randomisierte Studie mit genügend großen Zahlen und definierten Bestrahlungsbedingungen gibt es bisher nicht.

Wenn man den Wert der postoperativen Bestrahlung beurteilen will, ist es daher unbedingt erforderlich, zwei Patientenkollektive mit gleicher Verteilung der prognostisch wichtigen Faktoren zu vergleichen. Dazu zählt nicht nur das Stadium der Erkrankung, das durch die Tumorgroße und -ausdehnung bestimmt wird, sondern auch der Differenzierungsgrad des Tumors (Tab. 1). Besonders bei Tumoren mit Infiltration der Nierenkapsel, der Venen oder der regionären Lymphknoten ist die Prognose entscheidend vom Differenzierungsgrad abhängig. In unserem kombiniert chirurgisch und strahlentherapeutisch behandelten Krankengut überlebten in dieser Kategorie (P 3 + 4 nach UICC - Tab. 2) bei hohem Differenzierungsgrad 86 Prozent (12 von 14), bei mäßigem und geringem Differenzierungsgrad dagegen nur 28 Prozent (10 von 36) drei Jahre.

Die Ergebnisse der Autoren, die Stadien oder Differenzierungsgrade angegeben haben, lassen sich nur schwer vergleichen, da unterschied-

\*) Vortrag anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

**Überlebensraten beim Adenokarzinom der Niere in Abhängigkeit von der Tumorausbreitung und dem Differenzierungsgrad**

Zeit (Jahre)	P 1 + 2						P 3 + 4					
	h. d.			m. d.			h. d.			m. d.		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
1	36	38	95	23	23	100	16	19	84	28	48	58
2	33	37	89	16	19	84	15	18	83	17	46	37
3	24	27	89	7	9	78	12	14	86	10	36	28
4	15	17	88	4	7	57	9	11	82	4	26	15
5	10	12	83	3	5	60	4	7	57	3	23	13

h. d. = hochdifferenziert  
m. d. = mäßig und gering differenziert

Taballe 1

**P-Kategorien nach UICC**

P 1:	Der Tumor ist vom Nierenparenchym umgeben
P 2:	Der Tumor breitet sich bis zur Kapsel aus und/oder infiltriert das Nierenhohlraumsystem
P 3:	Der Tumor durchbricht die Kapsel und infiltriert das perirenale und/oder peripalvine Fettgewebe und/oder den Nierenstiel
P 4:	Der Tumor infiltriert Nachbarorgane und/oder ist an der Bauchwand fixiert

Tabelle 2

**Fünf-Jahresüberlebensraten mit und ohne postoperative Bestrahlung in Abhängigkeit vom Stadium**

Autoren	Tumor auf das Nierenparenchym begrenzt			Extrarenale Ausbreitung			Behandlung
	N	n	%	N	n	%	
1. Ringlab, D. und Rommal, K. (1963)	13	5	38	16	6	38	Op
2. Rafla, S. (1970)	24	13	54	73	22	30	Op
3. Paeling, W. B. et al. (1969)	≤26	?	~73	≤37	?	~40	Op
1+2	37	18	49	89	28	31	Op
1. Ringlab, D. und Rommel, K. (1963)	15	10	67	9	5	56	Op+B
2. Rafla, S. (1970)	5	2	40	87	47	54	Op+B
3. Hainze, H. G. und B. Schwärzlar (1971)	4	2	50	12	4	33	Op+B
4. Peeling, W. B. et al. (1969)	≤9	?	~55	≤40	?	~12	Op+B
1+2+3	24	14	58	108	56	52	Op+B

Op = Operation (Nephrektomie)  
B = postoperative Bestrahlung

Tabella 3

liche Stadieneinteilungen und verschiedene Kriterien zur Bestimmung des Differenzierungsgrades verwendet wurden.

Unterscheidet man lediglich zwischen Tumoren, die auf die Niere begrenzt sind (auch eventuell mit Einbruch in das Nierenhohlraumsystem) und Tumoren mit extrarenaler Ausbreitung, d. h. mit Kapseldurchbruch, Veneninfiltration oder Befall der regionären Lymphknoten, so zeigt sich, daß besonders bei letzteren die Fünf-Jahresüberlebensrate verbessert werden kann (Tab. 3). Der Differenzierungsgrad der Tumoren ist dabei nicht berücksichtigt und mag die Ursache für die im einzelnen deutlich variierenden Ergebnisse der verschiedenen Autoren sein.

Eine ähnliche Analyse bei Patienten mit und ohne Infiltration der Nierenvene zeigt ebenfalls höhere Fünf-Jahresüberlebensraten bei postoperativer Bestrahlung gegenüber alleiniger Operation (Tab. 4).

Bei Befall der Nierenkapsel konnten durch postoperative Bestrahlung die Drei- und Fünf-Jahresüberlebensraten verdoppelt werden (1, 4).

Die postoperative Bestrahlung kann besonders dann die Heilungsraten verbessern, wenn ausgedehnte Tumoren vorliegen, bei denen das Risiko der unvollständigen lokalen Entfernung oder der intraoperativen Tumorzellstreuung besonders groß ist.

Ein Vergleich der Häufigkeit lokaler Rezidive nach alleiniger Operation und zusätzlicher postoperativer Bestrahlung zeigt bei verschiedenen Autoren, daß nach Bestrahlung nur etwa ein Drittel so oft lokale Rezidive diagnostiziert wurden wie nach alleiniger Operation (Tab. 5). Dabei dürfte die Rezidivrate – wie bei anderen Tumoren – von der eingestrahelten Dosis abhängig sein. Bei der postoperativen Nierentumorbestrahlung können heute an Megavoltbestrahlungsanlagen (Telekobaltbestrahlungsanlagen, Betatron, Linearbeschleuniger) etwa 5000 bis 6000 rd HD in sechs Wochen bei entsprechender Bestrahlungsplanung appliziert und toleriert werden. Die Komplikationsrate (z. B. Darmstenosen) liegt dabei bei wenigen Prozenten.

**Fünf-Jahresüberlebensraten mit und ohne postoperative Bestrahlung in Abhängigkeit von Infiltration oder fehlender Infiltration der Nierenvene**

Autoren	V+			V-			Behandlung
	N	n	%	N	n	%	
1. Riches, E. W. et al. (1951)	79	13	16	266	92	35	Op
2. Rafla, S. (1970)	36	11	31				Op
3. Peeling, W. B. et al. (1969)	≤14	?	~42				Op
1+2	115	24	21	266	92	35	Op
1. Riches, E. W. et al. (1951)	11	4	36	42	22	52	Op+B
2. Rafla, S. (1970)	35	14	40				Op+B
3. Peeling, W. B. et al. (1969)	≤7	?	~35				Op+B
1+2	46	18	39	42	22	52	Op+B

Op = Operation (Nephrektomie)  
 B = postoperative Bestrahlung  
 V+ = Nierenvene infiltriert  
 V- = Nierenvene nicht infiltriert

Tabelle 4

**Lokalrezidive beim Adenokarzinom der Niere**

Autoren	Veröffentlichung	Primäre Therapie	Häufigkeit			Diagnose
			N	n	%	
Hend, J. R. und Broders, A. C.	1932	Op	170	36	21	klinisch
Lindgren, M.	1970	Op+B	62	2	3	klinisch
Rafla, S.	1970	Op	96	24	25	klinisch
		Op+B	94	7	7	klinisch
Finney, R.	1973	Op	49	9	18	klinisch
		Op+B	51	8	16	klinisch
zusammen		Op	315	69	22	klinisch
		Op+B	207	17	6	klinisch

Op = Operation (Nephrektomie)  
 B = postoperative Bestrahlung

Tabelle 5

**2. Präoperative Bestrahlung**

Die Bestrahlung kann nicht nur postoperativ, sondern auch schon präoperativ durchgeführt werden. Präoperativ sollte bestrahlt werden, wenn sehr große Tumoren diagnostiziert werden, die an der Grenze lokaler Operabilität liegen. Durch eine Herddosis von etwa 3000 rd in

drei Wochen können sie häufig verkleinert und besser operabel werden. Die Operation wird am besten etwa drei bis vier Wochen nach Abschluß der Bestrahlung durchgeführt. Die entzündlichen Reaktionen und das Ödem in der Tumorumgebung haben sich dann meist zurückgebildet, der Tumor und seine Kapsel sind weniger durchblutet. Blu-

tungen unter der Operation werden dadurch vermindert, der Zugang zum Nierengefäßstiel ist vereinfacht und die Operation wird erleichtert. Van der Werf-Messing (5) fand in einer randomisierten Studie, daß in der Tumorkategorie P 3 nach präoperativer Bestrahlung bei 27 Prozent (8 von 30), ohne präoperative Bestrahlung dagegen bei 50 Prozent (11 von 22) der Patienten der Tumor nicht vollständig entfernt werden konnte.

Bei einer Dosis von 3000 rd HD in drei Wochen sind keine Komplikationen und keine Wundheilungsstörungen zu erwarten, insbesondere wenn Cobalt-60-Gamma-Strahlen oder ultraharte Röntgenstrahlen angewandt werden. Die präoperative Bestrahlung hat überdies den Vorteil, daß die proliferationsfähigen Tumorzellen bereits erheblich reduziert werden, so daß bei eventueller intraoperativer lokaler oder generalisierter Streuung das Risiko eines Lokalrezidivs oder von Fernmetastasen vermindert wird (5).

Wenn keine Tumorverkleinerung, sondern präoperativ nur eine Reduktion der proliferationsfähigen Tumorzellen erreicht werden soll, kann eine Kurzzeitvorbestrahlung mit drei- bis viermal 400 rd HD an zwei Tagen und Tumornephrektomie am folgenden Tag durchgeführt werden. Damit verkürzt sich die präoperative Vorbehandlung von sechs bis sieben Wochen auf zwei Tage.

Sowohl die Langzeitvorbestrahlung als auch die Kurzzeitvorbestrahlung werden bei exakter Bestrahlungsplanung und Verwendung von Megavoltanlagen gut vertragen. Die Operation ist nach der Kurzzeitvorbestrahlung nicht erschwert und es gibt keine Wundheilungsstörungen. An der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München wurden bisher über 100 Patienten mit Nierentumoren präoperativ bestrahlt, wobei meist die Kurzzeitvorbestrahlung durchgeführt wurde (3).

Da durch die präoperative Bestrahlung mit der angegebenen Dosis keine vollständige Vernichtung aller proliferationsfähigen Tumorzellen zu erwarten ist, erscheint es zweckmäßig, zumindest bei Patienten mit ausgedehnten Tumoren (P 2-4) oder geringem bis mäßigem Differenzierungsgrad des Tumors eine post-

**Überlebensraten beim Adenokarzinom der Niere nach präoperativer Bestrahlung**

Jahre	P 1 + 2 B + Op (+ B)		P 3 + 4 B + Op + B	
1	49/51	96 %	31/38	82 %
2	42/48	88 %	24/38	63 %
3	24/28	86 %	16/31	52 %
4	15/17	88 %	9/23	39 %
5	11/14	79 %	4/16	25 %
h. d.	35		12	
m. d.	15		24	
n. k.	1		2	

h. d. = hochdifferenziert  
 m. d. = mäßig und gering differenziert  
 n. k. = nicht klassifiziert  
 B = Bestrahlung  
 Op = Operation

Tabelle 6

**Überlebensraten beim Adenokarzinom der Niere mit und ohne präoperative Bestrahlung**

Jahre	Op + B		B + Op (+ B)	
1	19/25	76 %	41/47	87 %
2	13/22	59 %	30/45	67 %
3	11/20	55 %	16/29	55 %
4	7/18	39 %	8/20	40 %
5	5/15	33 %	6/15	40 %

Verteilung der prognostischen Faktoren (Stadium und Differenzierungsgrad) gleich  
 B = Bestrahlung  
 Op = Operation

Tabelle 7

operative Bestrahlung bis zu einer Gesamtdosis von 5000 bis 6000 rd HD bei üblicher Fraktionierung von 200 rd HD pro Wochentag anzuschließen. Unsere damit erreichten Ergebnisse sind in Tabelle 6 zusammengestellt.

Beim Vergleich zweier Kollektive (nicht randomisiert) mit gleicher Verteilung der P-Kategorien und des Differenzierungsgrades fanden wir nach präoperativer Bestrahlung, der bei der Kategorie P 2-4 oder geringem bis mäßigem Differenzierungsgrad eine postoperative Bestrahlung folgte, in den ersten zwei postoperativen Jahren bessere Ergebnisse als nach ausschließlich postoperativer Bestrahlung (Tab. 7). Für eine endgültige Beurteilung sind die Kollektive allerdings noch nicht groß genug. Sie wird erst möglich sein nach Auswertung einer randomisierten

Studie, die zur Zeit in Zusammenarbeit mit der Urologischen Universitätsklinik München (Direktor: Professor Dr. E. Schmiedt) durchgeführt wird.

**Literaturverzeichnis**

1. BLOOM, H. J. G.: Adjuvant therapy for adenocarcinoma of the kidney: present position and prospects. Brit. J. Urology 45 (1973) 237.
2. LIEVEN, H. von und J. LISSNER: Strahlentherapie beim Adenokarzinom der Niere. Strahlentherapie 1977 (in Druck).
3. LISSNER, J.: Strahlentherapie bei Nierentumoren. Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie. 26. Tagung, 1974. Herausgeber: R. NAGEL, Springer, 1975.
4. RAFLA, S.: Renal cell carcinoma: natural history and results of treatment. Cancer 25 (1970) 26.
5. WERF-MESSING, B. van der: Cancer of the kidney. Cancer 32 (1973) 1056.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. von Lieven, Oberarzt, Ziemsenstraße 1, 8000 München 2

**Breitband-**  
**bakterizidum**

Optimale Bioverfügbarkeit

# Co-trim-Tablinen®

Co-trimoxazol 480 mg  
 Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg

20 Tabl. **9.80**  
 50 Tabl. **19.90**

Zur Arzneikostensenkung  
 Tablinen

	morgens	abends
Normdosis	⊕ ⊕	⊕ ⊕
Hochdosis	⊕ ⊕ ⊕ ⊕	⊕ ⊕ ⊕ ⊕
Langzeitdosis	⊕	⊕
Kinderdosis individuell nach Alter!	⊖ ⊕ ⊕	⊖ ⊕ ⊕

**Individuelle Dosierung für Kinder und Erwachsene mit nur einer Darreichungsform. Kindertablette und forte-Form überflüssig!**

¼    ½    1    2  
 ⊖    ⊖    ⊕    ⊕ ⊕

**Indikationen:** Infektionen der Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut u. a.

**Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Nierenschäden, Blutkrankheiten, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft; Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion darf das Präparat nur unter Kontrolle der Blutspiegelwerte in niedrigerer Dosierung verabreicht werden. Bei der Langzeittherapie soll das Blutbild regelmäßig kontrolliert werden. Sollte ein Folsäuremangel auftreten, muß eine entsprechende Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Hexamethylentetramin- und procainhaltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

**SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
 Berlin 28

# Pankreaskarzinom

von G. Lux

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

## Einleitung

Durch die versteckte, der direkten klinischen Untersuchung nicht zugänglichen Lage des Pankreas und die Vielfalt des Beschwerdebildes bildeten Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse lange Zeit eine Ausschußdiagnose. Die Entwicklung spezifischer Untersuchungsverfahren betrifft Enzymbestimmungen, Ultraschalldiagnostik, Prüfung der endokrinen und exokrinen Pankreasfunktion, Angiographie und endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie. Bei entsprechendem klinischen Verdacht eingesetzt, erlauben diese Methoden eine morphologisch und funktionell fundierte Diagnose. Das Hauptanliegen bleibt, das Karzinom der Bauchspeicheldrüse in einem kurablen Stadium zu entdecken. Durch das Fehlen von Frühsymptomen nimmt die Erkrankung auch heute noch im Regelfall einen schicksalsmäßigen Verlauf.

## Häufigkeit

Mit ca. drei bis acht Krankheitsfällen auf 100 000 Einwohner pro Jahr entfallen auf das Pankreaskarzinom ca. zehn Prozent aller gastrointestinalen Malignome. In den letzten Jahrzehnten fand sich beim Pankreaskarzinom eine zunehmende Häufung, die in Nordamerika bereits der des Magenkarzinoms entspricht.

Das bevorzugte Lebensalter liegt zwischen 60 und 70 Jahren; trotzdem muß bereits im dritten und vierten Lebensjahrzehnt mit dem Auftreten eines Pankreaskarzinoms gerechnet werden. Männer sind über zweimal so häufig betroffen als Frauen.

## Ätiologie und Pathogenese

Bislang ist kein sicher disponierender exogener Faktor bekannt. Begünstigend scheinen Alkohol und Nikotin zu sein. Chemiker und Patienten mit der Blutgruppe A erkranken häufiger an einem Pankreaskarzinom.

Eine gesicherte Beziehung des Pankreaskarzinoms zum Diabetes mellitus besteht nicht. Noch nicht geklärt ist die Frage, inwieweit eine chronische Pankreatitis eine maligne Entartung begünstigt. Da auch das Pankreaskarzinom zur chronischen Fibrosierung und zur tryptischen Entzündung führt, sind am pathologisch-anatomischen Präparat bislang noch keine sicheren Nachweise einer malignen Entartung der chronischen Pankreatitis bekannt.

Hinweise für einen Zusammenhang ergeben sich aus Verlaufsbeobachtungen einzelner Patienten. Die Koinzidenz scheint häufiger als bislang vermutet.

## Pathologische Anatomie

Ca. zwei Drittel der Karzinome sind im Bereich des Pankreaskopfes lokalisiert, der Rest verteilt sich zu annähernd gleichen Teilen auf Kopf- und Schwanzteil der Drüse (Abb. 1). Ein nicht kleiner Prozentsatz der Pankreaskarzinome entsteht multizentrisch.

Tumoren mit einem Durchmesser von unter 2 cm gehören zu den Seltenheiten, sehr viel häufiger sind sie um ein Mehrfaches größer.

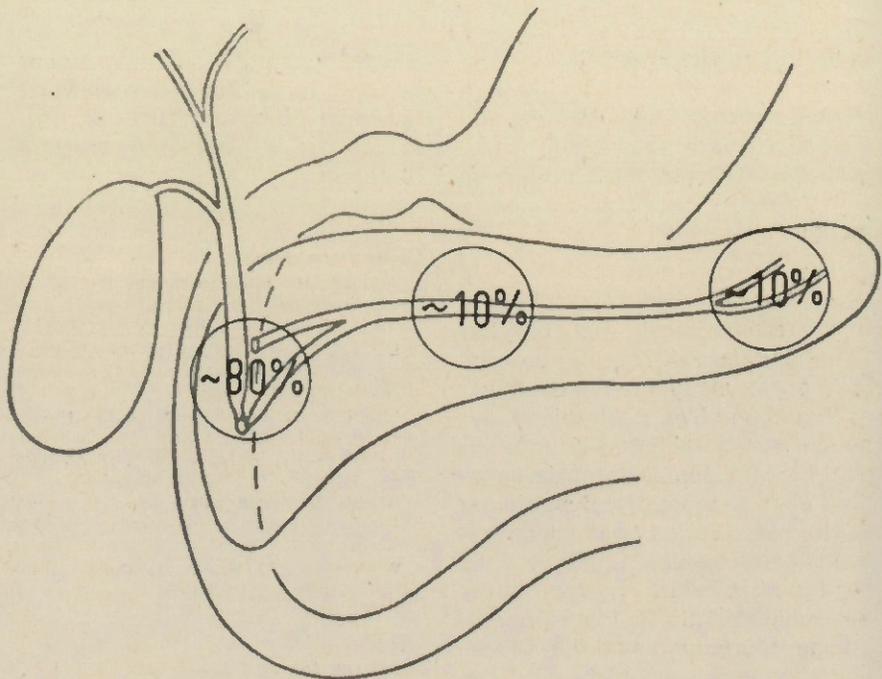


Abbildung 1  
Pankreaskarzinom – Lokalisation

Über 90 Prozent der Karzinome gehen vom Pankreasgangsystem aus. Histologisch handelt es sich meist um papillär bzw. tubulär wachsende Adenokarzinome oder um schleimbildende bzw. anaplastische Karzinome. Entsprechend den Plattenepithelmetaplasien in der Bauchspeicheldrüse bei älteren Menschen finden sich auch Plattenepithelkarzinome.

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung sind in der Regel bereits Metastasen vorhanden, bevorzugt in Leber und Lunge, aber auch subkutan, im Herz und nicht selten im Bereich der Virchowschen Drüse. Das Fehlen einer Organkapsel erleichtert die frühzeitige Infiltration benachbarter Lymphknoten, des Duodenums und – von Bedeutung für die operative Therapie – lebenswichtiger Blutgefäße wie der Vena porta und der Arteria hepatica. Eine Besonderheit des Pankreas- und des Gallengangskarzinoms ist die Ausbreitung entlang perineuraler Scheiden; dies erklärt zum Teil den ausgeprägten Schmerzcharakter des Pankreaskarzinoms beim Befall des Ganglion coeliacum.

## Symptome

Führende Symptome sind Schmerz, Gewichtsabnahme, Leistungsknick und Ikterus. Beim Auftreten klinischer Symptome (Abb. 2) ist es in aller Regel bereits zu spät für eine kurable Therapie.

Der Schmerz beim Pankreaskarzinom ist zumeist stetig und progressiv, im Epigastrium oder periumbili-

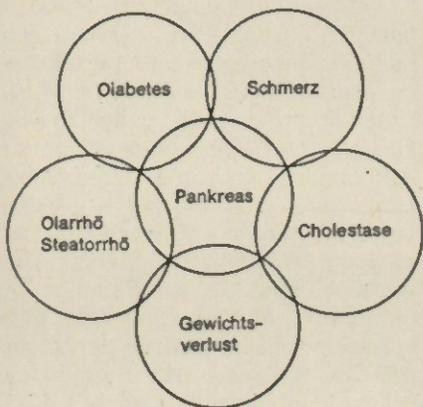


Abbildung 2  
Pankreasleiden – Klinische Symptome  
(nach Ammann)

kal lokalisiert. Bei jedem zweiten Patienten findet sich eine zum Teil gürtelförmige Ausstrahlung in den Rücken bzw. in die Gegend des rechten Schulterblattes. Typisch erscheint eine Verschlummerung in liegender Position, besonders nachts, während Aufsitzen bzw. ein nach vorne Überbeugen zu einer Erleichterung der Beschwerden führt.

Bereits in einer frühen Phase des Krankheitsverlaufes kommt es zu Appetiteinschränkung und zum Gewichtsverlust. Letzterer beginnt zunächst unmerklich, hat aber bei der Diagnosestellung zumeist 5 bis 10 kg erreicht.

An Stuhlunregelmäßigkeiten werden Diarrhöen mit Fettstuhl erst bei einer Zerstörung von 50 bis 90 Prozent der exokrinen Pankreasanteile beobachtet. Häufiger kommt es infolge der geringen Nahrungsaufnahme zur Obstipation.

Der Ikterus kann zu Beginn intermittierend auftreten und findet sich um so häufiger, je näher der Pankreastumor zu den Gallenwegen lokalisiert ist. Der Ikterus ist ein Spätsymptom und entsteht beim Pankreaskarzinom in der Regel nicht ohne Schmerz. Führt der Tumorverschluß zu einem langsamen Aufstau, kommt es zu einer tastbaren Vergrößerung der Gallenblase, Courvoisiersches Zeichen, das sich in 30 bis 60 Prozent der Krankheitsfälle findet.

Psychische Veränderungen, insbesondere depressive Verstimmung, finden sich häufig als prämonitorische Zeichen Monate vor der Manifestation des Pankreaskarzinoms. Eine spezifische Beeinflussung der Psyche durch das Tumorgeschehen in der Bauchspeicheldrüse ist unwahrscheinlich, am ehesten handelt es sich um eine Reaktion auf die unklaren und nicht behandelbaren Oberbauchbeschwerden.

Thrombosen und Thrombophlebitiden gehören zu den häufigsten Paraneoplasien des Pankreaskarzinoms.

## Klinische Untersuchung

Die versteckte topographische Lage der Bauchspeicheldrüse bedingt, daß im kurablen Stadium die körperliche Untersuchung meist keine

Auffälligkeiten erbringt. Im Spätstadium kann dann ein palpabler Oberbauchtumor bzw. eine infolge diffuser Metastasierung vergrößerte Leber auf die Spur des Pankreastumors führen. Eine Splenomegalie findet sich als Ausdruck der häufigen Milzvenenthrombose. Die Gallenblase ist in bis zu zwei Drittel der Fälle als prallelastischer Tumor zu tasten. Gefäßgeräusche können durch Kompression bzw. Infiltration größerer Gefäße auftreten. Peritoneale Aussaat bzw. Thrombose und Kompression der Pfortader können zur Ausbildung eines Aszites führen.

## Diagnose

### Laboruntersuchungen:

Rotes und weißes Blutbild weisen zumeist nur unspezifische Tumorzeichen auf. Eine Hyperglykämie findet sich in 30 bis 60 Prozent als Spätsymptom. Im anikterischen Stadium sind die Leberwerte zumeist normal. Erhöhung der Transaminasen und des Bilirubins sind Zeichen diffuser Metastasierung bzw. Obstruktion der Gallenwege. Eine Erhöhung der Gamma-GT ebenso wie der alkalischen Phosphatase ohne Leberfunktionsstörungen und ohne Alkoholabusus können dem endgültigen Nachweis eines Pankreaskarzinoms um Monate vorausgehen. Der Nachweis erhöhter Pankreasenzyme (Amylase, Lipase) besitzt in der Diagnostik des Pankreaskarzinoms, auch nach Stimulierung mit Sekretin, nur geringe klinische Bedeutung.

### Spezialuntersuchungen:

Pankreasfunktionsprüfungen erlauben mit dem Nachweis einer Pankreasinsuffizienz nur die Organdiagnose „Pankreopathie“, nicht jedoch die Diagnose der Krankheit, und eignen sich somit nicht zum Nachweis eines Pankreaskarzinoms.

Immer wieder wird über den Nachweis bestimmter Eiweißkörper, die sich nur im fetalen Pankreas oder im Pankreaskarzinom finden (onkofetale Pankreasantigene) berichtet. Trotz jeweils erster hoffnungsvoller Berichte hat sich bislang noch keine brauchbare Methode gefunden. Der Nachweis eines derartigen Antigens könnte der Beginn zuverlässiger Vorsorgeuntersuchungen für das Pankreaskarzinom sein.

Die Ultraschalldiagnostik als nicht aggressive Methode erlaubt den Nachweis von Tumoren der Bauchspeicheldrüse ab einer Größe von 2 bis 3 cm; durch die Kombination mit der Feinnadelbiopsie ist auch der zytologische Nachweis möglich.

Konventionelle Röntgenuntersuchungen (Oberbauchleeraufnahme, Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege und des oberen Gastrointestinaltraktes) sollten in ihrer Bedeutung für die Pankreasdiagnostik nicht überschätzt werden. Sie dienen zum Nachweis von Verdrängung bzw. Tumorfiltration der genannten Nachbarorgane. Die Einführung der superselektiven Pankreasangiographie hat die Treffsicherheit des Pankreaskarzinoms bei sehr erfahrenen Untersuchern von 70 auf 90 Prozent gesteigert.

Die Größe der kleinsten nachgewiesenen Pankreastumoren liegt bei 10 mm, im allgemeinen jedoch bei 2 bis 3 cm. Besondere Bedeutung hat die Angiographie zur Klärung der Operabilität, da bei Infiltration der Arteria mesenterica superior bzw. der Arteria hepatica communis eine Resektion des Tumors nicht mehr möglich ist.

Laparoskopisch können mit verschiedenen Techniken Teile der Bauchspeicheldrüse im Kopf- bzw. im Korpusbereich eingesehen und zum Teil auch biopsiert werden. Die Diagnose von Pankreastumoren in frühen Stadien läßt sich durch diese Methoden jedoch nicht verbessern.

Als bislang aussagekräftigste Methode in der Diagnostik des Pankreaskarzinoms hat sich die endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) erwiesen. Das Pankreaskarzinom führt fast immer zu Veränderungen am Pankreas- und/oder Gallengangsystem. Diese Gangveränderungen (Gangabbruch, Stenose und Zystenbildung) sind typisch, jedoch nicht beweisend für das Pankreaskarzinom, da sie auch bei entzündlichen Veränderungen der Bauchspeicheldrüse auftreten können. In ca. 90 Prozent gelingt durch Anamnese, Klinik und ERCP die richtige Diagnose. Eine Früherkennung des Pankreaskarzinoms durch die ERCP im operablen Stadium ist bislang jedoch nur in ca. zehn Prozent, im kurablen Stadium nur in Ausnahmefällen möglich.

Die zytologische Untersuchung bzw. die Bestimmung von onkofetalen Antigenen (CEA) in dem während der ERCP abgesaugten Pankreassekret können die Trefferquote dieser Methoden weiter erhöhen.

#### Therapie des Pankreaskarzinoms

Nur die Radikaloperation in Form der Duodenopankreatektomie bietet beim Papillen- und Pankreaskopfkarzinom Aussicht auf Heilung oder auf Lebensverlängerung. Bei dieser Whippleschen Operation wird der Pankreaskopf bzw. die gesamte Bauchspeicheldrüse, das Duodenum, der distale Ductus choledochus und die distalen zwei Drittel des Magens entfernt. Entsprechend der Ausdehnung des Eingriffes ist er mit einer Letalität von 10 bis 25 Prozent belastet. Nur selten erscheint eine Resektion tumortragender Pankreasanteile ausreichend.

Die intraoperative Diagnostik des Pankreaskarzinoms durch Biopsie ist mit einer biopsiebedingten Letalität bis 3,8 Prozent und einer Komplikationsrate bis 20 Prozent belastet. Die Rate der falsch-negativen Ergebnisse liegt zwischen 12 und 54 Prozent mit einem Mittelwert von 35 Prozent. Das bedeutet, daß mindestens ein Drittel der Pankreaskarzinome dem intraoperativ-biopsischen Nachweis entgehen. Mit der Einführung der Feinnadelbiopsie scheint sich die Trefferquote deutlich verbessert, die Komplikationsrate signifikant gesenkt zu haben.

In der konservativen Behandlung des Pankreaskarzinoms bei inoperablen Patienten bleibt nur die symptomatische Therapie, da die zytostatische Behandlung nach allgemeiner Erfahrung keine Beeinflussung des Primärtumors oder seiner Metastasen mit sich bringt.

Trotz aller methodischen Verbesserungen bildet das Pankreaskarzinom weiterhin eine Herausforderung, Diagnose und Therapie des Krankheitsbildes weiter zu verbessern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Lux, Assistenzarzt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen

## Biguaniden:

### Ein besonderes Antidiabetikum für ausgewählte Diabetes-Patienten

Weil in der letzten Zeit sich die Mitteilungen über das Auftreten von Laktatazidosen (Blutübersäuerung) häuften, müssen Diabetiker, die Biguanide (ein orales Antidiabetikum) einnehmen, enger mit ihrem Arzt zusammenarbeiten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft informierte jetzt über das Laktatazidosen-Risiko bei Biguanid-Behandlung nach Beratung mit Vertretern der Fachgesellschaft, dem Bundesgesundheitsamt und den betroffenen Herstellern.

Die Laktatazidosen gehen nicht selten mit Schocksymptomatik einher und verliefen bisher in der Mehrzahl tödlich. Sie werden vor allem durch Sauerstoffmangel sowie durch eine Einschränkung der Nierenfunktion begünstigt.

Da die ersten Symptome unspezifisch sind (Übelkeit, Erbrechen), die Laktatazidose auch schon nach kurz-dauernder Biguanid-Einnahme auftreten kann und da in der Praxis zur Zeit noch keine exakte Diagnostik möglich ist, rät die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu einer strengen Indikationsstellung, zu sehr sorgfältiger Berücksichtigung der Kontraindikationen vor Therapiebeginn und entsprechender Überprüfung der Situation bei Patienten, die bereits mit Biguaniden behandelt werden. Keinesfalls dürfen die vom Arzt verordneten Tagesdosen überschritten werden.

# Zur Prophylaxe und Therapie von Schilddrüsenenerkrankungen

## Euthyrox Reines L-Thyroxin

## Novothyral L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

## Jodid- Tabletten

### Hauptindikationen:

Blande Struma  
Rezidivprophylaxe  
nach Strumaresektion  
Hypothyreose  
Begleittherapie  
bei thyreostatischer Behandlung  
der Hyperthyreose

## MERCK



HORMON  
FORSCHUNG

MERCK

**Euthyrox® 1 Tablette** enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.65  
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 17.90  
**Novothyral® 1 Tablette** enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
20 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 13.20  
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 24.30  
**Novothyral® mite**  
1 Tablette enthält  
25 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.70  
Preis n. A.T.  
Ferner jeweils Anstalts-Packungen

**Anwendungshinweis**  
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück.

**Kontraindikationen**  
Myokardinfarkt, Angine pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Bei Kindern ist nur die Myokarditis relevant.

**Vorsichtsmaßnahmen**  
Wenn unter der Therapie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfälle oder Gewichtsabnahmen auftreten sollten, ist eine Dosisreduktion erforderlich.

**Zur Prophylaxe der endemischen Struma**

**Jodid-Tabletten**  
1 Tablette enthält 65,4 µg Kalliumjodid, entsprechend 50 µg Jod  
DM 3.65  
100 Tabletten  
Preis n. A.T.

**Kontraindikationen**  
Jodüberempfindlichkeit, Hyperthyreose.

**Nebenwirkungen**  
Jodid-Tabletten sind gut verträglich, Nebenwirkungen wurden bei der empfohlenen Dosierung nicht bekannt.

**Anwendungshinweis**  
Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise nach einer Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit.

**Anmerkung**  
Auch in der Schwangerschaft ist bei Jodmangel die prophylaktische Gabe von Jodid-Tabletten fortzusetzen.

Stand 1.1.1977

E. Merck  
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1

## Moderne Diagnostik — Ökonomisierung und Bewertung

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

(Fortsetzung)

Privatdozent Dr. G. Siemon, Köln:

### Möglichkeiten und Grenzen pulmonologischer Diagnostik

Die apparative Ausstattung für die pulmonologische Diagnostik ist in den letzten Jahren immer komplizierter und auch teurer geworden. Bei der großen Zahl obstruktiver Atemwegserkrankungen, die 80 Prozent der broncho-pulmonalen Erkrankungen und 20 Prozent des internen Krankengutes betreffen, ist nur eine Frühdiagnose erfolgversprechend. Dazu müssen einfache, von jedem zu handhabende Geräte, wie Kleinspirometer, zur Verfügung stehen. Nur durch die bei routinemäßigem Einsatz gewonnenen Erfahrungen wird dabei der Kranke vor einer Überbewertung von Meßdaten zugunsten klinischer Symptome geschützt.

Die Aufgabenteilung in Vorfelddiagnostik atemmechanischer Funktionsstörungen, wie der Therapiekontrolle durch den niedergelassenen Allgemeinarzt oder Facharzt, die Erfassung und Differenzierung von Gasaustauschstörungen in einer Praxisgemeinschaft oder einem mittelgroßen Krankenhaus und schließlich die Forderungen, die an ein pulmonologisches Zentrum zu stellen sind, führen zu einer sinnvollen Erweiterung der pneumologischen Möglichkeiten bei vernünftiger Begrenzung im Hinblick auf Apparatkosten, Personalaufwand und Anforderungen an den jeweiligen Arzt.

Die pneumologische Diagnostik und Therapie gewinnt besondere Bedeutung in sozialmedizinischer Hinsicht im Hinblick auf Abkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und zur Prävention pulmonalbedingter Invalidität im chronischen Cor pulmonale und in der respiratorischen Insuffizienz. Die zahlenmäßig weit überwiegenden Erkrankungen der Atem-

wege lassen sich in den meisten Fällen weder durch klinisch-physikalische noch röntgenologische Untersuchungen ausreichend diagnostizieren. Es gibt aber heute preiswerte, einfach zu handhabende, leistungsfähige Meßgeräte für spirometrische Untersuchungen, die für die Praxis wie auch das kleine Krankenhaus gut geeignet sind und bei entsprechend kritischer Anwendung bereits wichtige Informationen vermitteln.

Funktionsstörungen des bronchopulmonalen Systems lassen sich unterteilen in

1. Beeinträchtigung der Ventilation aufgrund atemmechanischer Veränderungen,
2. Störungen des pulmonalen Gasaustausches,
3. Verminderung der kardio-respiratorischen Reserven.

Zu 1.:

Störungen der Atemtechnik lassen sich unterteilen in *restriktive und obstruktive Belüftungsstörungen*. Bei Restriktion besteht eine erhöhte Atemarbeit gegen elastische Widerstände, bei Obstruktion gegen visköse Widerstände. Zugleich als Ursache und Folge dieser Belüftungsstörungen ist das Lungenemphysem anzusehen. Die Erfassung erfolgt durch spirometrische Messung der *Druck-Volumen-Charakteristik* (Compliance-Bestimmung) sowie mittels der *Ganzkörperplethysmographie*.

Die *Restriktion* ist Folge eines verminderten Ausdehnungsvermögens der Lungen infolge interstitieller Lungenveränderungen (Fibrosen, Sarkoidose, Pneumokoniosen), pulmonalbedingter (funktioneller) Verminderungen des Lungenparenchyms (nach Resektion, bei Atelektasen, ausgedehnten Pneumonien, rezidivierenden Embolien) oder extrapulmonalbedingter Verminderungen von Lun-

genparenchym (bei Zwerchfellähmung oder Hochstand, Pleuraerguß, Pneumothorax, Verschwartungen, Thoraxdeformierungen oder Thoraxkoplastik). Hinweise auf eine Restriktion geben eine verminderte Vitalkapazität. Bei gleichzeitiger Bestimmung des Residualvolumens kann zwischen extra- und intrapulmonaler Restriktion unterschieden werden. Bei einer deutlichen Abschwächung der Sekundenkapazität muß immer an eine funktionelle Verminderung der Vitalkapazität gedacht werden.

Bei der *Obstruktion* der Atemwege findet sich ein erhöhter Strömungswiderstand. Eine inspiratorisch wirksame Obstruktion liegt bei doppelseitiger Rekurrensparese, eine in- und expiratorische bei Stenosen im Bereich der großen Luftwege (nach Tracheotomie, bei Fremdkörperaspiration, Tumoren und Kompression durch die Schilddrüse oder Mediastinaltumoren) vor. Ursachen der expiratorischen Obstruktionen in den kleinen Atemwegen sind die häufigsten Atemwegserkrankungen überhaupt (obstruktive Bronchitis, obstruktives Emphysem und Asthma bronchiale). In der Regel besteht eine Verminderung des Atemstoßes nach Tiffeneau (relative Sekundenkapazität). Das absolute Volumen der Sekundenkapazität ist allerdings auch bei restriktiven Erkrankungen vermindert, als Relativwert in Beziehung zur Vitalkapazität jedoch ausschließlich bei obstruktiven Ventilationsstörungen. Beide Übungen erfordern eine optimale Mitarbeit des Probanden. Es sollten deswegen Meßgeräte verwendet werden, die neben der digitalen Anzeige der Meßwerte auch Kurvenverläufe registrieren, um einen lückenlosen Eindruck vom Ablauf des Meßvorganges zu gewinnen. Die Messung der Vital- und der Sekundenkapazität im Rahmen eines forcierten Expirationsmanövers können die bei forciertem Ausatmen aufgebauten hohen Intrathorakalen Drücke zu einer funktionellen Kompression zentraler Bronchialabschnitte führen. Trotzdem sind Vitalkapazität und relative Sekundenkapazität die wichtigsten, weil einfach zu gewinnenden Meßwerte zur Erfassung und Abgrenzung restriktiver und obstruktiver Ventilationsstörungen.

Die Ganzkörperplethysmographie bietet demgegenüber folgende Vorteile: Die Meßwerte werden bei ruhi-

ger und spontan gewählter Atmung registriert; sie sind von der Mitarbeit des Probanden weitgehend unabhängig und gut reproduzierbar. Ferner ist eine schnelle Erfassung von Normabweichungen des thorakalen Gasvolumens im Hinblick auf die Emphysemdiagnostik oder funktionelle Überblähung von Bedeutung.

Zu 2.:

Störungen des pulmonalen Gasaustausches lassen sich unterteilen in

- a) Veränderungen der globalen alveolaren Ventilation,
- b) Mißverhältnis zwischen Belüftung und Durchlüftung (Verteilungsstörungen),
- c) Diffusionsstörungen.

Wichtigste Untersuchungsmethode zur Differenzierung dieser Störungen sind die Blutgasanalyse und die Bestimmung des CO-Transfers. Alle ausgeprägten Gasaustauschstörungen sind durch eine Hypoxämie (Unterschreitung des altersentsprechenden Sauerstoffpartialdruckes =  $pO_2$ ) im arteriellen oder kapillären Blut gekennzeichnet.

Zu 3.:

Die Beeinträchtigung der kardio-respiratorischen Reserven ist zur Beurteilung einer Operationsfähigkeit vor thoraxchirurgischen oder größeren abdominalen Eingriffen sowie für die Arbeitsfähigkeit bei pulmonalen Erkrankungen von Bedeutung. Die Spiroergometrie mit Blutgasanalyse in verschiedenen Belastungsstufen erfaßt die ventilatorischen und zirkulatorischen Kompensationsmöglichkeiten sowie die metabolische Anpassungsbreite der Gesamorgane Lunge und Herz mit dem Organsystem des Kreislaufes. Hinzu kommen Untersuchungen der Hämodynamik im kleinen Kreislauf mit Rechtsherzkatheterismus, Perfusions- und Ventilationsszintigraphien sowie massenspektrometrische Untersuchungen in entsprechenden pneumologischen Zentren.

Professor Dr. D. Reinwein, Essen:

### Fortschritte in der Differentialdiagnostik endokriner Krankheiten

In diesem Referat werden die Fortschritte in der Neuroendokrinologie, auf dem Gebiet der Hormone als Tumormarker und der Schilddrüsendiagnostik besprochen.

### Fortschritte in der Neuroendokrinologie:

Seit 1968 sind außer Vasopressin und Oxytocin mehrere sogenannte Releasing-Hormone entdeckt worden. Den Reigen eröffnete das Thyreotropin-Releasing-Hormon (TRH). Es folgte das luteotrope Releasing-Hormon (LH-RH), das sowohl die Sekretion von LH als auch von FSH in der Hypophyse stimuliert. Das Somatostatin hemmt die hypophysäre Sekretion von Wachstumshormon GH und wird deshalb GH-IH genannt. Unerwartet war die Erkenntnis, daß Somatostatin auch auf die endokrinen Zellen des Pankreas einwirkt und die Glucagon- und Insulinsekretion hemmt. Vasopressin bzw. dessen Derivat DDAVP wird heute zur Therapie des Diabetes insipidus verwendet. Das TRH dient der Bestimmung des TSH in der Diagnostik von Funktionsstörungen der Schilddrüse; therapeutisch hat es keine Verwendung. LH-RH dient zur Differenzierung des Hypogonadismus und der HVL-insuffizienz. Das Somatostatin (GH-EH) kann zur Differentialdiagnostik von Insulinomen, zur Unterscheidung von Adenomen und Karzinomen und in der Therapie bestimmter Formen des juvenilen Diabetes mellitus Verwendung finden. Die Entdeckung dieser Hormone hat die Kenntnis der Regulationsmechanismen zwischen den Effektororganen (Schilddrüse, Nebenniere oder Gonaden) und dem HVL und dessen Steuerung durch den Hypothalamus erweitert. Dadurch wurde es möglich, hypophysäre und hypothalamische Störungen zu lokalisieren und das Ausmaß der Störung bei Insuffizienz wie auch bei Hypersekretion besser auszuloten.

### Hormone als Tumormarker:

Die Differentialdiagnostik wurde durch die Entdeckung bereichert, daß einzelne Tumoren bestimmte Hormone produzieren. Diese werden als sogenannte Tumormarker bezeichnet. So ist das *Kalzitonin* ein von den C-Zellen der Schilddrüse produziertes Hormon, das als Antagonist des Parathormons gilt und normalerweise keine Rolle spielt. Ein zweiter Tumormarker ist das *Prolaktin*, das mit ACTH, STH und LH zu den Hormonen gehört, die zur Laktogenese erforderlich sind. Es imitiert eine Vielfalt von Wirkungen, was offensichtlich phylogenetisch zu erklären ist. Eine vermehrte Produktion dieses Hormons kann Ursache

eines HVL-Adenoms sein und sich durch einzelne der folgenden Symptome äußern: Gynäkomastie, Galaktorrhoe, Amenorrhoe und infertility. Eine Prolaktin-Erhöhung im Serum ist wesentlich häufiger als eine Hyperkalzitoninämie.

### Fortschritte in der Schilddrüsendiagnostik:

Schilddrüsenerkrankungen stehen mit Abstand an erster Stelle bei den endokrinologischen Problemen. Der entscheidende diagnostische Fortschritt der letzten Jahre bestand in der Einführung sogenannter in-vitro-Tests, mit denen der früher übliche Radiojodtest ersetzt werden kann. Die neuen Bestimmungen sind nicht nur einfacher und billiger, sondern auch weniger störungsanfällig und bieten keine Strahlenbelastung für den Patienten. In den Vordergrund gerückt ist

1. die radioimmunologische Bestimmung des TSH im Serum und
2. die Bestimmung des Trijodthyronins ( $T_3$ ).

Das TSH spielt im Regelkreis Hypophysenvorderlappen-Schilddrüse die Rolle eines Transmitters in direkter Abhängigkeit von Plasmathyroxin. TSH ist beim Schilddrüsen-Gesunden mit den heutigen Methoden noch nicht meßbar, wird aber nach intravenöser Injektion von TRH meßbar aus den thyreotropen Zellen des HVL freigesetzt (Anstieg auf etwa 15 mU/ml). Keine Reaktion sieht man bei einer hypophysären, d. h. sekundären Hypothyreose und bei Patienten mit Hyperthyreose. Die Bedeutung des  $T_3$  ist erst kürzlich nach Entwicklung empfindlicher Nachweismethoden erkannt worden. Es wird vorzugsweise bei starker Stimulierung der Schilddrüse, d. h. bei der Hyperthyreose, sezerniert. Hierbei kommt es zu einem unverhältnismäßig hohen Anstieg von  $T_3$ , der zwei- bis dreimal so hoch ist wie der von  $T_4$ . Auch wenn die  $T_3$ -Konzentration nur zwei Prozent der  $T_4$ -Konzentration im Blut erreicht, ist diese geringe Menge wirkungsmäßig durch den höheren Umsatz und den größeren Verteilungsraum dem  $T_4$  äquivalent.

Bei der Diagnostik in der Praxis müssen wir davon ausgehen, daß mindestens 80 Prozent aller Schilddrüsenerkrankungen auf blande Strumen entfallen. Bei diesen kann man



**Modenol®** Antihypertensivum  
 Rauwolfia-Saluretikum-Kombination  
 Tagestherapiekosten: 29 Pf \*  
 bei der OP mit 50 Dragées  
 (1 Dragée täglich - ausreichend bei  
 jedem zweiten Patienten)

Senkt den erhöhten Blutdruck intensiv,  
schonend und langanhaltend  
 bei 83,6 % aller Hypertoniker  
 (Loos, M.: Therapiewoche 21 (1971) 3698).

\*  
 Bei OP mit 100 Dragées:  
 27 Pf. Tagestherapiekosten

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche  
 Prospekt (z. Zt. gültige Auflage Oktober 1974).  
 Auch interessiert Sie gern unser  
 Mitarbeiter im wissenschaftlichen  
 Außendienst.

**Zusammensetzung:**

1 Dragée enthält:

Butizid	3,3 mg
Reserpin	0,07 mg
Rescinnamin	0,07 mg
Raubasin	0,7 mg
Kaliumchlorid	300 mg

**Kontraindikationen:**

Anamnestisch bekannte oder manifeste Depressionen, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie. Bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz, schwerer Zerebral- und Koronarsklerose kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion müssen die harnpflichtigen Stoffe im Serum laufend kontrolliert werden (z. B. mit Test-Combinations Boehringer Mannheim: Creatinin, Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.

**Nebenwirkungen und Hinweise:**

Vereinzelt auftretende Magenunverträglichkeit (Übelkeit, Brechreiz) kann

durch Einnahme nach den Mahlzeiten meist vermieden werden. Wie alle zentral sympathikusdämpfenden Präparate kann auch Modenol bei einem Teil der Patienten eine stärker sedierende Wirkung hervorrufen. Deshalb muß unter Umständen mit einer Verminderung der Reaktionsfähigkeit gerechnet werden. Darüber hinaus kann die Wirkung von anderen Arzneimitteln (z. B. Barbituraten) und von Alkohol verstärkt werden. Patienten, deren Tätigkeit große Aufmerksamkeit erfordert (z. B. Kraftfahrer), sollten darauf besonders hingewiesen werden. Weitere reserpinbedingte Nebenwirkungen, wie depressive Verstimmung oder verstopfte Nase, kommen aufgrund der geringen Dosierung dieses Alkaloids nur ausnahmsweise vor. Orthostatische Störungen treten selten und dann nur vorübergehend auf. Wegen der Butizid-Komponente kann es - wie bei allen saluretikahaltigen Präparaten - vereinzelt zu Kaliummangelerscheinungen sowie zu einer Erhöhung des Blutzuckers und der

Blutharnsäure kommen. Bei Diabetes und bei Gicht ist deshalb eine häufigere Kontrolle der Stoffwechsellage angezeigt. Bei Anwendung von Modenol gegen Ende der Schwangerschaft und während der Stillzeit kann es zu einer Schwellung der Nasenschleimhaut des Neugeborenen und dadurch zur Behinderung der Atmung kommen. Rückenlage des Neugeborenen sollte deshalb vermieden und die Schwellung der Nasenschleimhaut mit abschwellenden Nasentropfen (für Säuglinge) behandelt werden.

**Für Ihre Verordnung:**

OP mit 20 Dragées	DM 6,55
OP mit 50 Dragées	DM 14,60
OP mit 100 Dragées	DM 26,85
AP mit 250 und 1000 Dragées.	



sich diagnostisch auf wenige Tests beschränken. Als Basisuntersuchung reicht eine  $T_4$ -Bestimmung im Blut und ein Szintigramm der Schilddrüse mit Pertechnat. Letzteres hat eine wesentlich geringere Strahlenbelastung als das herkömmliche  $Jod^{131}$ . Eine routinemäßige Durchführung des Radiojodtests ist überflüssig.

Bei der *Hyperthyreose* zeigen nicht nur das klinische Bild, sondern auch die Labordaten ein buntes Bild. Maskierte Formen mit dem Extremfall der sogenannten apathetischen Form sind naturgemäß wesentlich schwerer festzustellen als das Vollbild, zu dessen Erkennung meist die  $T_4$ -Bestimmung und das Szintigramm ausreichen. Zusätzlich kämen dann die  $T_3$ -, selten die  $T_3$ -RIA-Bestimmungen und nur in etwa fünf Prozent der Fälle Funktionstests zum Einsatz.

Die *Hypothyreose* tritt wesentlich seltener auf als die Schilddrüsenüberfunktion und ist als leichte Form klinisch nur schwer zu diagnostizieren. Gerade hier ist es wichtig, überhaupt an die Möglichkeit dieser Krankheit zu denken. Der Radiojodtest ist für die Diagnose einer Hypothyreose unzuverlässig und daher überflüssig. Als Basisdiagnostik reicht die Bestimmung des Thyroxins und ein Szintigramm in 82 Prozent der Fälle aus, mit zusätzlicher  $T_3$ -Bestimmung kommt man in 85 Prozent und unter Berücksichtigung des Achillessehnen-Reflexes in 95 Prozent der Fälle aus. In seltenen Fällen ist der TRH-Test noch erforderlich.  $T_3$  spielt für die Diagnostik der Hypothyreose keine Rolle.

Privatdozent Dr. G. Assmann, Köln:

#### Moderne Diagnostik von Lipid-Stoffwechselstörungen

Eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Hyperlipidämien ist ein wesentlicher Aspekt präventiver Kardiologie. Ein erhöhter Blutfettgehalt führt zu einem gesteigerten Arterioskleroserisiko. Der Hypercholesterinämie kommt als isoliertem Risikofaktor des Herzinfarktes eine vorrangige Bedeutung zu.

Es besteht noch keine einheitliche Meinung über die Frage, ob für praktische Zwecke der Lipiddiagnostik eine Klassifizierung nach Hyperlipoproteinämietypen (Typ I bis V nach

Fredrickson) erfolgen soll. Diese wurde 1971 von der WHO als Grundlage der Hyperlipidämiendiagnostik empfohlen. Andererseits mehren sich in jüngster Zeit die Stimmen, die eine Einteilung nach Hyperlipoproteinämietypen entsprechend der Lipidelektrophorese ablehnen und statt dessen aus finanziellen Gründen die alleinige Bestimmung von Cholesterin und Triglyceriden für praktische Zwecke als ausreichend erachten.

Die Klassifizierung in Hyperlipoproteinämien Typ I bis V stellte einen wesentlichen Fortschritt für die pathophysiologischen Zusammenhänge des Fettstoffwechsels dar. Aus der relativen Einfachheit der Klassifizierung erwachsen jedoch auch entscheidende Nachteile. In der täglichen Praxis ist mit der Feststellung des „Typs“ die Diagnostik in der Regel beendet, obwohl derzeitige Kenntnisse zusätzliche Überlegungen und Untersuchungen erfordern. Deshalb erscheint heute eine Lipoprotein-Elektrophorese als Zusatzuntersuchung fragwürdig, wenn nicht gar überflüssig. Die quantitative Bestimmung von Cholesterin und Triglyceriden sowie die Betrachtung des Nüchternserums („Kühlschranktest“) erlaubt, den Lipoproteintyp mit hoher Treffsicherheit unter Beachtung einfacher Regeln vorauszusagen. Da zudem die Typen I, III und V insgesamt weniger als ein Prozent der Hyperlipidämien

ausmachen, konzentriert sich das Interesse auf die Diagnose isolierter Hypercholesterinämien (Typ IIa), isolierter Triglyceridämien (Typ IV) und gemischter Hyperlipidämien (Typ IIb). Diese setzen lediglich die Bestimmung der Lipide voraus. Geringgradige Erhöhungen der beiden Lipidparameter sowie Differenzierungen der beiden Typen IIb (gemischte Hyperlipidämie) und IV (Hypertriglyceridämie) stellen eine besonders häufige Situation in der täglichen Praxis dar. Ohne die quantitative Bestimmung des Cholesterins in den verschiedenen Lipoproteinklassen ist jedoch eine sichere Zuordnung in der Regel nicht möglich. Die exakte Quantifizierung ist bezüglich des Arterioskleroserisikos bedeutsam, derzeit jedoch nur mit Hilfe der Darstellung der Lipoproteine in der präparativen Ultrazentrifuge möglich und damit Speziallaboratorien vorbehalten.

Lipid-„Normalwerte“ sind statistische Befunde und keineswegs identisch mit „Idealwerten“. Alter und Geschlecht, Nahrungs- und Lebensgewohnheiten beeinflussen die entsprechenden Parameter. Cholesterinwerte über 250 mg % und Triglyceridwerte über 200 mg % sollten in jedem Fall Veranlassung zur Abklärung der Hyperlipidämie geben. Die enzymatischen Triglycerid- und Cholesterinbestimmungen stehen als spezifische und leistungsfähige Methoden zur Verfügung. Die Tatsache, daß ein Lipoproteinphänotyp oft nicht konstant bei einem Patienten beobachtet wird, und sich unter dem Einfluß von Diät und Pharmaka ändern kann („Typenwechsel“), schränkt den Informationsgehalt der Typisierung weiter ein. In der Diagnostik der Fettstoffwechselerkrankungen sollte deshalb nicht die Typisierung, sondern die Differenzierung sekundärer, diätetischer und familiärer Formen im Vordergrund stehen. Bei fast allen Patienten reicht die alleinige Bestimmung von Cholesterin und Triglyceriden sowie die Beurteilung des Nüchternserums aus, um unter Berücksichtigung der klinischen Situation eventuell erforderliche therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Behringersdorfer Straße 5 a, 8501 Schwaig

### JUGENDMARKEN '77



vom 14. April bis 30. September  
an den Postschaltern

### Ihre Hilfe

für behinderte und  
benachteiligte Kinder  
und Jugendliche -

## verwenden Sie Jugendmarken

# Ernährungsbehandlung bei Hyperurikämie und Gicht\*

von Günther Wolfram

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. N. Zöllner)

Die Bedeutung der Ernährung für die Manifestation der Gicht ist gerade in Deutschland durch das „Massenexperiment“ der Hungerjahre am Ende des letzten Krieges zu Tage getreten, als es praktisch keine Gicht mehr gab. Heute darf man davon ausgehen, daß drei Prozent der Männer, die das 65. Lebensjahr erreichen, einen Gichtanfall erleiden werden. Viel weiter als die manifeste Gelenkgicht ist die zunächst asymptotische Hyperurikämie verbreitet. Schätzungen, die bei fünf Prozent der Erwachsenen eine Hyperurikämie annehmen, sind sicher nicht zu hoch gegriffen. Über das Risiko einer Gelenkgicht hinaus bedrohen den Patienten als Folge der Hyperurikämie die Gichtniere und Harnsäurekonkremente, die beide zu einer Einschränkung der Nierenfunktion, zu Hochdruck, zu Herzinfarkt und damit zu einer Verminderung der Lebenserwartung führen können. Für den Patienten sind nur die Gelenkgicht und Nierensteinkoliken schmerzliche Realität, die asymptotische Hyperurikämie und ihre stummen Begleiter entziehen sich der realistischen Einschätzung durch den Patienten. Hier muß die Betreuung durch den Arzt die fehlende Einsicht des Patienten ersetzen.

## Anlage und Umweltfaktor Ernährung

Die vererbte Hyperurikämie wird in den meisten Fällen nur in Verbindung mit dem Umweltfaktor Ernährung manifest. Eine optimale Einstellung der Ernährung ist deshalb im gewissen Sinn als kausale Therapie dieses Leidens anzusprechen. Lebenslange Arzneimitteltherapie ist wegen möglicher Nebenwirkungen problematisch und sollte stets durch Diät vermieden oder in der Dosis wenigstens reduziert werden.

Die primäre Hyperurikämie ist nach modernen Erkenntnissen in über 90 Prozent der Fälle durch einen Defekt

bei der Harnsäuresekretion im distalen Tubulus der Niere verursacht. Eine erhöhte Harnsäuresynthese liegt nur in weniger als zehn Prozent der Patienten vor. Beide Stoffwechseldefekte führen für sich allein oder in Kombination prinzipiell zu den gleichen, eingangs beschriebenen, klinischen Komplikationen. Nur extrem seltene Defekte des Purinstoffwechsels, z. B. das Lesh-Nyhan-Syndrom, gehen mit einem besonders schweren, klinischen Bild und speziellen Komplikationen einher.

## Diagnose

Die Diagnose einer Hyperurikämie erfolgt durch die Bestimmung der Harnsäure im Nüchternserum mit einer enzymatischen Methode mit Uricase. Die neue Kombination der enzymatischen Bestimmung mit einem Farbttest verspricht einen geringeren Aufwand bei gleicher Spezifität. Da mehrere Faktoren den Harnsäurespiegel im Blut beeinflussen können, sollte man die Entscheidung über die Diagnose und das therapeutische Vorgehen immer erst nach zwei oder drei Bestimmungen des Harnsäurespiegels fällen. Immerhin hat die gesicherte Diagnose „primäre Hyperurikämie“ eine lebenslange Therapie zur Folge. Als wichtigste Störfaktoren bei der Abgrenzung primäre Hyperurikämie / sekundäre Hyperurikämie / Normourikämie sind zu nennen: sehr purinreiche Nahrung, Alkoholzufuhr und Arzneimittel.

Deshalb ist eine spezielle purinarme Kost vor der Blutabnahme unnötig und irreführend, da auf diese Weise Fehler in der üblichen Ernährung des Patienten nicht erfaßt werden. Vor der Blutabnahme sollten alle nicht unbedingt notwendigen Arzneimittel abgesetzt werden, da zahlreiche Medikamente den Serumharnsäurespiegel anheben (z. B. Saluretika, Salicylate, Nikotinsäure)

oder senken (z. B. Pyrazolone, Diquumarole, Phenylindandione).

Zum Ausschluß von sekundären Hyperurikämien sind die Untersuchung des roten und weißen Blutbildes sowie der Nierenfunktion und die Messung des Blutdruckes notwendig.

Die Diagnose einer primären Hyperurikämie muß schließlich immer Anlaß sein, nach weiteren Stoffwechselstörungen, wie Hyperlipidämie oder Diabetes, zu fahnden. Ebenso ist bei bekannter Hyperlipidämie oder bei einem Diabetes auch die Suche nach einer Hyperurikämie angezeigt.

Der Serumharnsäurespiegel des Gesunden und mit Einschränkung auch des Hyperurikämikers wird beeinflusst vom Alter, vom Geschlecht und vor allem von der Ernährung (1). Es hat sich bewährt, einen Harnsäurewert von mehr als 7,0 mg/100 ml für den Mann und für die Frau nach der Menopause als pathologisch anzusehen, für die Frau vor der Menopause mehr als 6,5 mg/100 ml.

## Therapie

Die Behandlung hat sich an der Wahrscheinlichkeit, mit der ein erhöhter Harnsäurespiegel zu klinischen Komplikationen führt, und an den potentiellen Nebenwirkungen einer lebenslangen Arzneimitteltherapie zu orientieren (2). Bei einem Harnsäurespiegel zwischen 7 und 8 mg pro 100 ml Serum besteht immerhin die Wahrscheinlichkeit von 14 Prozent für das Auftreten eines Gichtanfalles. Dies bedeutet aber auch, daß 86 Prozent dieser Patienten unnötig mit einem Arzneimittel behandelt würden. Die Basis der Behandlung der Hyperurikämie ist

\*) Referat anlässlich des Ärztekongresses „Ernährungsbehandlung bei Stoffwechselkrankheiten“ des Kneipp-Bundes e. V. in Rottach-Egern

deshalb auch heute noch die Ernährungstherapie.

Eine Hyperurikämie bis 9 mg/100 ml und ohne klinische Komplikationen, also auch ohne den Verdacht auf eine Gichtniere, wird man zunächst nur mit Diät allein behandeln. Mit Diät allein ist eine Senkung des erhöhten Harnsäurespiegels um 1 mg/100 ml durchaus erreichbar. Bei Harnsäurewerten über 9 mg/100 ml liegt die Wahrscheinlichkeit eines Gichtanfalles bei 90 Prozent; in dieser Situation ist die zusätzliche Anwendung von Arzneimitteln indiziert, auch wenn sonst keine klinischen Komplikationen manifest sind. Unter einer wirksamen Behandlung der Hyperurikämie versteht man eine Senkung des Harnsäurespiegels auf Werte unter 6 mg/100 ml.

### Ernährungstherapie

Bei den derzeitigen Ernährungsgewohnheiten kann man nur einer gemäßigten Kostform eine reelle Chance auf Dauererfolg einräumen, da bei dem vielfältigen Nahrungsmittelangebot heute eine extreme Diät nicht eingehalten wird. Heute stützt sich die Ernährungstherapie der Hyperurikämie und Gicht im wesentlichen auf drei Grundsätze: Verbot von sehr purinreichen Nahrungsmitteln, Begrenzung der Alkoholfuhr und Normalisierung des Körpergewichtes. Diese letzte, allgemeine diätetische Maßnahme ist beim Übergewichtigen Hyperurikämiker doppelt nützlich: Sie beseitigt den indirekten Risikofaktor Übergewicht, der weitere Stoffwechselkrankheiten, wie Diabetes oder Hyperlipidämie, begünstigt, und senkt den Harnsäurespiegel.

Personen mit Übergewicht haben höhere Harnsäurespiegel, weil sie mehr essen und mit der Nahrung mehr Purinkörper aufnehmen. Als Faustregel kann gelten, daß je zehn Prozent Übergewicht der Harnsäurespiegel um 0,1 mg/100 ml steigt. Der Einfluß des Übergewichtes für sich auf den Harnsäurespiegel im Serum ist also nur gering. Bei Abmagerungskuren sollte durch die verminderte exogene Harnsäurezufuhr der Harnsäurespiegel im Blut absinken, die Ketoazidose des Hungernden hemmt jedoch die Harnsäureausscheidung durch die Niere, so daß es bei Fastenkuren zu einer Hyperurikämie kommen kann. Beim Über-

gewichtigen ohne Hyperurikämie genügt ein Urinvolumen von zwei Liter pro Tag als Gegenmaßnahme; bei Personen, die bereits vor der Fastenkur eine Hyperurikämie haben, sollte man Allopurinol verordnen.

Da nahezu alle Nahrungsmittel, die in Mitteleuropa verzehrt werden, Purinkörper enthalten, ist eine purinfreie Ernährung mit dem üblichen Nahrungsmittelangebot nicht durchführbar. Man bevorzugte deshalb früher in der Ernährungstherapie des Hyperurikämikers Nahrungsmittel, die pro Gewichtseinheit wenig Purinkörper enthielten, z.B. Gemüse anstelle von Fleisch. Unberücksichtigt blieb dabei, daß viele Nahrungsmittel mit geringem Purinkörpergehalt pro Gewichtseinheit auch einen geringen Energiegehalt haben. Eine ausreichende Kalorienzufuhr mit diesen Nahrungsmitteln erfordert daher erhöhte Mengen. Dadurch erreicht die Purinkörperzufuhr aber Werte, die denen bei sogenannten purinreicheren Nahrungsmitteln entsprechen.

### Harnsäuregehalt von Nahrungsmitteln

— s. Tabelle

Man empfiehlt deshalb heute dem Hyperurikämiker eine Ernährung, die weitgehend normal gestaltet ist.

Eine Fleischmahlzeit pro Tag ist erlaubt, allerdings sind purinreiche Innereien, wie Leber, Niere oder Kalbsbries, verboten. Es ist von großem Vorteil, den Eiweißbedarf des Patienten auch durch Milcheiweiß in den mannigfaltigen Milchprodukten, die auf dem Markt sind, und durch Ei-Eiweiß zu decken, da diese Eiweißquellen vollkommen purinfrei sind. Die Eiweißzufuhr sollte jedoch nicht über das normale Maß von etwa 12 bis 15 Prozent der Energie steigen, da auch eine erhöhte Zufuhr purinfreien Eiweißes zu einer vermehrten Harnsäuresynthese führt.

Alkohol hemmt durch sein Abbauprodukt Milchsäure die Harnsäureausscheidung der Niere und erhöht auf diese Weise den Harnsäurespiegel im Blut. Im Grunde liegt der gleiche Mechanismus wie bei der Azidose des Hungernden vor. „Fasten und Feste“ sind deshalb für den Hyperurikämiker in unserer Wohlstandsgesellschaft ein Risiko, denn der Anstieg des Harnsäurespiegels kann einen Gichtanfall auslösen. Es ist jedoch nicht notwendig, aus diesen Gründen dem Patienten mit Hyperurikämie den Alkohol vollständig zu verbieten. Wenn nicht andere Gründe (Leberschaden, Hypertriglyzeridämie u. a.) dagegen sprechen, kann man eine normale

	1 100 mg/100 g	910 mg/100 kcal
Kalbsbries	310 " "	260 " "
Milz	240 " "	185 " "
Leber	240 " "	200 " "
Niere	450 " "	280 " "
Anchovis	350 " "	150 " "
Ölsardinen	230 " "	160 " "
Sardellen	160 " "	120 " "
Hase	110 " "	100 " "
Spinet	70 " "	350 " "
Feldsalat	45 " "	225 " "
Spargel	30 " "	150 " "
Schweinefleisch	130 " "	40 " "
Rindfleisch	120 " "	60 " "
Kalbfleisch	125 " "	80 " "
Huhn	110 " "	80 " "
Blumenkohl	25 " "	80 " "
Bohnen (weiß)	130 " "	40 " "
Weißkraut	15 " "	50 " "
Wirsing	20 " "	50 " "
Tomaten	10 " "	30 " "
Roggenbrot	40 " "	15 " "
Kartoffeln	5 " "	5 " "
Teigwaren	0 " "	0 " "
Milchprodukte	0 " "	0 " "

Tabelle

Portion eines alkoholhaltigen Getränkes (1 Aperitif oder 1 Glas Bier oder 1 Glas Wein) zu den Hauptmahlzeiten gestatten. Die beste Prophylaxe gegen den Gichtanfall ist das Vermeiden von Exzessen.

Vorstellungen, die Kaffee und Tee als schädlich für den Gichtkranken einzustufen, gehören in den Bereich der Fabel, da Coffein als Methylxanthin nicht zur Harnsäure abgebaut wird.

Bei Gichtniere und Uratnephrolithiasis ist ein tägliches Urinvolumen von zwei Liter unerlässlich, wobei durch eine Flüssigkeitszufuhr vor dem Einschlafen für eine ausreichende Verdünnung auch des Nachturins gesorgt werden muß. Die Neutralisierung des Urins zur besseren Löslichkeit der Harnsäure erfolgt am besten mit Uralyt-U®.

### Diät bei Hyperurikämie und Gicht (3)

1. Nur *eine* Fleischmahlzeit am Tag – Innereien sind verboten – Milchprodukte als purinfreie Eiweißquellen
2. Alkohol nur in begrenzter Menge und nur zu den Hauptmahlzeiten
3. Übergewicht → Sollgewicht

Die Indikation einer Ernährungstherapie der Hyperurikämie und Gicht ist immer gegeben, wenn der Harnsäurespiegel den Wert von 7,0 mg/100 ml überschreitet. Sie muß auch beibehalten werden, wenn aufgrund bereits bestehender klinischer Komplikationen oder der Höhe des Harnsäurespiegels Arzneimittel notwendig werden. Auf eine kausale Behandlung durch Beseitigung des Manifestationsfaktors Fehlernährung sollte in keinem Stadium der Hyperurikämie und der Gicht verzichtet werden.

#### Literaturhinweise:

1. GRIEBSCH, A. und ZOLLNER, N.: Normalwerte der Plasmaharnsäure in Süddeutschland. Z. klin. Chem. klin. Biochem. 11, 348 (1973)
2. WOLFRAM, G.: Bewertung und Behandlung der Hyperurikämie. Med. Welt 24, 1969 (1973)
3. SCHLIERF, G. und G. WOLFRAM: Ernährungstherapie in der Praxis. Lehmanns Verlag, München, 1975.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Günther Wolfram, Oberarzt, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2

## Die Auswirkungen der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches auf die Ärzte, das nichtärztliche Hilfspersonal und die Krankenhausträger

von Günter Hirsch und Walther Weibauer

(Schluß)

### 4. Rechte und Pflichten des Krankenhausträgers

#### 4.1 Die derzeitige Situation

Keines der mit der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches zusammenhängenden Probleme erscheint in der Öffentlichkeit und im politischen Bereich so kontrovers wie die rechtliche Situation der Krankenhausträger. Gemeinde- und Kreisparlamente haben in einigen Fällen – überwiegend allerdings vor Inkrafttreten der Indikationenregelung, also noch abgestellt auf die Fristenregelung – durch Mehrheitsbeschlüsse die Durchführung von medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen in den kommunalen Krankenhäusern untersagt (104). Für die staatlichen Krankenhäuser eines Bundeslandes waren entsprechende Bestrebungen – wenn auch erfolglos – im Gange. In weitaus mehr Fällen haben öffentliche Krankenhäuser andere als medizinisch indizierte Eingriffe nicht in ihr Leistungsangebot aufgenommen, ohne daß entsprechende Beschlüsse der Träger vorliegen.

Konfessionelle Krankenhausträger, die etwa 35 Prozent sämtlicher Krankenhausbetten zur Verfügung stellen, lehnen derartige Eingriffe überwiegend ganz ab (105).

Die Situation stellt sich also derzeit so dar, daß zwar in bestimmten Regionen, insbesondere in den Großstädten, genügend – private oder öffentliche – Krankenhäuser zur Verfügung stehen, in denen Schwangerschaftsabbrüche in den gesetzlich anerkannten Indikationsfällen vorgenommen werden, daß jedoch weite Gebiete insoweit „unterversorgt“ sind. Dies führte dazu, daß ein Recht der öffentlichen Kranken-

hausträger, medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche zu untersagen, mit unterschiedlichen Begründungen bestritten wurde: Die Weigerungsklausel des Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG gelte für sie nicht, da es kein „kollektives“ Gewissen gebe. Die Entscheidung des Gesetzgebers für die Schwangerschaftsunterbrechung in bestimmten Fällen sei gerade für die öffentlichen Krankenhausträger verbindlich, ein Kommunalparlament sei kein Hilfsgesetzgeber und dürfe nicht die Entscheidung des Gesetzgebers boykottieren und unterlaufen. Die Bundestreue erfordere in diesen Fällen ein Eingreifen der staatlichen Aufsichtsbehörden. Schließlich sei durch die Einbeziehung des rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruches in den Katalog der kassenärztlichen Regelleistungen sowie durch das gesetzliche Gebot, Schwangerschaftsabbrüche nur in Krankenhäusern und hierfür zugelassenen Einrichtungen vorzunehmen (Art. 3 des 5. StrRG), eine Verpflichtung der öffentlichen Krankenhäuser entstanden, diese Leistungen auch anzubieten usw. (106).

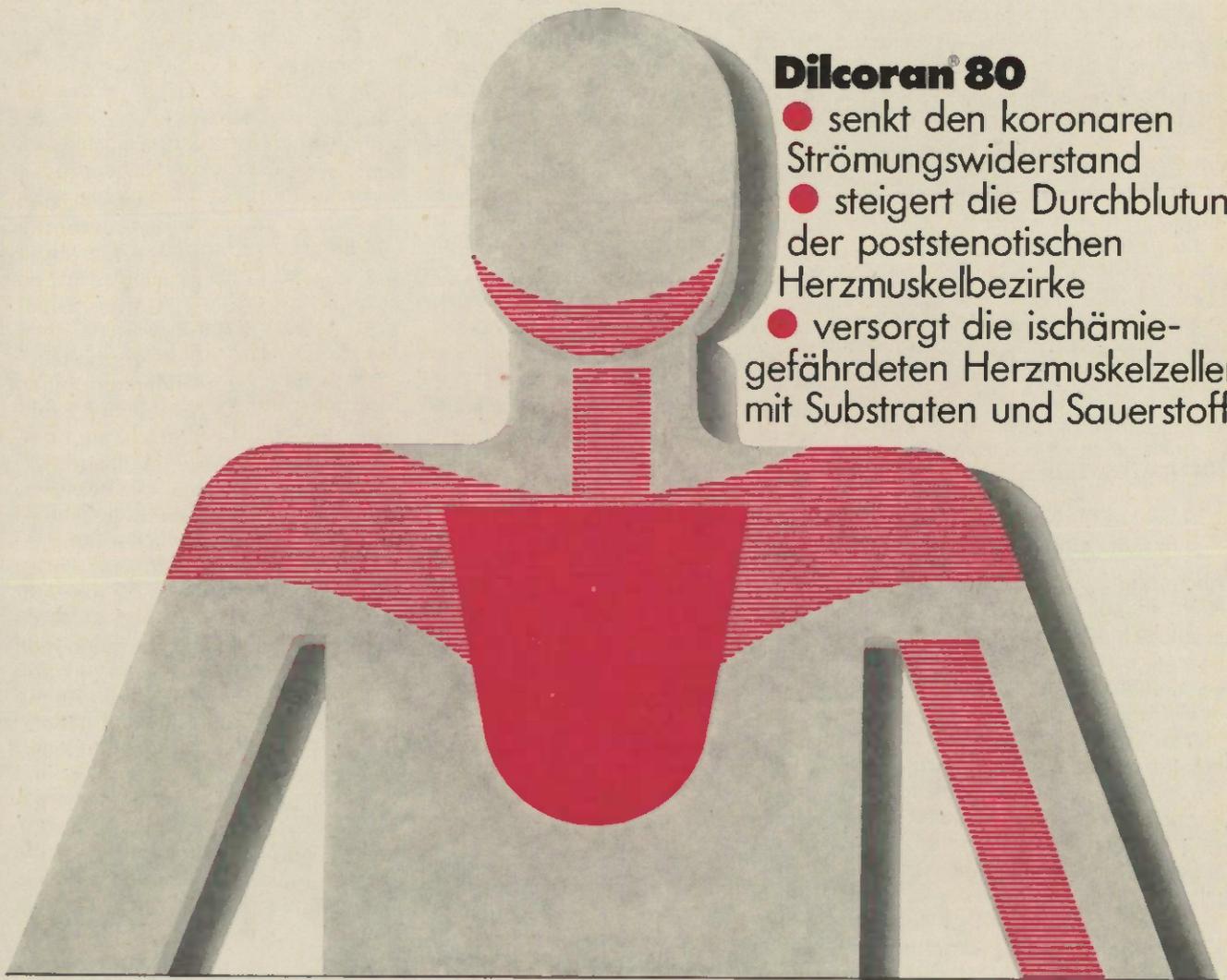
Bei den Überlegungen, ob ein Krankenhausträger verpflichtet ist, andere als medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche in das Leistungsangebot des Krankenhauses aufzunehmen, oder ob er berechtigt ist, derartige Eingriffe zu untersagen, wird in der Regel die Frage in den Mittelpunkt gestellt, ob diesem ein Mitwirkungsverweigerungsrecht nach Art. 2 des 5. StrRG zusteht. Dabei wird übersehen, daß sich diese Frage erst dann stellt, wenn zunächst eine Rechtspflicht zur Mitwirkung festgestellt wird. Außerdem wird häufig nicht klar unterschieden zwischen der Befugnis des Krankenhausträgers, über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu entscheiden, und seinem Entscheidungsspielraum.

# Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale verursachen pektanginöse Beschwerden.

## Dilcoran® 80

- senkt den koronaren Strömungswiderstand
- steigert die Durchblutung der poststenotischen Herzmuskelbezirke
- versorgt die ischämiegefährdeten Herzmuskelzellen mit Substraten und Sauerstoff



Das zuverlässige Langzeit-Nitrat

# Dilcoran® 80

nimmt Ihren Koronarpatienten die Angst vor dem neuen Tag

Zusammensetzung: Dilcoran 80: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN. Dilcoran 80 S: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN, 45 mg Phenobarbital. Indikationen: Koronare Durchblutungsstörungen jeder Genese. Dilcoran 80 S bei Angino pectoris mit psychischen oder nervösen Komponenten. Kontraindikationen: Kollapszustände und Schock, frischer Myokardinfarkt. Bei Dilcoran 80 S zusätzlich Porphyrie. Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Bei allen Nitrat-Verbindungen können Kopfschmerzen unterschiedlicher Dauer und Stärke auftreten. Bei der Therapie mit PETN sind diese jedoch außerordentlich selten; sie klingen bei Fortführung der Therapie von selbst ab. Besondere Hinweise: Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen von Dilcoran 80/80 S verstärken. Die Einnahme von Dilcoran 80 S kann infolge des sedierenden Effektes des Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung ist der Art und Schwere des Einzelfalles anzupassen. Näheres siehe wissenschaftlicher Prospekt bzw. Packungsprospekt. Handelsformen und Preise: Dilcoran 80: 50 Oblong-Tabletten DM 16,65 mit MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 31,20 mit MwSt., Anstaltspackung. **GÖDECKE** Dilcoran 80 S: 50 Oblong-Tabletten DM 18,40 mit MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 34,35 mit MwSt., Anstaltspackung.

## 4.2 Die privaten Krankenheusträger

Die Rechtslage ist bei den privaten und den öffentlichen Krankenheusträgern unterschiedlich. Als privater Krankenheusträger wird im folgenden jeder nichtstaatliche und nichtkommunale Träger verstanden (z. B. natürliche Person, Stiftung, religiöser Orden, Kirche, gemeinnützige Anstalt).

### 4.2.1 Freie Bestimmung des Leistungsangebotes

Ein privater Krankenheusträger kann völlig frei das Leistungsangebot bestimmen. Eine rechtliche Verpflichtung, bestimmte Krankenhausleistungen anzubieten, gibt es für ihn nicht. Es liegt allein in seinem Ermessen, welche Abteilungen er einrichtet, ob er ein allgemeines oder ein Fachkrankenhaus betreibt und ob er bestimmte ärztliche Eingriffe anbietet oder nicht. Er ist somit auch nicht verpflichtet, Schwangerschaftsabbrüche in das Leistungsangebot des Krankenhauses aufzunehmen (107).

Auch dann, wenn in einem privaten Krankenhaus die personellen und sachlichen Voraussetzungen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gegeben sind, der Krankenheusträger also keine aktive Entscheidung mehr zur Ermöglichung derartiger Eingriffe treffen müßte, hat er als Betriebsinhaber und Träger der Organisationsgewalt das Recht, sie zu untersagen. Dieses freie Bestimmungsrecht ist allenfalls dann eingeschränkt, wenn sich der Träger gegenüber den Ärzten vertraglich dahingehend gebunden hat, daß er diesen die Durchführung derartiger Eingriffe gestattet.

### 4.2.2 Kein Rückgriff auf die Freistellungsklausel

Da keine Verpflichtung des privaten Krankenheusträgers besteht, Schwangerschaftsabbrüche in sein Leistungsangebot aufzunehmen, bedarf es zur Begründung seines Weigerungsrechts keines Rückgriffes auf Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG. Auch dann, wenn der Krankenheusträger seine Entscheidung aus Gewissensgründen trifft, ist Rechtsgrundlage hierfür nicht die gesetzliche Freistellungsklausel, sondern seine Stellung als Träger der Einrichtung und das daraus fließende Organisations- und Direktionsrecht. Deshalb geht die von einer Vertreterin des Bundes-

ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit in den Ausschußberatungen vertretene Auffassung, in dem Fall, daß die Gewissensentscheidung des Trägers gegen Schwangerschaftsabbrüche mit der Gewissensentscheidung des Arztes, diese Eingriffe durchzuführen, zusammentreffe, könne der Gewissensentscheidung des Trägers kein Vorrang eingeräumt werden (108), an der Sache vorbei. Der Umstand, daß der Krankenheusträger einerseits und die Ärzte oder Pflegepersonen andererseits eine unterschiedliche Einstellung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen haben, ändert nichts an der alleinigen Entscheidungskompetenz des Krankenheusträgers über das Leistungsangebot des Krankenhauses. Ärzte und Pflegepersonal, die zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bereit sind, können ihren Willen dem Krankenheusträger nicht aufzwingen.

## 4.3 Die öffentlichen Krankenheusträger

Bevor die Frage zu erörtern ist, ob und inwieweit die öffentlichen Krankenheusträger in der Entscheidung über die Aufnahme von Schwangerschaftsabbrüchen in das Leistungsangebot frei sind, ist auf ihre Entscheidungskompetenz einzugehen.

### 4.3.1 Die Entscheidungskompetenz des Krankenheusträgers

Den öffentlichen Krankenheusträgern wird verschiedentlich die Befugnis abgesprochen, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in den Fällen zu untersagen, in denen derartige Eingriffe aufgrund der Bereitschaft des Krankenhauspersonals und der vorhandenen Einrichtungen ohne weitere vom Träger zu veranlassende Maßnahmen durchgeführt werden können. Zur Begründung wird angeführt, daß das bloße Dulden von Schwangerschaftsabbrüchen durch den Krankenheusträger keine Mitwirkung im Sinne von Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG sei (109).

Diese Auffassung verkennt, daß der Krankenheusträger als Betriebsinhaber und Träger der Organisationsgewalt dazu berufen ist, das Leistungsangebot des Hauses zu bestimmen. Er allein hat die Entscheidungskompetenz und damit auch die Entscheidungspflicht.

Auch dann, wenn das Krankenhauspersonal zur Durchführung bestimmter ärztlicher Maßnahmen bereit ist und die erforderlichen Einrichtungen vorhanden sind, führt dies nicht zu einem Verlust der Kompetenz des Trägers, über die Aufnahme dieser Leistungen in das Angebot des Krankenhauses zu entscheiden (110).

Der Krankenheusträger ist allerdings nicht verpflichtet, selbst expressis verbis über die Erweiterung des Leistungsangebotes auf Schwangerschaftsabbrüche zu entscheiden. Er kann diese Entscheidung den Ärzten überlassen und ihnen freistellen, ob sie derartige Eingriffe durchführen wollen. Eine Verpflichtung, die Entscheidung den Ärzten zu überlassen, besteht jedoch nicht, es sei denn, der Krankenheusträger ist entsprechende vertragliche oder beamtenrechtliche Bindungen eingegangen.

Fraglich könnte sein, ob der Krankenheusträger befugt ist, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hierzu bereiten nachgeordneten Ärzten zu übertragen, wenn der leitende Arzt die Mitwirkung an derartigen Eingriffen ablehnt. Dies wird (nur) dann zulässig sein, wenn dadurch der Gesamtbetrieb der Abteilung, die Versorgung der Patienten mit medizinisch indizierten Leistungen und der dem Chefarzt dienstvertraglich zustehende Aufgabenbereich nicht beeinträchtigt wird. Weiter muß die uneingeschränkte fachliche Qualifikation der in Frage kommenden Ärzte sichergestellt sein.

Die leitenden Ärzte sind gegen ihren Willen auch nicht zu einer Mitwirkung in Form der Anweisung und Überwachung der nachgeordneten Ärzte bei Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet, so daß diese Eingriffe außerhalb ihrer Gesamtverantwortung erbracht werden. Es wird daher die Aufgabe des Krankenheusträgers sein, die Qualifikation der nachgeordneten Ärzte, denen die selbständige und eigenverantwortliche Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen übertragen wird, zu prüfen und die organisatorische Verantwortung insoweit zu übernehmen.

Liegen diese Voraussetzungen vor, wird der Chefarzt, der die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrü-

chen für seine Person ablehnt, die Durchführung dieser Eingriffe durch seine nachgeordneten Ärzte nicht verbieten können (111).

#### 4.3.2 Umfang und Grenzen der Entscheidungsfreiheit des Krankenhausträgers

Die Feststellung, daß über die Erweiterung des Leistungsangebotes des Krankenhauses ausschließlich der Krankenhausträger zu entscheiden hat, wirft die Frage auf, ob der öffentliche Krankenhausträger bei dieser Entscheidung ebenso frei ist wie der private Träger.

##### 4.3.2.1 Der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Krankenhausträger

Eine der Aufgaben der Gemeinden und Landkreise im Bereich der sogenannten Daseinsvorsorge für die Bürger ist es, in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit die erforderlichen Krankenhäuser zu schaffen und zu unterhalten (vgl. etwa Art. 57 Abs. 1 BayGO, Art. 83 BV, Art. 51 Abs. 2, Abs. 3 Nr. 1 BayLKRÖ). Sie sind verpflichtet, die krankenhäusärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Diese Verpflichtung wird dann akut, wenn ein Mangel in der krankenhäusärztlichen Versorgung besteht. Wird diese etwa in allen oder einigen Bereichen durch private Krankenhäuser ausreichend sichergestellt, so braucht die kommunale Selbstverwaltungskörperschaft insoweit keine Einrichtungen zu schaffen.

Im Rahmen seiner gesetzlichen Verpflichtung ist der öffentliche Krankenhausträger grundsätzlich frei in der organisatorischen Ausgestaltung und Aufgabenzuweisung. Er kann (und muß) innerhalb der durch den Sicherstellungsauftrag gezogenen Grenzen bestimmen, welche Abteilungen eingerichtet werden, wie die Abteilungen personell und sachlich ausgestattet werden und welche medizinischen Leistungen angeboten werden.

##### 4.3.2.2 Die Grenzen des Sicherstellungsauftrages

Ob im Einzelfall aus dem Sicherstellungsauftrag die Verpflichtung erwächst, eine gynäkologische Abteilung einzurichten und so auszustatten, daß medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden können, kann dahingestellt bleiben. Eine Verpflichtung, bestimmte Leistungen anzubieten,

kann jedenfalls nur insoweit bestehen, als es sich um *medizinisch indizierte* Leistungen handelt. Denn die Kommunen haben lediglich die Verpflichtung, den Bürgern bei Bedarf all die krankenhäusärztlichen Leistungen anzubieten, die unter die *allgemeine Zweckbestimmung der Krankenhäuser* fallen. Seiner Zweckbestimmung nach hat jedoch ein Krankenhaus allein die Aufgabe, durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern, Geburtshilfe zu leisten und die zu versorgenden Personen unterzubringen und zu verpflegen (vgl. die Definition des Krankenhauses in § 2 Nr. 1 KHG und in § 2 Nr. 1 BPfIV). Medizinisch nicht indizierte Eingriffe werden von dieser Zweckbestimmung nicht umfaßt. Sie können zwar angeboten werden, der Krankenhausträger ist jedoch völlig frei in seiner Entscheidung hierüber. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn die Durchführung derartiger Aufgaben durch Gesetz wirksam zur Aufgabe der öffentlichen Krankenhäuser gemacht wird.

Die Schwangerschaft ist keine Krankheit, ihre Beseitigung ist daher grundsätzlich kein Heileingriff im Sinne der Zweckbestimmung der Krankenhäuser. Auch dann, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage nach § 218 a Abs. 2 Nr. 3 abzuwenden, oder wenn eine eugenische oder ethische Indikation nach § 218 c Abs. 2 Nr. 1, 2 StGB vorliegt, ohne daß zugleich die Voraussetzungen einer medizinischen Indikation gegeben sind, fällt der Eingriff nicht unter die von den öffentlichen Krankenhausträgern sicherzustellende krankenhäusärztliche Versorgung. Ob dies bei der *medizinisch-sozialen Indikation* nach § 218 a Abs. 1 StGB in vollem Umfang der Fall ist, oder ob nicht vielmehr nur die strenge medizinische Indikation im Sinne von Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG von der allgemeinen Zweckbestimmung der Krankenhäuser erfaßt wird, erscheint noch ungeklärt (112). Vertritt man die Auffassung, daß mit der Entwicklung zum *medizinisch-sozialen Krankheitsbegriff* im Sinne von § 218 a Abs. 1 StGB auch die Zweckbestimmung der Krankenhäuser eine entsprechende Erweiterung erfahren hat, so wird der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Krankenhäuser auch die *medizinisch-sozial indizier-*

ten Schwangerschaftsabbrüche erfassen.

##### 4.3.2.3 Das Fehlen sonstiger Verpflichtungsgrundlagen

Der Gesetzgeber hat sich damit begnügt, im Strafgesetzbuch unter bestimmten Voraussetzungen Schwangerschaftsabbrüche für zulässig zu erklären. Eine Verpflichtung für die Krankenhausträger, derartige Eingriffe in ihr Leistungsangebot aufzunehmen, hat er, obwohl das Problem bekannt war, nicht normiert. Im Gegensatz dazu wurden durch § 1 Nr. 10 des StrEG (§ 368 n Abs. 6 RVO) die kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu schließen. Ob eine gesetzliche Pflicht des öffentlichen Krankenhauses, auch medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche bei Bedarf durchzuführen, überhaupt hätte begründet werden können, kann dahingestellt werden, da dies nicht geschehen ist (113).

Auch die Einbeziehung des rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruches in den Katalog der kassenärztlichen Regelleistungen begründet keinen Anspruch der Frau auf Durchführung eines solchen Eingriffes in einem öffentlichen Krankenhaus, sondern lediglich einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Leistung im Falle eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruches. Eine Verpflichtung des öffentlichen Krankenhausträgers, sämtliche kassenärztlichen Regelleistungen anzubieten, besteht von Gesetzes wegen nicht. Nur soweit sich die Regelleistungen mit den Leistungen decken, die den Krankenhäusern nach ihrer Zweckbestimmung obliegen, muß sie das öffentliche Krankenhaus bei Bedarf anbieten. Medizinisch nicht indizierte Eingriffe fallen hierunter jedoch nicht.

##### 4.3.3 Die Berufung auf das gesetzliche Weigerungsrecht

Nach der hier vertretenen Auffassung besteht unter keinem Gesichtspunkt eine Verpflichtung des öffentlichen Krankenhausträgers, medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche in sein Leistungsangebot aufzunehmen. Tut er dies nicht, so bedarf es zur Rechtfertigung dieser

Entscheidung nicht des Rückgriffes auf das in Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG enthaltene Weigerungsrecht (114).

Bejaht man dagegen eine entsprechende Leistungspflicht der öffentlichen Krankenhäuser, so stellt sich die Frage, ob sich deren Rechtsträger auf das Mitwirkungsverweigerungsrecht aus Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG berufen können. Dies ist heftig umstritten.

Das Problem kann nicht mit dem Hinweis gelöst werden, eine juristische Person könne keine Gewissensentscheidung treffen. Denn zum einen stellt Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG nicht auf eine Ablehnung aus Gewissensgründen ab, zum anderen stehen hinter der juristischen Person natürliche Personen, die mit ihrer Entscheidung über die Einbeziehung von Schwangerschaftsabbrüchen in das Leistungsangebot des Krankenhauses an derartigen Eingriffen mitwirken. Dabei wird man – wie erörtert (4.3.1) – nicht unterscheiden können zwischen dem Fall, daß aufgrund der vorhandenen Einrichtungen und der Bereitschaft des Krankenhauspersonals Schwangerschaftsabbrüche ohne weitere Vorkehrungen des Krankenhausträgers durchgeführt werden können, und dem Fall, daß die personellen und sachlichen Voraussetzungen erst geschaffen werden müssen (115). In beiden Fällen stellt die Entscheidung des Krankenhausträgers über die Einbeziehung derartiger Eingriffe in das Leistungsangebot des Krankenhauses ein Mitwirken im Sinne von Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG dar.

Die Mitglieder des Entscheidungsgremiums können sich daher – ungeachtet ihrer Gründe und Motive – auf das gesetzliche Weigerungsrecht berufen. Sie können aus Gewissensgründen eine Aufnahme von medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen in das Leistungsangebot ablehnen oder der anderweitigen Nutzung etwaiger freier

Kapazitäten aus Zweckmäßigkeitsgründen den Vorzug geben. Die Gefahr einer Störung des Betriebsfriedens im Krankenhaus kann bei der Entscheidung ebenso eine Rolle spielen wie etwa die Rücksichtnahme auf die religiöse Grundeinstellung einer Mehrheit der Bevölkerung.

Die Auffassung, daß auch die freie Entscheidung der Krankenhausträger durch Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG geschützt und durch die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches nicht beeinträchtigt werden sollte, wurde auch im Gesetzgebungsverfahren wiederholt betont. Die Bundesministerin für Familie, Jugend und Gesundheit erklärte bei der zweiten Lesung des 5. StrRG:

„Die Ärzte werden durch kein Gesetz gezwungen, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Ihre freie Entscheidung wie die aller Mitwirkenden – und auch der Krankenhausträger – ist gesetzlich garantiert“ (116).

Der Vorsitzende des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform führte in der 76. Sitzung aus:

„Art. 2 ist so ausgestaltet, daß für die Weigerung, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, in keinem Fall auch nur ein Motiv angegeben zu werden braucht. Entsprechendes gilt für die Träger von Krankenhäusern und Kliniken. Sie sollen grundsätzlich nicht gezwungen werden können, Patientinnen zum Zweck des Schwangerschaftsabbruches aufzunehmen...“

Dabei sei der Ausschluß davon ausgegangen – dies sei vom Bundesrat und vom Bundesverfassungsgericht auf Dauer bestätigt worden –, daß die Formulierung ‚mitwirken‘ auch die Krankenhäuser erfasse ...

Eine Krankenhausleitung wirke am Schwangerschaftsabbruch mit, wenn sie zulasse, daß der Abbruch in ihrer Anstalt vorgenommen werde“ (117).

#### Anmerkungen

104. Teilweise wurden neben der medizinischen Indikation auch die ethische und eugenische Indikation von dem Verbot ausgenommen.

105. Vgl. Nr. 4 der Empfehlungen der Dtsch. Epischöfekonferenz vom 7. 5. 1978 für Ärzte und medizinische Fachkräfte in Krankenhäusern nach der Änderung des § 218 StGB; für die Träger evangelischer Krankenhäuser enthält die Empfehlung des Rates der EKD vom 21. 8. 1976 weniger strenge Richtlinien; vgl. **Beur.**, Arzt und Krankenhaus, 11/1976, S. 28 ff.; **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 321 ff.

106. Vgl. **Eschenburg**, Aufstand gegen die Abtreibung. In: Die Zeit vom 14. 8. 1974; der Parl. Staatssekretär **de With** nannte diese Beschlüsse in einer Fragestunde des Bundestages bedauerlich, ohne ihre Rechtmäßigkeit abschließend zu beurteilen (109. Sitzung des BT, Stenogr. Bericht, S. 7382).

107. Unbestritten, vgl. **Meler**, NJW 1974, S. 1407.

108. Vgl. Prot. der 25. Sitzung, S. 1486.

109. Vgl. **Meler**, NJW 1974, S. 1409.

110. Vgl. **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 321; e. A. offensichtlich **Hess**, DA 1974, S. 2405.

111. So auch **Hess**, DA 1974, 2401/2405; **Meler**, WD, Prot. der 25. Sitzung, S. 1519; **Hollmann** dagegen hält ein solches Verbot aufgrund der Weisungsbeugnis des Chefarztes für zulässig (Dtsch. Med. Wschr., 1975, 65/67).

112. **Laufhütte/Wilkitzki** weisen zu Recht darauf hin, daß die medizinisch-soziale Indikation über den Begriff der „Krankheit“ hinausgeht (JZ 1976, S. 332).

113. Im Gegensatz dazu ist in § 6 Abs. 3 des österreichischen Krankenanstaltengesetzes (BGBl. 1957/1 i. d. F. BGBl. 1974/281) geregelt, daß die den Inneren Betrieb der Krankenanstalt regelnde Anstaltsordnung keine Bestimmungen enthalten darf, die die Durchführung eines strahllosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten; in Bayern legte die SPD-Fraktion einen Gesetzentwurf mit entsprechenden Bestimmungen vor (LT-Drucks. 8/3927).

114. Ist man der Auffassung, daß der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Krankenhaus-träger auch Eingriffe bei medizinisch-sozialer Indikation nach § 218 a Abs. 1 StGB umfaßt (vgl. 4.3.2.2), so gewinnt das gesetzliche Weigerungsrecht für die Fälle Bedeutung, bei denen keine medizinische Indikation im strengen Sinne des Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG vorliegt.

115. So **Meler**, NJW 1974, S. 1408/1409.

116. Stenographischer Bericht über die 95. Sitzung des BT, S. 6403 D.

117. Prot. der 78. Sitzung des Sonderausschusses, S. 2437; für diese Auffassung spricht auch, daß Bestrebungen, dem bloßen Überlassen (z. B. Vermieten) eines Gebäudes zum Betrieb eines Krankenhauses das Recht, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu untersagen – soweit er sich nicht zur Duldung verpflichtet hat –, gesetzlich einzuräumen, im Rechtsausschuß des BR nur deshalb nicht weiter verfolgt wurden, weil nach Auffassung der Mehrheit und der Vertreter der BRG dieses Recht bereits aus Art. 2 des 5. StrRG folge (Niederschrift über die 407. Sitzung des RA des BR, S. 30; vgl. **Meler**, NJW 1974, S. 1405).

Anschrift der Verfasser:

Dr. jur. Günter Hirsch, Wallensteinstraße 23, 8900 Augsburg, und Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walther Weibauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising



## RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor: nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g-Tinct. Convall. 0,8g, -Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g. O.P. 30g DM 5,65

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

# Strophanthin macht seinen Weg



**NEUE  
DARREICHUNGS-  
FORM**

## **Strodival®** perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

**Zusammensetzung:** Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrioventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger v. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung; Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der

## **Strodival® mr** magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herzwirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

**Sofortbehandlung:** Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich 1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,05 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 16,10 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 54,50 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,45 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 17,20 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 58,25 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

**A. HERBERT KG, Wiesbaden**

## Gedanken zur Freiheit kassenärztlichen Ermessens

von H. Hege

Die Frage einer nach Quantität und Qualität ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung war im Mittelalter kein Thema von sozialer Brisanz. Der Grund dafür ist einfach. Das Können der Ärzte genoß bei der breiten Masse der Bevölkerung kein allzu großes Zutrauen und der Drang zum Arzt galt eher als Spleen reicher Leute, denn als zuverlässiger Weg zur Hilfe.

Mit der Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin änderte sich das im Maße der erreichten Fortschritte, bis schließlich die ärztliche Leistung für so aussichtsreich in ihrer Erfolgchance galt, daß ihre Gewährung als Teil der Menschenrechte empfunden wurde. Mit der Einführung der sozialen Krankenversicherung unter Bismarck wurde auch eine Konsequenz aus diesem Geltungswandel der ärztlichen Leistung gezogen und zugleich die Konsequenz aus der Einsicht, daß es den Ärzten nicht möglich war, den ausreichenden Ausgleich zwischen arm und reich allein aus eigener Initiative zu leisten.

Der solchermaßen Ende des 19. Jahrhunderts an die ärmeren Schichten staatlich verordnete Zwang, einen Teil ihres Lohnes der finanziellen Vorsorge für Krankheit zuzuführen, entlastete das soziale Gewissen aller Betroffenen.

Die damit begründete Zweiklassenmedizin war zunächst einmal ein sozialer Fortschritt, denn sie sicherte denen ärztliche Hilfe, die zuvor auf sie nur dank der Opferbereitschaft und Barmherzigkeit eines Arztes hoffen konnten, den es im Notfall erst zu finden galt.

Zweiklassenmedizin bedeutete schon damals — zumindest im Sinne der Institution — nicht zweierlei Qualität der ärztlichen Leistung. Was lege artis notwendig war, sollte jedem ohne Ansehen der Person zukommen — und das deckte sich mit dem Selbstverständnis der Medizin

als einer mit Kunst angewandten Wissenschaft. Der Zweiklassencharakter bestand nur eben darin, daß bei einer Klasse von Patienten die Beschränkung auf das „unbedingt Notwendige“ die Leitlinie ärztlicher Pflicht war und sein durfte, wobei damals ökonomische Grenzen im Vordergrund stehen sollten. Da der Begriff des Notwendigen in diesem System restriktiv angelegt war, andererseits aber die Möglichkeiten und Kosten der Medizin mit zunehmendem Wissen stiegen, mußte sich eine zunehmende Diskrepanz zwischen dem nach ärztlichen Ermessen Notwendigen und der wirtschaftlichen Leistungskraft der Sozialversicherung entwickeln.

Der Versuch, diese beiden auseinanderstrebenden Größen in Einklang zu bringen, indem man Schlüsselzahlen einführte, schob das Problem nur auf.

Mit diesen Schlüsselzahlen, die festsetzten, auf wieviel Versicherte ein Arzt kommen dürfe, wurde versucht, die ärztliche Leistung unter dem Gesichtspunkt des wirtschaftlichen Vermögens der Sozialversicherung sozusagen zu rationieren. Das war unter den Bedingungen des Wiederaufbaues nach dem zweiten Weltkrieg, wo ja auch vieles andere rationiert werden mußte, eine Weile erträglich. Not lehrt, manches hinzunehmen. Mit zunehmendem Wohlstand aber wurde diese Situation immer unhaltbarer, und zwar für alle Beteiligten. Die Versicherten und ihre institutionellen Vertreter wünschten eine volle, nicht eine auf das Nötigste eingeschränkte ärztliche Versorgung; die Ärzte wünschten in zunehmendem Maße Befreiung ihres pflichtgemäß ärztlich bestimmten Handelns von wirtschaftlichen Rücksichten.

Und so fielen dann innerhalb weniger Jahre die beiden Säulen, auf denen die „Rationierung“ der ärztlichen Leistung ruhte. 1961/62 kam die Beschränkung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zu

Fall, und ab 1967 löste die Einzel Leistungsvergütung die Pauschalvergütung zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ab.

Von da ab drang in der Praxis rasch die Ansicht vor, daß der Begriff der Notwendigkeit allein auf die „Regeln der ärztlichen Kunst“ bei der Behandlung von Krankheiten zu beziehen war und weder offen noch verborgen auf irgendeinen Begriff von „Not“.

Die Befreiung der Patienten wie der Ärzte von der als wesensfremd empfundenen Bevormundung durch Rücksichten auf das Budget der Sozialversicherungsträger hatte freilich zur Voraussetzung, daß die Sozialversicherungsbeiträge dem Leistungsbedarf angepaßt werden durften, und nicht umgekehrt die Leistung nach Maßgabe der vorhandenen Mittel begrenzt wurde. Sie hatte eine weitere Folge: Das Selbstverständnis der Sozialversicherungsträger wandelte sich. Hatten sie bisher den Ärzten gegenüber wenig Selbstbewußtsein entwickeln können, da sie ja nicht einmal die amtlichen Tarifsätze erstatten konnten, also immer noch eine Art Armenrecht in Anspruch nehmen mußten, so traten sie jetzt als Vertragspartner auf, die voll bezahlten, was sie an ärztlicher Leistung verlangten. Hatten sie es bisher hinnehmen müssen, daß die Ärzte einen strengen Maßstab bei der Bestimmung des Notwendigen anlegten, so waren sie nun in die Lage versetzt, den Anspruch auf die Umfänglichkeit ärztlicher Versorgung in Richtung auf ein Optimum zu steigern.

Wenn die Krankenkassen heute in wesentlichem Maße beanspruchen, die vertragsgerechte Erbringung ärztlicher Leistung mitzukontrollieren, so darf man nicht vergessen, daß der Keim zu dieser Entwicklung vor fünfzehn Jahren gelegt wurde, nämlich zu dem Zeitpunkt, von dem an sie ihren Versicherten gegenüber die Höhe der Beitragssätze nicht

mehr mit dem Ergebnis der Verhandlungen über Pauschalhonorare zu rechtfertigen hatten, sondern mit finanziellen Forderungen der Ärzte, in denen ein vertraglich nicht quantitativ fixierter Faktor enthalten war. Dieser Faktor war der Leistungsbedarf.

Es lag im Wesen dieser Entwicklung, daß die Krankenkassen ihre Aufmerksamkeit nicht nur darauf richteten, sparsam zu wirtschaften, sondern zunehmend auch darauf, daß der Umfang der ärztlichen Leistung sich der Entwicklung der Medizin und den steigenden Ansprüchen der Versicherten anpaße.

Man braucht diese Entwicklungsphase der Sozialversicherung nicht zu bedauern, denn sie war notwendig. Aber sie stellt uns jetzt vor Probleme, die zwar nicht neu sind, aber neue Lösungsansätze fordern. Lösungen, die den Leistungsumfang der Sozialversicherung erneut unter das zwingende Diktat der wirtschaftlichen Möglichkeit stellen, sind so oder so unausweichlich.

Das ist nicht nur für die Ärzte schmerzlich, sondern auch für die Träger der Sozialversicherung bzw. diejenigen, die deren finanzielle Orientierungsdaten zu setzen haben. Denn auch sie müssen von der Vorstellung Abschied nehmen, die Sozialversicherung könne alles bezahlen, was medizinisch „machbar“ sei, ja auch nur alles, was im Sinne der wissenschaftlichen Medizin „sinnvoll“ erscheint.

Der Begriff der Notwendigkeit muß in der kassenärztlichen Versorgung wieder eine eigenständige Bedeutung gewinnen. Er kann nicht länger „mit den Regeln der ärztlichen Kunst“ schlechthin definiert werden. Denn diese Regeln entstammen, soweit sie sich überhaupt konkretisieren lassen, aus der „wissenschaftlichen“ Medizin. Ihnen liegt das Bestreben zugrunde, jede diagnostische Irrtumsmöglichkeit, jedes therapeutische Fehlerrisiko und jede diagnostische Unklarheit so weitgehend auszuschalten, als das Rüstzeug der Wissenschaft dies überhaupt erlaubt.

Bis vor wenigen Jahren schien es, daß sich dies bei den zehn Prozent Krankenhaus-Patienten volkswirtschaftlich verkraften ließe. Angesichts der Kostensteigerung im

Krankenhauswesen ist sogar dies heute nicht mehr sicher. Bei den neunzig Prozent ambulanten Patienten war es schon immer unbezahlbar.

Die praktische Medizin hat hier schon immer andere Regeln entwickelt, ohne sie freilich ausdrücklich zu benennen. Erst in jüngster Zeit hat sich die Forschung dieses Phänomens angenommen und begonnen, es zu durchleuchten. Sie trifft dabei auf eine in Veränderung begriffene praktische Medizin. Das Prinzip dieser Veränderung läßt sich beschreiben als eine zunehmende Annäherung an die Methodik der wissenschaftlichen Medizin. Die Ursachen dafür sind mannigfaltig. Aber ermöglicht wurde diese Entwicklung durch die vorausgegangene Periode wirtschaftlicher Prosperität und ihre oben erwähnten Folgen: Befreiung des praktisch tätigen Arztes von dem Zwang, bei der Beurteilung des Notwendigen einen strengen restriktiven Maßstab anzulegen und die mit dem Einverständnis der Krankenversicherungsträger erfolgte Ausdeutung des Begriffes der Behandlungsbedürftigkeit im rein wissenschaftlichen Sinne. Die Kräfte, welche diese Entwicklung vorangetrieben haben, sind weiterhin wirksam. Sie werden den Leistungsumfang der praktischen Medizin weiterhin vermehren, solange eine wirksame Gegensteuerung nicht an den wahren Ursachen ansetzt.

Wir stehen im kommenden Jahr vor der Frage, ob die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten wieder die Form annehmen sollen, die sie einmal hatten, oder ob das Zusammenwachsen in partnerschaftlicher Verantwortung fortgesetzt werden kann. Für die Ärzteschaft heißt das freilich, ebenso wie für die Krankenkassen, die je eigene Rolle im Zusammenwirken neu zu überdenken.

Die vergangenen zehn Jahre waren für beide Seiten – und nicht etwa nur für die Ärzte – eine Zeit stürmischer Fortentwicklung. Die Lockerung finanzieller und beruflicher Fesseln hat es den Ärzten ermöglicht, in einer kaum für möglich gehaltenen Breite die Masse der Sozialversicherten am Fortschritt der modernen Medizin teilhaben zu lassen. Sie hat den Trägern der Sozialversicherung eine ebenso unerwartete Ausweitung ihrer Aufgaben

und finanziellen Leistungsfähigkeit, einen unglaublichen Ausbau ihres Verwaltungsapparates und ein Herauswachsen aus einem ursprünglich recht beschränkten Verantwortungsbereich beschert. Beide Partner müssen einsehen, daß diese Zeit als eine zwar fruchtbare, aber zeitlich begrenzte Periode gelten muß. Probleme, die in der Zeit ständiger Expansion des nationalen Wohlstandes unsichtbar geworden waren, stellen sich von Neuem und müssen wieder ernst genommen werden. Wer auch nur ein einigermaßen zutreffendes Urteil über die volkswirtschaftlichen Größenordnungen hat, um die es sich handelt, der kann im Kampf gegen schlechthin überflüssige Leistungen des Gesundheitswesens nur einen höchst kurzatmigen taktischen Ausweg, aber keine dauerhafte Problembewältigung sehen.

Was in den letzten Jahren als selbstverständlich galt, entpuppt sich als zu schön, um wahr zu sein. Die Gewährung ärztlicher Leistungen kann auf die Dauer nicht auf das an den Regeln ärztlicher Kunst orientierte Ermessen des Arztes *allein* abgestellt werden. Dieses Ermessen *bedarf verbindlicher*, aus der beschränkten Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft abgeleiteter Einschränkungen, die die medizinische Wissenschaft von sich aus nicht verordnen kann, weil sie eben nicht aus ihr stammen.

Der Versuch, durch Preisdruck eine Entwicklung aufzuhalten, die entweder die Volkswirtschaft überfordern oder zu einer Industrialisierung der

## 30. Bayerischer Ärztetag

vom

7. bis 9. Oktober 1977

in München

Medizin und damit letzten Endes zu ihrer Vergesellschaftung führen muß, ist — sozialpsychologisch gesehen — nicht durchzuhalten, denn er beruht auf einer bewußten Unwahrheit. Die Behauptung, das kassenärztliche Ermessen sei nur den Regeln der Kunst und den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Medizin unterworfen und ansonsten frei, oder anders ausgedrückt: Dem Kassen-Patienten würden nur medizinisch sinnlose Leistungen vorenthalten, wird unwahr, wenn die ärztliche Leistung ihrem Umfange nach durch wirtschaftliche Richtdaten begrenzt wird. Sie ist zynisch, wenn damit ausgedrückt werden soll, es sei dem Arzt nicht verwehrt und gegebenenfalls sogar seine Pflicht, umsonst zu leisten.

Eine Situation, in welcher der Arzt die Erwartung des Patienten möglicherweise nicht erfüllen kann, ihm andererseits aber dies verheimlichen muß, während die Leistungsträger so tun, als wüßten sie nichts davon, enthält zu viel Sprengstoff in sich, als daß sie dauern könnte.

Der Weg der Wahrheit kann nur heißen: Begründetes, an den Regeln der ärztlichen Kunst orientiertes ärztliches Ermessen ist nicht gleichsam von Natur aus *identisch* mit jenem ärztlichen Ermessen, nach welchem der Kassenarzt die Notwendigkeit kassenärztlicher Leistungen entscheiden muß.

Das erstere enthält keine Beziehung auf wirtschaftliche Daten und schließt lediglich nutzlose Leistungen aus. Das Ermessen des Kassenarztes dagegen kann sich nur innerhalb derjenigen Grenzen bewegen, welche in Gestalt der verfügbaren Mittel außerhalb der ärztlichen Zuständigkeit liegen. Ärztliches und kassenärztliches Ermessen sind nur solange *identisch*, als von der kassenärztlichen Leistungspflicht ausschließlich diejenigen Leistungen ausgenommen sind, die entweder *wirkungslos* oder in *jedem* ärztlichen Sinne *nutzlos* sind. Daß ein derartig weit gefaßter kassenärztlicher Leistungsumfang nicht mehr bezahlbar ist, ist eine jener bitteren Wahrheiten, denen wir uns jetzt alle zu stellen haben.

Den Kassenarzt zu zwingen, diese Tatsache zu verschweigen, heißt, ihn unter unerträglichen Gewissenszwang zu stellen. Dem Kassen-Pa-

tienten das Recht zu nehmen, sich auf eigene Kosten ärztliche Leistungen zu verschaffen, welche die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht übernehmen kann, heißt, ihn eines wesentlichen Freiheitsrechtes zu berauben. Gewiß hätte sich diese Stunde der Wahrheit durch eine weniger expansive Sozialpolitik um einige Jahre hinausschieben lassen. Aber alle Bemühungen, in letzter Minute einen Teil dieser möglichen Aufschieber zurückzugewinnen, sollten und dürfen nicht dazu verführen, das nun allzu deutlich gewordene Kernproblem zu verdrängen.

Wir müssen uns darüber klar werden, daß wir alle im vergangenen Jahrzehnt eine stillschweigende Voraussetzung gemacht haben, die objektiv falsch ist und letzten Endes auf eine Utopie hinausläuft.

Diese Voraussetzung heißt, das Gesundheitswesen bleibe unter der Bedingung bezahlbar, die ärztlichen Leistungen würden nur nach den Regeln der Kunst und der medizinischen Wissenschaft gewährt. Die Ärzte haben dieser These bisher nicht mit genügender Deutlichkeit widersprochen. Sie haben die Fiktion nicht nur geduldet, sondern gelegentlich unterstützt, es lasse sich der Bereich ärztlicher Handlungen ohne Rest teilen in „überflüssig“ und „notwendig“, ohne daß man dazu außermedizinischer Kriterien bedürfe.

Widerspruch erschien auch nicht erforderlich, solange das kassenärztliche Honorar sich nach dem vertragsgemäß geprüften Leistungsbedarf richtete.

Wenn aber, wie es sich deutlich genug für die Zukunft abzeichnet, die Leistungsgewährung nach den für sie festgesetzten Mitteln sich zu bemessen hat, dann rechtfertigt sich solche Beschränkung des Leistungsumfanges nicht allein mehr aus ärztlichem Ermessen. Man kann — gerade im gegenwärtigen Augenblick — mit gutem Grund bezweifeln, daß eine Fixierung der Leistungen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung an volkswirtschaftliche Richtgrößen vernünftig sei. Aber wenn es geschieht, so ist damit zugleich festgestellt, daß das kassenärztliche Ermessen einer Rücksicht unterworfen wird, die außerärztlichen Ursprungs ist.

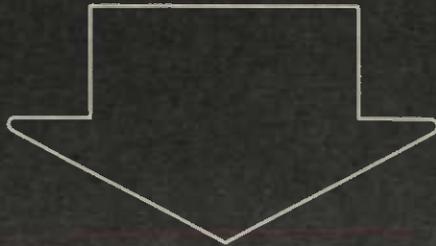
Das bedeutet ohne Zweifel eine Einschränkung der ärztlichen Ermessensfreiheit. Aber bei nüchterner Betrachtung besteht eigentlich kein Anlaß, eine derartige Freiheitsbeschränkung prinzipiell zurückzuweisen, vorausgesetzt, sie geschieht offen und den Kassenärzten wird nicht zugemutet, die Ursache solcher Beschränkung dem Patienten gegenüber zu verheimlichen. In diesem Fall müssen wir Kassenärzte vor Kenntnis nehmen und der Öffentlichkeit zur Kenntnis bringen, daß das klassische Zeitalter *der Sozialversicherung* beendet ist: Jenes Zeitalter, in welchem die Freiheit ärztlichen Ermessens mit der Freiheit kassenärztlichen Ermessens praktisch gleichgesetzt werden konnte.

Das heißt keineswegs, daß die Kassenärzte sich deshalb grollend in den Schmollwinkel zurückziehen müssen. Niemand kann grundsätzlich bezweifeln, daß der ärztliche Leistungsumfang durch die wirtschaftlichen Möglichkeiten begrenzt wird. Wenn den Ärzten sozusagen von außen derartige verbindliche Grenzen gesetzt werden, dann können sie Leistungseinschränkungen zur Folge haben. Die medizinische Wissenschaft und der ärztliche Sachverstand können, ja müssen zur Festsetzung derartiger Leistungseinschränkungen konsultiert werden, damit mit den vorhandenen Mitteln ein möglichst großer Nutzen für möglichst viele Patienten erreicht werden kann. Ein Teil dieser sachverständigen Beratung wird darin bestehen müssen, statistische Aussagen darüber zu machen, mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit und in welchem Umfang der einzelne Patient durch eine bestimmte konkrete Beschränkung der ärztlichen Leistung Schaden oder Nachteile erleidet.

Der hier sichtbar gewordene Unterschied zwischen ärztlichem und kassenärztlichem Ermessen betrifft nicht den Begriff der Wirtschaftlichkeit, sondern den Begriff der Notwendigkeit. Und nicht das ärztliche Ermessen selbst — das immer nur eines sein kann —, sondern die Freiheit seines Gebrauches.

Im Grunde entsteht der hier gemeinte Unterschied — der übrigens keineswegs allein nur eine Einschränkung bedeuten muß — zwischen der Freiheit des ärztlichen und der Freiheit des kassenärztlichen Er-

# Einfache Dosierung



Bei bakteriellen  
Infektionen

# Eusaprim® forte



Standard-Dosierung

## 2 x 1 Tablette täglich

Eusaprim

Eusaprim  
forte

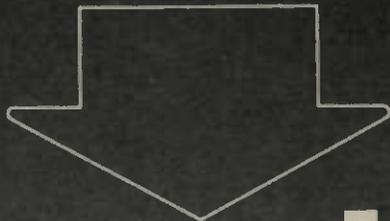


Eusaprim® steht Ihnen auch weiterhin zur Verfügung.  
Standard-Dosierung von Eusaprim®: 2x2 Tabletten.

# Niedrige Tageskosten

In dieser Jahreszeit häufig:

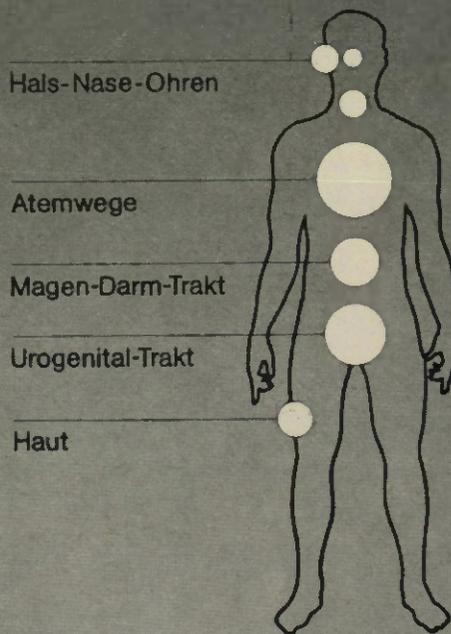
# akute Infekte



## Eusaprim<sup>®</sup> forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge



**Zusammensetzung:** 1 Tablette Eusaprim<sup>®</sup> forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und anderer Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim<sup>®</sup> forte absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich. Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x ½ Tablette täglich. Maximal-Dosis: 2 x 1 ½ Tabletten täglich. **Packungen und Preise (m. MwSt.):** 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM



Wellcome

DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

messensgebrauches dadurch, daß der erstrebte Heilerfolg nicht mehr allein zwischen Arzt und Patient ausgemacht, sondern unter Bedingungen gestellt wird, welche die Solidargemeinschaft der Versicherten sowohl dem Patienten wie dem Arzt grundsätzlich auferlegt. Das kann z. B. in Form einer globalen Begrenzung des Leistungsaufwandes geschehen, aber etwa auch dadurch, daß bestimmte ärztliche Leistungen aus der Leistungspflicht ausgeschlossen werden.

Es scheint also, daß sich die Periode ihrem Ende zuneigt, in welcher der anzustrebende Heilerfolg weitgehend – natürlich im Rahmen des medizinisch Sinnvollen – dem Anspruch des Patienten angepaßt werden konnte. Es genügt heute nicht mehr, den Anspruch auf medizinisch überflüssige Leistungen zurückzuweisen, denn sie gleichen nur der Spitze des bekannten Eisberges. Vielmehr muß auch der Bereich medizinisch sinnvoller Ansprüche durchforstet werden, um die Leistungsmöglichkeit der Sozialversicherung nicht zu überfordern und dennoch die wichtigen Fortschritte der Heilkunde auch in Zukunft dem Versicherten zugänglich machen zu können. Diese Arbeit kann aber nicht gänzlich dem einzelnen Arzt aufgeladen werden. Was an medizinisch sinnvollen Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung nicht notwendig ist, kann er nur dann mit einiger Sicherheit beurteilen, wenn ihm eine *klare und praktikable* Beschreibung desjenigen Heilerfolges gegeben wird, den anzustreben die Solidargemeinschaft dem Versicherten ein Recht einräumt.

Auf einer solchen Grundlage ließen sich ärztlich vertretbare und für alle gültige Beschränkungen der kassenärztlichen Leistungspflicht formulieren. Und dies wäre angesichts der sich ankündigenden Entwicklung außerordentlich hilfreich, um die Unsicherheit darüber zu beseitigen, was ein Kassenarzt künftig zu Lasten der Sozialversicherung zu leisten hat und was nicht. Um es an einem banalen Beispiel zu verdeutlichen: Ob die Verordnung von Nasentropfen notwendig ist oder nicht, hängt letztlich davon ab, ob der vom Versicherten zu beanspruchende Heilerfolg lediglich die Auskurierung des Schnupfens zum Inhalt hat oder auch die Linderung der von einer tropfenden Nase ausgehenden Beschwerden.

Eine auf derartigen Prinzipien ruhende Organisation der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

– würde diese vor unberechenbaren und ausufernden Leistungsanforderungen bewahren,

– würde es ihr ermöglichen, ihre wesentliche soziale Aufgabe zu erfüllen, jedem Versicherten – unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit – die ärztliche Versorgung zukommen zu lassen, die zur Erhaltung seiner Gesundheit, zur Erhaltung seiner Arbeitsfähigkeit und zur Linderung von Leiden erforderlich ist,

– würde es der Kassenärzteschaft ermöglichen, die Leistungsgrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung den Versicherten gegenüber guten Gewissens zu vertreten, ohne in Konflikt mit ihrem ärztlichen Gewissen zu geraten,

– würde für die Selbstverwaltungsorgane eine tragfähige Basis schaffen, um die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Gesellschaft mit ihren sozialen und menschlichen Verpflichtungen zu harmonisieren, ohne die freiheitliche Organisation unseres Gesundheitswesens in Frage zu stellen.

Bevor freilich ein auf den oben skizzierten Grundsätzen beruhender Versuch zur dauerhaften Lösung der Sozialversicherungsproblematik unternommen werden kann, muß geklärt werden, ob und unter welchen Bedingungen er mit den geltenden Rechtsvorstellungen vereinbar ist. Ein Diktat des Gesetzgebers unter Verzicht auf freiwillige und zustimmende Mitwirkung der Kassenärzte, insbesondere bei der Festlegung des für den Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlichen Leistungsbedarfes, würde das bestehende Recht verletzen. Denn weder der Gesetzgeber, noch eine Schiedsinstanz kann die kassenärztlichen Körperschaften zwingen, den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung für erfüllbar zu erklären und dafür die Verantwortung zu übernehmen, wenn sie der begründeten Überzeugung sind, daß dies mit den zudiktierten Gesamtmitteln nicht möglich ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Hege, St.-Egidi-Straße 33, 8031 Gilching

## Untersuchungen durch den Betriebsarzt

Bei der Bestellung eines Betriebsarztes sind zwischen der Betriebsleitung und der Betriebsvertretung Meinungsverschiedenheiten darüber entstanden, ob die Betriebsangehörigen verpflichtet werden können, sich von dem Betriebsarzt untersuchen zu lassen und ob ein von ihm vorgelegter Fragebogen von allen Mitgliedern der Belegschaft zwingend ausgefüllt werden muß.

Aus dem Arbeitssicherheitsgesetz ergibt sich keine Verpflichtung für die Arbeitnehmer, sich von einem Betriebsarzt untersuchen zu lassen oder einen arbeitsmedizinischen Fragebogen auszufüllen. Auch aus der Zuweisung bestimmter Aufgaben an den Betriebsarzt (vgl. § 3 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 d) läßt sich nicht ableiten, daß die Arbeitnehmer verpflichtet sind, dem Betriebsarzt bei der Durchführung dieser Aufgaben behilflich zu sein. Der Arbeitgeber wird auch nicht ohne besondere Rechtsgrundlage aufgrund seines allgemeinen Direktionsrechts in Verbindung mit der Fürsorgepflicht bzw. der Treuepflicht des Arbeitnehmers von den Arbeitnehmern verlangen können, daß diese sich ärztlich untersuchen lassen oder einen Fragebogen ausfüllen. Da der Betriebsarzt seine Aufgaben jedoch in erster Linie im Interesse der Arbeitnehmer durchführt, dürfte im Regelfall für die Arbeitnehmer kein Grund bestehen, dem Betriebsarzt dabei nicht behilflich zu sein.

Aus einzelnen Arbeitsschutzvorschriften kann sich ergeben, daß ein Arbeitnehmer verpflichtet ist, sich für die Ausübung einer bestimmten beruflichen Tätigkeit ärztlich untersuchen zu lassen oder daß ein Arbeitnehmer ohne ärztliche Untersuchung nicht beschäftigt werden darf. Weigert sich ein Arbeitnehmer in diesen Fällen, sich ärztlich untersuchen zu lassen, so kann eine Weiterbeschäftigung unmöglich werden. Beschäftigt ihn der Arbeitgeber nicht mehr weiter, so ist der Arbeitgeber wegen Annahmeverzugs nicht zur Weiterleistung des Arbeitsentgelts verpflichtet. Die Weigerung des Arbeitnehmers und die Unmöglichkeit, ihn weiter zu beschäftigen, können dann auch zu einer Kündigung führen.

SÄB 2/77

## Familie oder Gruppe?

von Ernst Th. Mayer

Das Opfer ideologischer Medizin ist der „Mensch als Familienmitglied“. Linke Ideen vom familienabstrahierten und „emanzipierten“ Einzelmenschen, der zur egoistischen Selbstverwirklichung berufen und mit anderen lediglich gruppenspezifisch verbunden sei, gewinnen immer stärker an Einfluß: auf die Lehre an den Hochschulen, auf die Rechtsprechung, auf den Wohnungsbau, auf die Sozialversicherungen, auf die architektonische und organisatorische Verplanung unseres Freizeitverhaltens, auf zukunftsentscheidendes Handeln eines jeden einzelnen und nicht zuletzt auf die Gesetzgebung in den Parlamenten.

Solche Anschauungen machen krank. Sie lasten als schwerer ideologischer Druck auf den Familien, aber auch auf der Medizin und den Ärzten. Sie wollen suggerieren, daß das Leben im sozialistischen Kollektiv das einzig „moderne“, „zeitgemäße“ sei und deklarieren die psychischen und psychosomatischen Folgen dieses unmenschlichen (und das heißt hier: dem Menschen nicht gemäßen) Lebens als „Versagen der Medizin“. Hinter vulgären Schlagworten („Mein Bauch gehört mir“) verbirgt sich eine Anspruchsmentalität gegenüber dem Arzt, die verlangt, „Betriebsunfälle“ dieses gruppenspezifischen Lebens im Kollektiv mit Natriumchloridlösung zu korrigieren und dabei die eigenen ethischen Werte zu vergessen.

Säuglinge und Kleinkinder werden ohne Rücksicht auf Deprivationsfolgen in Horten untergebracht, später als Schulanfänger bildungspolitischen Experimenten ausgesetzt, gegen die sich nicht einmal jene Eltern wehren können, die Wert auf eine intakte Familie legen. Und der Familienverband ist schon so weit aufgelockert, daß Alte, Kranke und Behinderte — solche Menschen, die Pflege und Opferbereitschaft ver-

langen — in Versorgungsanstalten ebgeschoben werden. Der Sozialstaat zahlt's; und zur Beruhigung des eigenen Gewissens genügt der obligate Nachmittagsbesuch am ersten Sonntag im Quartal, bei dem Klein-Gaby der lieben Oma artig ein Alpenveilchen überreichen darf. Selbst die Scheu, am Lebensende nach Euthanasie zu rufen, verfliegt zunehmend.

Im parlamentarischen Bereich hat man darüber hinaus einen vermeintlich prinzipiellen Gegensatz von Sozialstaat und Rechtsstaat konstruiert. Dabei unterschlägt man die nüchterne Wirklichkeit, daß alle sozialen staatlichen Bemühungen ihren Sinn verlieren, wo die Freiheit nicht mehr garantiert werden kann. Freiheit aber gibt es nur im Recht und durch das Recht, und einen guten Sozialstaat gibt es nur durch ein gutes Sozialrecht. Aber dieses Recht kann nur gut sein, wenn es familiengerecht ist; und das heißt auch: es entscheidet sich für die Familie, wo die Belange der Familie mit individuellen Interessen unvereinbar in Konflikt geraten.

Im Gegensatz dazu aber hat unser „Reform“-Staat die Auflösung der Familienbindungen bereits so weit erleichtert, daß sie vielfach nicht einmal mehr ein finanzielles Problem darstellen. Zugleich sind die finanziellen Hürden auf anderen Gebieten (etwa die Kosten familiengerechten Wohnraumes) für die Masse der Bevölkerung so unerschwinglich hoch, daß die Auflösung der Familien dadurch geradezu erzwungen wird. Die Appartement- und Altenheimgesellschaft wird somit zwangsläufig zum scheinbar bequemem Ausweg. Selbst wenn man nicht unterstellen will, daß dahinter Methode steckt (was man bei Politikern leichtfertig niemals tun sollte), bleibt die betrübliche Feststellung, daß Regierung

und Parlament nichts tun, um diese Entwicklung zu bremsen.

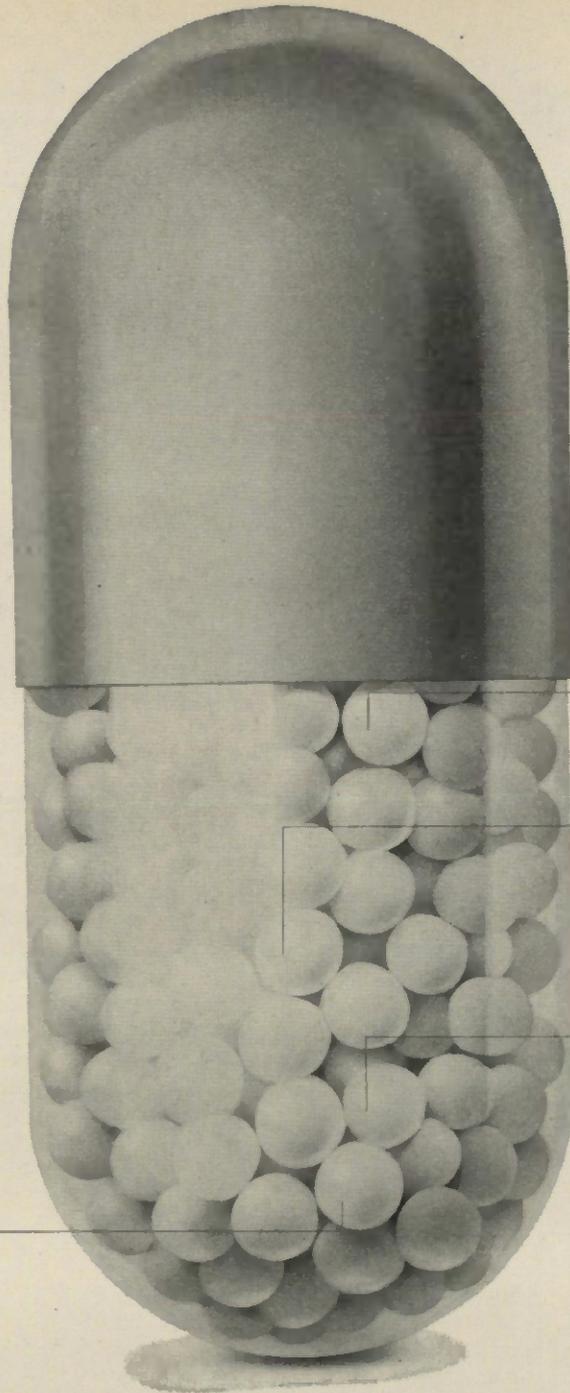
Bleibt die düstere Prognose: Der einzelne wird sich Familie immer weniger leisten können. Weil er das aber sich und der Umwelt nicht eingestehen kann — denn sonst erschiene er als Versager —, funktioniert er das Ergebnis zum „modernen Leben“, zum Status-Symbol um. Die Argumente dazu liefert eine ideologisierte Wissenschaft. Der Staat, die Gesellschaft, die „Solidargemeinschaft“ (oder wie immer man das Ergebnis familiärer Zerfallerscheinungen nennen will) wird dieses System aber sehr bald nicht mehr bezahlen können. Auf den einzelnen schlägt das mit immer höheren Belastungen zurück, bei denen er immer weniger Hilfe erwarten kann (denn die Familie als echte Solidargemeinschaft ist ja bereits an den Rand unserer Gesellschaft gedrückt worden). Scharfsinnige Gesellschaftsanalytiker stellen dann (vermutlich recht treffend) fest, „der Mensch befindet sich auf der Flucht vor sich selbst“. Meistens steht am Ende dieser Flucht das Wartezimmer eines Arztes.

Gewiß ist auch hier der Arzt berufen, zu helfen, zu heilen und wenigstens die berufliche Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Aber die bewährte schulmedizinische Methode: Ursachen finden und sie medikamentös oder operativ beseitigen, muß hier versagen. Denn Psychopharmaka sind kein Mittel gegen fehlgeplante Wohnungen, gegen Gesetze mit inhumanem emanzipatorischen Hintergrund und schon gar nicht gegen ideologische Verirrungen (die bestärken sie nur).

Der Arzt wird folglich nach neuen Therapieformen suchen müssen. Nebenbei: Viele Patienten tun dies schon lange, wie die Flucht in fernöstliche Heilslehren und Heilmetho-

# Schnelles Einschlafen

# Ungestörtes Durchschlafen



Pro Dorm und Pro Dorm retard regulieren psychisch oder somatisch bedingte Störungen des Wach-Schlaf-Zyklus. Pro Dorm retard setzt – in therapeutischen Dosen verabreicht – den Wechsellenwert deutlich herauf und sichert regenerativen Schlaf von ausreichender Dauer.

Die Retard-Form vereint schnellen Wirkungseintritt mit kontrolliert verzögerter Wirkstofffreigabe und guter Verträglichkeit.

**Das Pro-Dorm-retard-Prinzip: die optimale Lösung.**

**1** Jede Kapsel Pro Dorm retard enthält mehrere hundert winzige Chronodrugs. Diese haben einen löslichen Überzug unterschiedlicher Stärke.

**2** Die Wirkstofffreigabe erfolgt protahiert in dem Maße, wie sich der Überzug im Resorptionsbereich löst.

**3** Gegenüber konventioneller Applikation – eine Tablette wirkt nur etwa 4–5 Stunden (Einschlafeffekt) – ist eine Kapsel Pro Dorm retard über einen Zeitraum von 6–8 Stunden therapeutisch wirksam (Durchschlafeffekt).

**4** Bei empfohlener Dosierung sind vom Wirkstoff keine Nebenwirkungen zu erwarten. In pharmakokinetischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß die Ausscheidung der therapeutischen Dosis in 24 Stunden abgeschlossen ist (zum Vergleich: Barbiturate sind bei gleicher Dosierung noch nach 16 Tagen im Harn nachweisbar).

# Pro Dorm<sup>®</sup> retard

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter, Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschaden, Epilepsie, Diabetes, Alkoholismus, Schäden des Nervensystems. Pro Dorm sollte während der Schwangerschaft nicht eingenommen werden. Auch für Kinder unter 14 Jahren ist es nicht geeignet. **Hinweise:** Alkohol beeinflusst die Wirkung von Pro Dorm. Wie für alle Schlafmittel gilt auch für Pro Dorm, daß das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Arbeitsplatz) am nächsten Morgen noch beeinträchtigt sein kann. **Verschreibungsformen:** Pro Dorm retard: Packung zu 20 Kapseln DM 11,70; Pro Dorm: Packung zu 20 Tabletten DM 7,95; Preise inkl. MwSt. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch: **Chemische Fabrik Schürholz GmbH, 5 Köln 51, Gotteaweg 64**



# Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



## MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-situationen  
in der  
Wachstums-  
und Entwicklungsphase  
während  
Schwangerschaft, Stillzeit  
bei Einnahme  
von Kontrazeptiva, Diät-kuren  
zur Therapie bei  
normocalcaemischer Tetanie  
nächtlichen Wadenkrämpfen  
Hyperlipidaemien, Migräne  
zur Prophylaxe gegen  
Calcium-Oxalatsteine  
Thrombose  
metabolischen Herzinfarkt.

**Kontraindikationen:** Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie. Mg-Ampullen: Myasthenia gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Überleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykolyse-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

**Zusammensetzung:** Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 8,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-E-nitrat 2 mg, Vitamin E<sub>2</sub> 3 mg, Vitamin-E-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.

50 Oragées 8,10 OM, 150 Oragées 15,30 OM ·  
3 Ampullen 4,40 OM, 10 Ampullen 13,45 OM ·  
Konzentrat 20 Beutel 8,85 OM, 50 Beutel 19,95

## VERLA-PHARM

8132 TUTZING

den beweisen. Gezwungenermaßen wird der Arzt dabei zunehmend zum Sozialtherapeuten und Sozialpolitiker werden müssen. Denn wenn der feststellt, daß die verseuchte Umwelt krank macht, wird er eine bessere nur über verschärfte Vorschriften und Exekutivkontrollen erreichen. Wenn er feststellt, daß fehlgeplante Wohnungen und architektonische „Konfliktkulissen“ krank machen, wird er auf eine bessere Wohnungsförderung und Städtebauplanung drängen müssen. Und wenn er feststellt, daß sogenannte Reformgesetze krank machen, wird er auf ihre Änderung drängen müssen. Dies können freilich nur langfristige Programme sein, die dem einzelnen wenig helfen, der hier und heute um Rat nachsucht.

Die individuelle Beratung (z. B. die Familienberatung) wird zweifellos als ärztliche Therapie an Bedeutung gewinnen müssen. Aber auch hier braucht der Arzt seine naturwissenschaftliche Basis nicht zu verlassen. Die moderne vergleichende Verhaltenslehre, welche den finalistischen älteren Instinkt-begriff überwunden hat, steht biologisch auf sicherem Grund. Sie ist aber so jung, daß sie weder den Begründern der Soziologie bekannt sein konnte (auch nicht Max Weber), noch den Begründern der Psychoanalyse (auch nicht Sigmund Freud). Heute weiß man, daß das Familienverhalten dem Menschen in hohem Maße angeboren ist. Es soll die Brutpflege sichern und zu diesem Zweck Paarbindungen schaffen. Der Mensch wird als extremer Nesthocker geboren, der viele Jahre lang auf die Pflege durch Mutter und Vater angewiesen ist (welches „Persistieren von Jugendmerkmalen“ lebenslanges „aktives Neugierlernen“ [Konrad Lorenz, 1950] und somit „Enzyklopädie“ erst ermöglicht). Die langjährige Paarbindung wird auch durch die nur beim Menschen beobachtete chronische Sexualität nahegelegt. Von dieser dem Menschen biologisch mitgegebenen Verhaltensstruktur nehmen die modernen Sozialwissenschaften jedoch nur allzuwenig Kenntnis. Solche Wissenschaften aber, die Erkenntnisse mißachten oder gar bekämpfen, sind nicht vorurteilslos und somit „ideologisch“. Sie wollen uns weismachen, der Mensch sei ein Gruppenwesen, und dies obwohl der Gruppenbegriff selbständige Einzelpersönlichkeiten voraussetzt. Ein Einzelwesen aber ist der Mensch biologisch nie gewesen, sondern

eben ein Familienwesen. Was er in diesem Verhaltensbereich in Ausgestaltung des Angeborenen erlernt hat, wurde von ihm im Laufe der Menschheitsgeschichte immer wieder auf andere Verhaltensbereiche zum Wohle anderer Menschen übertragen. So beruhte bislang (und jetzt will man das durch Verschulung ändern) die Ausbildung zur Krankenschwester auf der Ausdehnung des natürlich fundierten Familienverhaltens auf Kranke, die gar nicht zur eigenen Familie gehören, die aber aufopfernd nur von einer „Schwester“ gepflegt werden können.

Das Familienleben ist eben kein reaktionäres Zivilisationsprodukt, sondern ein Teil der dem Menschen mitgegebenen und angeborenen Verhaltensweisen, die biologisch ausgebildete Ärzte erst zu erforschen beginnen. In der Familie braucht der Mensch sich nicht extra anzustrengen, eine „Bezugsperson“ zu werden oder „die Elternrolle zu lernen“, obgleich besondere Kenntnisse nützlich sind, da wir in einer künstlichen, unnatürlichen Welt leben. Aber die „Basis des Familienlebens“ ist von Natur aus mitgegeben.

Die modernen Erkenntnisse der Lehre vom menschlichen Verhalten (Humanethologie) geben schon heute eine sichere Grundlage für ärztliche Beratungen ab. Sie sind deshalb eine wichtige Ergänzung des therapeutischen Instrumentariums. Aber sie können nicht über die erwähnten Mängel „im System“ hinweghelfen, und sie dürfen deshalb auch nicht darüber hinwegtäuschen. Die Forderungen der Ärzte nach Änderung, nach Entideologisierung der Gesetze sind demnach keine Standes-, sondern Gesundheitspolitik. Aber solange diese Gesundheitspolitik nicht erfolgreich ist, muß sie durch ärztliche Berufspolitik flankiert werden: Wir müssen vor aller Öffentlichkeit immer wieder verständlich machen, daß die Ärzte für den gegenwärtigen sozialpathologischen Zustand nicht verantwortlich sind. Wir müssen beobachten und beschreiben, wo das Versagen liegt, das die Menschen zu Patienten macht, deren eigentliche Interessenvertreter wir trotz aller sozialen Agitation gegen die Ärzte doch sind.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ernst Th. Mayer, Nervenarzt,  
Hochkalterstraße 2, 8000 München 90

# Reformvorschläge zur Krankenhausstruktur \*

von Gerhard Vogt

Die Krankenhausstruktur ist in den letzten Jahren immer stärker in die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion geraten. Dabei ist nicht nur die eigentliche „innere“ Struktur der einzelnen Häuser und das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und Träger angesprochen, sondern auch die Stellung des Krankenhauses insgesamt in unserem Gesundheitswesen.

Die zunehmende Spezialisierung der medizinischen Wissenschaft und damit auch der im Gesundheitswesen Tätigen, die schnelle Entwicklung neuer technischer Methoden für Diagnose und Therapie und nicht zuletzt die vor allem dadurch ausgelöste Kostenexpansion hat alle Verantwortlichen dazu veranlaßt, ihre Positionen zu überprüfen und Vorschläge zu machen, wie unser Gesundheitswesen nach ihrer Meinung auch für die Zukunft leistungsfähig, human und nicht zuletzt auch finanzierbar erhalten werden kann.

Naturgemäß stehen Reformvorschläge in der letzten Zeit besonders unter dem Eindruck der Kostenentwicklung (die übrigens keineswegs nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern international so rasant verlaufen ist). Es wäre aber vom ärztlich-medizinischen und vom humanen Standpunkt aus falsch, ausschließlich die Kostenaspekte in den Vordergrund zu stellen. Und schließlich sei auch trotz der Kostenmisere das Wort gewagt, daß im Interesse des Fortschritts der Medizin auch für die Zukunft ein weiteres Wachstum nicht generell ausgeschlossen werden darf (dies gilt letztlich auch für andere Dienstleistungsbereiche), insbesondere aber dürfen „kostensparende Lösungen“ bestehende Freiheitsräume nicht einengen und die Leistungen für die Patienten nicht verschlechtern.

\*) Dieser Beitrag ist eine Übersicht nach einem Referat während des Expertengesprächs über Krankenhausstrukturen der Hennis-Seidel-Stiftung e. V. in Wildbad Kreuth und stellt die persönliche Auffassung des Autors, Referent für Krankenhausfragen in der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, dar.

Im folgenden soll versucht werden, in Kürze (und damit auch unter Inkaufnahme der Gefahr einer ungenügenden Differenzierung der Aussage) und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit einen Gesamtüberblick darüber zu geben, was die politischen Parteien, die ärztlichen Organisationen, die Krankenhausträger und Sozialpartner bisher an Vorschlägen zur Krankenhauspolitik vorgetragen haben. Dabei werde ich vom Sachthema her Problemkreise aufzeigen und dazu jeweils die Lösungsmöglichkeiten skizzieren, die den Parteien und den sonst wesentlich Beteiligten am gesundheitspolitischen Geschehen vorschweben.

## Programmatische Aussagen

Von den politischen Parteien hat bisher nur die FDP ein vom Parteitag gebilligtes gesundheitspolitisches Programm; es wurde erst jüngst, Mitte November 1976, verabschiedet. Die CDU hatte in ihrer gesundheitspolitischen Kommission unter Vorsitz von Staatssekretär Professor Dr. Beske im Jahre 1975 ein Programm entwickelt, das später, im Sommer 1976, in „Leitsätze zur Gesundheitspolitik“ einmündete, die das Parteipräsidium beschlossen hat. Für die CSU besteht das Programm eines eigenen gesundheitspolitischen Arbeitskreises. Die SPD hat im Mai 1976 auf ihrer gesundheitspolitischen Fachkonferenz in Gelsenkirchen ein Aktionsprogramm vorgelegt; daneben gibt es gerade aus dieser Partei, aber selbstverständlich auch aus den anderen, stark von der „offiziellen Linie“ abweichende programmatische Äußerungen in bestimmten Parteigruppierungen und Programmkommissionen.

Die Vorstellungen der DGB-Gewerkschaften gingen ursprünglich von einer Studie des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften „Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland“

aus und wurden im Mai 1972 als „Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes“ der Öffentlichkeit übergeben. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände hat sich zuletzt im Juli 1975 programmatisch in einer Schrift „Soziale Sicherung unter veränderten wirtschaftlichen Bedingungen“ umfassend zur Sozial- und Gesundheitspolitik geäußert. Selbstverständlich sind die Vorstellungen all dieser Gruppierungen im Laufe der Zeit immer wieder durch Einzelaussagen ergänzt oder modifiziert worden.

Kennzeichnend für alle Äußerungen ist, daß sie in ihren Formulierungen stark von gesellschaftspolitischen und parteistrategischen Überlegungen geprägt sind. Das gilt im besonderen Maße naturgemäß für Aussagen vor der Bundestagswahl. Ich möchte in der folgenden Übersicht soweit irgend möglich auf ideologische Begründungen verzichten, ebenso wie ich Extrempositionen nicht oder nur am Rande erwähne.

## Drei Problemkreise

Bei einer Übersicht über Fragen der Krankenhausstruktur sehe ich drei Problemkreise:

- die Gestaltung der inneren Struktur der Krankenhäuser;
- Struktur und Selbstverständnis der Krankenhäuser in einem gegliederten Krankenhaussystem;
- die Stellung der Krankenhäuser im Gesundheitssystem allgemein, dabei insbesondere die Verzahnung von Krankenhaus und freier Praxis oder allgemein ausgedrückt, die Verbindung stationärer und ambulanter Dienste.

Die aufgezeigten Problemkreise überschneiden sich. Trotzdem will ich versuchen, sie etwas zu systematisieren.

## Neuordnung der Inneren Struktur

Vorschläge zur Neuordnung der Inneren Struktur der Krankenhäuser gingen in den letzten Jahren besonders vom Marburger Bund, dem Verband der angestellten und beamteten Ärzte, aus. Er beschloß im April 1971 in einer außerordentlichen Hauptversammlung in Saarbrücken eine Stellungnahme „zur Reform des Krankenhauswesens“, die nachhaltigen Einfluß auf entsprechende Überlegungen der übrigen ärztlichen Organisationen und Verbände ausübte. In einem teilweise sehr schwierigen Meinungsbildungsprozeß übernahm die Bundesärztekammer wesentliche Grundvorstellungen des Marburger Bundes, wengleich auch etwas modifiziert und flexibler formuliert, in den 1972 vom Deutschen Ärztetag in Westerland verabschiedeten „Leitsätzen zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes“. Diesen Leitsätzen haben alle relevanten Gruppen der Ärzteschaft zugestimmt: Der Deutsche Ärztetag als demokratisch gewählte parlamentarische Gesamtvertretung der deutschen Ärzte sowie die wichtigsten ärztlichen Organisationen und Verbände, insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Verband der leitenden Krankenhausärzte, der Marburger Bund, der Hartmannbund, der NAV, der Berufsverband der praktischen Ärzte.

Die wichtigsten Grundsätze dieser sogenannten „Westerländer Leitsätze“ lassen sich für den Bereich der inneren Struktur der Krankenhäuser wie folgt zusammenfassen:

a) die Krankenhäuser sollen gegenüber ihren Trägern (Staat, Kommu-

nen, Kirchengemeinden u. ä.) organisatorisch verselbständigt und – soweit es sich um die laufende Geschäftsführung handelt – durch eine eigenständige Krankenhausleitung im Sinne eines Krankenhausmanagements geführt werden.

b) Die Personal- und Leitungsstrukturen im Krankenhaus sollen aufgelockert werden: Im ärztlichen Dienst sollen damit langfristig erfahrene Krankenhausfachärzte als „Fachgruppenärzte“ die Möglichkeit erhalten, eigenständig tätig zu werden und sich erforderlichenfalls innerhalb ihres Gebietes weiter zu spezialisieren. Es wird also eine Aufächerung der Patientenversorgung verlangt sowie eine Verlagerung der Verantwortung auf diejenigen Ärzte, die hierfür die erforderliche Sachkompetenz haben.

c) Der leitende Arzt der Abteilung, der selbst die Qualifikation eines Fachgruppenarztes besitzen muß, soll von den Mitgliedern der Fachgruppe gewählt oder auf Vorschlag der Fachgruppe im Benehmen mit dem Ärztlichen Vorstand vom Krankenhausträger auf Dauer oder auf Zeit berufen werden. Seine Aufgabe soll insbesondere die Koordination und Integration des Ärzteteams sein, sie kann aber auch darüber hinausgehen.

d) Die Zuweisung einer festen Zahl von Krankenhausbetten an einzelne leitende Krankenhausärzte soll es nicht mehr geben. Leitende Ärzte und Fachgruppenärzte sollen vielmehr gemeinsam die Patienten einer Abteilung kooperierend versorgen und die Betten in Absprache miteinander belegen.

e) Da es bei einer solchen Struktur nicht mehr entscheidend darauf ankommt, daß ein Arzt alle Patienten einer Abteilung kennen und verantwortlich betreuen muß, ist es nicht mehr notwendig, unter dem Aspekt der „Überschaubarkeit“ eine Obergrenze für die Größe einer Fachabteilung festzusetzen. Die Größe der Fachabteilung soll statt dessen ausschließlich vom Bedarf im Einzugsgebiet abhängen. Die Abteilung soll dann je nach der sich hieraus ergebenden Größe von innen heraus strukturiert werden, insbesondere durch Bildung von Fachgruppen. Es ist also keine Teilung der bestehenden Abteilungen in Subspezialitäten (in sogenannte „Zaunkönigreiche“, deren Grenzen streng gehütet werden) vorgesehen, sondern umgekehrt eine möglichst weitgehende Zusammenfassung gleichartiger Krankheitsfälle und eine Integration der Behandlung innerhalb der operativen und konservativen Fachgebiete.

f) Fachgruppen einer Krankenhausabteilung sind demnach nur funktionale Einheiten und keine durch Betten strukturierte Organisationseinheiten. Damit entfällt für den einzelnen Abteilungs- und den einzelnen Fachgruppenarzt der Belegungszwang und eröffnet sich die Möglichkeit des interdisziplinären Ausgleichs bei der Bettenbelegung.

g) Hervorzuheben ist, daß jeder Patient seinen für ihn allein verantwortlichen Fachgruppenarzt haben soll. Dieser ist zur Kooperation und Konsultation mit den anderen Ärzten am Krankenhaus zu verpflichten. Es soll also keine falsch verstandene Demokratisierung der Krankenbehandlung und erst recht keine Mehr-

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg.  
**Tropfen:** In 100 ml: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml.  
**ANWENDUNG, Tabletten, Tropfen:** 3-4 mal täglich 1 Tablette kutscheln (bzw. 8-10 Tropfen), bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stosstherapie (alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen).  
**HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.):** Preisänderungen vorbehalten. Packung zu 50 Tabletten DM 3,95, zu 250 Tabletten DM 12,95.  
Tropfflasche zu 15 ml DM 4,-, zu 30 ml DM 6,30, zu 100 ml DM 16,95.  
Weitere Darreichungsform: Injektionslösung bei schweren Schwindelzuständen

**Schwindel  
verschiedener Genese**

# Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-  
Autokrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
Baden-Baden -Heel**

heitsabstimmungen am Krankenbett geben. Im Gegenteil: Die in Westerland vorgeschlagene neue Struktur soll das Arzt/Patientenverhältnis als Grundlage einer individuellen Behandlung stärken und in weiterem Maße als bisher die freie Arztwahl ermöglichen.

h) Die freie Arztwahl im Krankenhaus soll es darüber hinaus wie bisher dem Patienten ermöglichen, mit einem qualifizierten Arzt (künftig einem Abteilungs- oder Fachgruppenarzt) seiner Wahl einen persönlichen Behandlungsvertrag zu schließen. Das Liquidationsrecht soll auf die Fachgruppenärzte ausgedehnt werden. Der Utopie vom „klassenlosen Krankenhaus“ wird damit eine Absage erteilt.

i) Die Ärzte eines Krankenhauses sollen als oberstes Koordinierungs- und Integrationsorgan einen „Ärztlichen Vorstand“ bilden, dem außer dem Ärztlichen Direktor Fachgruppenärzte und andere Krankenhausärzte in gleicher Zahl angehören.

In eine ähnliche Richtung, wie die hier skizzierten Strukturvorschläge des Westerlander Ärztetages, wies eine Schrift, die die Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (zu ihr gehören insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der leitenden Krankenhausärzte unter dem Titel „Moderne Krankenhausstrukturen“ auf dem Deutschen Krankenhaustag 1973 vorlegte. Das Maß der Übereinstimmung der Strukturvorstellungen zwischen Ärzteschaft und Krankenhausträgern, also den Hauptbeteiligten, war bemerkenswert.

Bisher sind jedoch die Vorstellungen des Ärztetages in Westerland und des Krankenhaustages 1973 weder innerhalb der Ärzteschaft noch bei den Krankenhausträgern Allgemeingut geworden. Gerade Krankenhausträger haben sich teilweise deutlich davon distanziert. Die vorgeschlagenen Reformen werden manchmal noch als ein Eingriff von oben empfunden. Sie finden vor allem wenig Gegenliebe in der staatlichen und kommunalen Verwaltung sowie in der Krankenhausadministration. Hier wird im allgemeinen noch in hierarchischen Strukturen gedacht. Besondere Widerstände gibt es im kommunalen Bereich, wo viele Krankenhäuser nach wie vor als Anhängsel von Stadt- und Kreisverwaltungen geführt werden.

Die politischen Parteien haben sich bisher zurückhaltend zur Änderung der Strukturen im Krankenhaus geäußert. Die CDU fordert in ihren „Gesundheitspolitischen Leitsätzen“ eine Verstärkung der Teamarbeit sowie die Erhaltung des Liquidationsrechts. Sie setzt sich gleichzeitig aber auch für feste Bettenzahlen in den einzelnen Krankenhausabteilungen ein und fordert deren Begrenzung nach oben. Am weitesten hat noch die FDP in ihrem neuen Gesundheitspolitischen Programm Reformvorstellungen der Ärzteschaft übernommen (sie geht in einigen Punkten sogar noch entscheidend darüber hinaus). Sie plädiert ausdrücklich für das Kollegialsystem und fordert freie Arztwahl im Krankenhaus. Das System der Privatliquidation solle überprüft werden, wobei offenbar besonders die Chefarztgebühren an die Krankenhausträger im Blickpunkt des Interesses stehen. Gegen das Liquidationsrecht gibt es dagegen zahlreiche Stellungnahmen aus Kreisen der SPD; hier wird stattdessen vielfach eine entsprechend höhere Gehaltszahlung an die verantwortlich tätigen Krankenhausärzte (die sogenannte Full-time-Lösung) vorgeschlagen. Dabei muß man sich allerdings im klaren darüber sein, daß derartige Aufwendungen auch auf die Krankhauspflegesätze durchschlagen und damit auch die Krankenkassen belasten, von anderen systembedingten Nachteilen ganz zu schweigen.

Im Rahmen der Gesetzgebung hat bisher als einziges Bundesland nur Nordrhein-Westfalen in seinem Krankenhausgesetz von 1974 einige der Strukturvorstellungen der Ärzteschaft berücksichtigt. So wurde im Gesetzeswortlaut z. B. das Fachgruppensystem ausdrücklich angesprochen; gleichzeitig sollen jedoch die Abteilungsgrößen limitiert bleiben. Das nordrhein-westfälische Gesetz sieht ferner einen Ärztlichen Vorstand vor. Es wurde im Landtag übrigens gegen den Widerstand der oppositionellen CDU und der von ihr vertretenen Krankenhausträger verabschiedet; es gilt zur Zeit noch nicht für den kommunalen und Hochschulbereich.

In einer Reihe anderer Bundesländer sind die Krankenhausgesetze so formuliert, daß Strukturveränderungen im Sinne der Leitsätze des Deutschen Ärztetages möglich sind. Sie werden dort aber nicht ausdrücklich begünstigt.

## Krankenhausärztliche Vereinigungen

Einen sehr tiefgreifenden Vorschlag zur Änderung der inneren Struktur der Krankenhäuser hat Professor Dr. Herder-Dorneich Anfang der siebziger Jahre propagiert: Die Errichtung Krankenhausärztlicher Vereinigungen. Er schlägt vor, die Krankenhausärzte zu einer eigenen Körperschaft, ähnlich der Kassenärztlichen Vereinigung (oder auch innerhalb dieser selbst) zusammenzuschließen und ihr einen Sicherstellungsauftrag, ähnlich dem bestehenden für den Bereich der ambulanten Behandlung, zu übertragen. Die Gehälter der Krankenhausärzte sollen durch Honorare abgelöst werden (Pauschalhonorare oder Einzelleistungsvergütungen). Herder-Dorneich, der diesen Vorschlag in jüngster Zeit in seiner Broschüre „Kostenexpansion und ihre Steuerung im Gesundheitswesen“ (Band IV der Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1976) wiederholt hat, will damit ebenfalls hierarchische Strukturen am Krankenhaus auflockern, zugleich aber vorrangig das Kostengefüge im Krankenhaus transparenter machen; die medizinischen Leistungen könnten auf diese Weise aus dem Pflegegesetz ausgegliedert werden. Weitere Vorteile dieses Modells beständen in der Förderung der individuellen Beziehung zwischen Patient und Arzt und der Durchsetzung der freien Arztwahl im Krankenhaus, soweit das die Spezialisierung erlaubt. Gefahren liegen insbesondere in der Desintegration, die dadurch im Krankenhauswesen eintreten könnte.

Die Bundesärztekammer hat das Modell der Krankenhausärztlichen Vereinigung eingehend erörtert, es aber nicht in ihre eigenen Reformvorstellungen aufgenommen. Dagegen hat der Hartmannbund sich nachdrücklich hierfür eingesetzt. Die politischen Parteien haben, soweit erkennbar, dieses Modell bisher sich nicht zu eigen gemacht. Die Krankenhausträger haben es wegen der von ihnen befürchteten Folgen (Desintegration der verschiedenen Leistungsbereiche, mögliche Ausdehnung auf andere Berufe im Krankenhaus) nachdrücklich abgelehnt.

(Schluß folgt)

Anschrift des Verfassers:  
Gerhard Vogt, Tersteegenstraße 31,  
4000 Düsseldorf 30

### Erkrankungen der Atmungsorgane an der Spitze aller Berufskrankheiten

Am 23. Dezember 1975 wurden an der Universität München ein Institut und eine damit verbundene Poliklinik für Arbeitsmedizin errichtet, deren Direktor, Professor Dr. Günter Fruhmänn, in Personalunion zugleich die neu eingerichtete Abteilung für Pulmonologie (Lungenleiden) an der Medizinischen Klinik I in Großhadern leitet. Der Forschungsschwerpunkt von Institut und Poliklinik, die seit Ende 1976 in provisorischen Räumen im Klinikgebäude an der Ziemssenstraße arbeiten, bis auch sie später nach Großhadern übersiedeln sollen, wird in Zukunft auf Erkennung, Behandlung und Prophylaxe von *inhalativ bedingten Schäden der Atmungsorgane* liegen.

Daß Rauch und Staub zu den Hauptursachen chronisch verlaufender Erkrankungen der Atmungsorgane zählen, unter denen wiederum die chronischen Bronchialleiden die am weitesten verbreiteten sind, haben bereits mehrere auf breiter Front durchgeführte, von Hochschulinstituten und Kliniken getragene und von der Deutschen Forschungsgemeinschaft subventionierte Gemeinschaftsuntersuchungen eindrucksvoll erwiesen.

Angesichts der medizinischen, sozialen und volkswirtschaftlichen Bedeutung, die berufsbedingten Erkrankungen der Atmungsorgane demnach zukommt, ist geplant, das seit zehn Jahren in Form von Querschnitt- und Längsschnittuntersuchungen überregional laufende DFG-Schwerpunkt-Programm „*Inhalative Noxen am Arbeitsplatz*“ am Münchener Institut für Arbeitsmedizin unter verschiedenen Gesichtspunkten noch auszuweiten. Näher untersucht werden sollen in diesem Zusammenhang nun insbesondere noch Entstehung und Verlauf der

unspezifischen chronischen Bronchitis bzw. der Einfluß der Schwere der Berufsarbeit auf die Entstehung einer Atmungsinsuffizienz durch diese Krankheit sowie die Wirkung inerner (nicht reaktionsfähiger) Staubbelastungen auf Lunge und Bronchien. Poliklinische Untersuchungen entsprechend exponierter Arbeitnehmer werden hier die Befunde liefern. Eine Methodenanalyse für erfolgversprechende Vorsorgeuntersuchungen steht ebenfalls auf dem Programm. Da am Institut, außer den Medizinem, auch zwei Diplom-Chemiker, ein Diplom-Physiker und ein Diplom-Ingenieur mitarbeiten, wird man zur genaueren Wertung und Einordnung der Befunde auch systematische qualitative Staubanalysen im Labor durchführen. Sinn und Zweck aller Forschungen auf diesem Gebiet ist einmal, den Studenten die ärztlichen Probleme der modernen Arbeitswelt nahezubringen und zum anderen, eine Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz durch arbeitshygienische Maßnahmen zu erreichen.

Außer den verschiedenen Formen längst bekannter Staublungen-erkrankungen konnten durch das Team der Münchener Arbeitsmediziner gerade in den letzten Jahren auch erstmals *Erkrankungen an Baumwoll-Staublunge* in größerem Umfang im süddeutschen Raum aufgedeckt werden, die mittlerweile bereits zu einer Aufnahme dieser sogenannten Byssinose in die im Entwurf vorliegende neue (8.) Berufs-kranken-Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung führten.

Neben der Byssinose kennt die Lungenheilkunde noch eine ganze Reihe von Staublungen-Erkrankun-

Am 11. Mai 1977 überreichte Professor Dr. Sewering auf dem 80. Deutschen Ärztetag in Saarbrücken der Allgemeinärztin Dr. Elisabeth Alletag-Held, Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, Theresienstraße 8, 8130 Starnberg, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft für ihre *vorbildliche Haltung und erfolgreiche gesundheits- und sozialpolitische Arbeit. Wir veröffentlichen nachstehend die in der Plenarsitzung verlesene Laudatio:*

„Die deutsche Ärzteschaft ehrt in Elisabeth Alletag-Held eine Ärztin, die sich in ihrer vierzigjährigen Tätigkeit als praktische Ärztin, als Schulärztin, als Gefängnisärztin und Leitende Ärztin eines Kriegsblindensanatoriums das Vertrauen und den Dank ihrer Patienten und die Hochachtung ihrer Kollegen erworben hat. Mehr als drei Jahrzehnte lang stellte sie darüber hinaus ihre Arbeitskraft in den Dienst der demokratischen Institutionen unseres Staates und der ärztlichen Selbstverwaltung.

Nach dem Kriege wurde Frau Alletag-Held schon 1946 in den Kreistag des Landkreises Starnberg berufen und gehörte ihm lange Jahre an. Sie sah ihre besondere Aufgabe in der Eingliederung der heimatvertriebenen Ärzte, die sie in vorbildlicher Weise beim Aufbau ihrer Existenz unterstützte. Ebenso maßgeblich war sie auch am Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung beteiligt. Sie wurde nach Inkrafttreten des Bayerischen Ärztegesetzes erste Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksvereins Starnberg und in diesem Amt bis heute immer wieder bestätigt. Frau Alletag-Held ist auch seit langen Jahren Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes.

Durch ihren unermüdlichen Einsatz als Allgemeinärztin und in öffentlichen Ämtern des Staates und der ärztlichen Selbstverwaltung sowie ihr soziales Engagement hat sich Frau Alletag-Held um das Gesundheitswesen unseres Landes und ihren Berufsstand besonders verdient gemacht.“

(Fortsetzung Seite 607)

# Zur Kooperation freiberuflich tätiger Ärzte, insbesondere zur gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Geräte

von Walther Weibauer

## I Problemanalyse

### 1 Gegenstand der Untersuchung

#### 1.1 Folgende Frage ist gestellt:

„Ist es allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, daß ein zur Kassenpraxis zugelassener Internist (gegebenenfalls die Gemeinschaftspraxis zweier Internisten) einen Mammomat, welcher in seinem Eigentum steht, dergestalt mehreren Frauenärzten zur Verfügung stellt, daß die Frauenärzte dieses Gerät für ihre Patientinnen benutzen und dem Internisten hierfür ein vereinbartes Nutzungsentgelt für die Inanspruchnahme des Gerätes (einschließlich der am Gerät tätigen Röntgenassistentin sowie sonstiger Kosten) leisten?“

#### 1.2

Diese Frage ist begleitet von einer Sachverhaltsdarstellung, in der die KBV die Fakten eines Einzelfalles mitteilt. Ersichtlich ist die dem Gutachter gestellte Frage an diesem Sachverhalt und seinen näheren Umständen orientiert; sie ist jedoch *abstrakt* formuliert.

Nicht der Einzelfall als solcher, sondern das *Modell* einer Gerätenutzung, das ihm zugrunde liegt — im folgenden Modell „D“ — ist somit Gegenstand der rechtlichen Prüfung. Da jedoch der Einzelfall den unmittelbaren Anlaß für die Fragestellung gibt und zugleich das Modell der Gerätenutzung in seinem näheren Ablauf exemplifiziert, sollen die konkreten Umstände dieses Einzelfalles, soweit sie aus der Sachverhaltsdarstellung hervorgehen, jeweils auch darauf untersucht werden, ob die Beteiligten sich innerhalb der für eine Anwendung des Modells als zulässig erkannten Grenzen gehalten haben.

#### 1.3

Die Frage stellt unmittelbar nur darauf ab, ob der Internist den Mammomat Frauenärzten *zur Verfügung stellen* darf. Diese Frage ist jedoch nicht zu trennen von der, ob es den Frauenärzten gestattet ist,

dieses Gerät zu benutzen. Ein für diese geltendes generelles *Benutzungsverbot* würde zugleich — zumindest mittelbar — auf die rechtliche Beurteilung des Verhaltens des Internisten zurückwirken, etwa unter dem Aspekt, daß das Zurverfügungstellen des Gerätes anderen Kassenärzten eine pflichtwidrige Praxisführung ermögliche.

Die Prüfung muß sich deshalb auf die rechtliche Zulässigkeit der Kooperation unter Berücksichtigung der Pflichtenstellung *aller Beteiligten* erstrecken.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1

Methodisch soll so verfahren werden, daß aus der Fragestellung die konkretisierenden Elemente (Bezeichnung des Gerätes, Bezugnahme auf bestimmte Fachgebiete) eliminiert und durch entsprechende generalisierende ersetzt werden (Methode der „isolierenden Abstraktion“<sup>\*)</sup>). Dadurch wird der Anwendungsbereich des Modells sowie die Tragweite der Stellungnahme verdeutlicht.

#### 2.1.1

Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung mit Hilfe des Mammomaten.

#### 2.1.2

Fachlich zuständig ist für die Mammographie (auch der Frauenarzt, und zwar im Rahmen der Fachgebietsradiologie. Für den Internisten liegt die Mammographie außerhalb des Fachgebietes.

Abstrahiert und um die Sachverhaltsvariante „Gemeinschaftspraxis“ reduziert, kann der Gegenstand der Prüfung wie folgt formuliert werden:

„Ist es allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, daß ein zur Kassenpraxis zugelassener Fachvertreter ein medizinisches Gerät,

<sup>\*)</sup> vgl. LARENZ, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 2. Aufl., S. 412 ff.

dessen Eigentümer er ist, das er eber im Rahmen seiner fachlichen Zuständigkeit selbst nicht nützen kann, in sener Praxis den Vertretern anderer Fachgebiete gegen ein vereinbartes Nutzungsentgelt zur Verfügung stellt?"

## 2.2

Bei der Beurteilung dieser Frage sind die rechtlichen Gesichtspunkte, die für oder gegen die Zulässigkeit des Modells sprechen, von den Regelungen zu trennen, die seinen Anwendungsbereich begrenzen. Davon zu unterscheiden ist wieder die Frage, ob die Möglichkeit des Mißbrauchs des Modells gegeben ist und welche Konsequenzen hieraus gegebenenfalls zu ziehen sind.

## 3 Prüfungsmaßstab

### 3.1

Das Modell D bedeutet sowohl für den Arzt, der das Gerät zur Verfügung stellt, als auch für die Ärzte, die es benützen, eine Modalität ihrer Berufsausübung. Die Art und Weise der Berufsausübung steht in Art. 12 Abs. 1 GG unter verfassungsrechtlichem Schutz. In die Freiheit der Berufsausübung darf nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden, wenn vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls dies erforderlich machen.

### 3.2

Die Einbeziehung in das System der kassenärztlichen Versorgung läßt die freiberufliche Stellung des Kassenarztes und damit auch seine Berufsfreiheit im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG unberührt.

„Die Krankenversicherung bedient sich des freien Berufs der Ärzte zur Erfüllung ihrer Aufgaben; sie baut nicht nur ihr Kassenarztsystem auf dem Arztberuf als einem freien Beruf auf, indem sie das Vorhandensein eines solchen Berufs praktisch und rechtlich voraussetzt, sondern sie beläßt auch die Tätigkeit des Kessenerztes im Rahmen dieses freien Berufs. Nur in gewissen, für das Gesamtbild nicht entscheidenden Punkten ist diese Tätigkeit besonderen Beschränkungen unterworfen. . . .

Durch diese Beschränkungen ist sie eber nicht so sterk öffentlich-rechtlich organisiert, wie es erforderlich wäre, wenn das Grundrecht hinter der öffentlich-rechtlichen Organisationsgewalt zurücktreten sollte“ (Bundesverfassungsgericht im „Kessenarzturteil“, BVerfGE 11, 30/40).

### 3.3

Art. 12 Abs. 1 GG gebietet zwar nicht, daß Regelungen, die die Berufsfreiheit beschränken, ausschließlich durch den staatlichen Gesetzgeber oder durch die vom Gesetzgeber ermächtigte staatliche Exekutive getroffen werden müssen. Vielmehr sind solche Regelungen innerhalb bestimmter Grenzen auch zulässig in Gestalt von Satzungen und bindenden Vereinbarungen autonomiebegabter Körperschaften (vgl. § 368 m Abs. 2 RVO).

Erforderlich ist jedoch, daß das zulässige Maß des Eingriffs in den Grundrechtsbereich in der gesetzli-

chen Ermächtigung deutlich bestimmt ist. Einschneidende, das Gesamtbild der beruflichen Betätigung wesentlich prägende Regelungen über die Ausübung des Berufs muß der Gesetzgeber selbst, zumindest in den Grundzügen, treffen (BVerfGE 33, 125/159).

### 3.4

Die Zulässigkeit des Modells und seine Grenzen sind also zu messen an etwaigen gesetzlichen oder in einschlägigen Satzungen enthaltenen Geboten und Verboten, die den Problembereich in konkretisierten Tatbeständen oder in Generalklauseln erfassen.

Soweit Generalklauseln zur Beurteilung herangezogen werden, sind sie im Lichte der verfassungsrechtlich geschützten Berufsfreiheit auszulegen. Sie können Beschränkungen der Berufsausübung nur rechtfertigen, wenn vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls dies gebieten (ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts). Der Eingriff muß außerdem in einem vernünftigen Verhältnis zu dem gegebenen Anlaß und dem mit ihm verfolgten Zweck stehen (Übermaßverbot; vgl. BVerfGE 7, 406; 11, 239; 14, 22; 15, 234).

#### 3.4.1

Einschlägige Regelungen können in all den berufsrechtlichen und kassenspezifischen Vorschriften enthalten sein, die der Kassenarzt im Rahmen seiner Mitwirkung an der kassenärztlichen Versorgung neben den allgemeinen Gesetzen zu beachten hat. In Betracht kommen insbesondere Vorschriften der Berufsordnung (BO), der Weiterbildungsordnung (WO), der Zulassungsordnung (ZOÄ) und der Bundesärzteordnung (BÄO).

#### 3.4.2

Außerdem gelten für den Kassenarzt die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigung, der er als Mitglied angehört, sowie die von ihr und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Verträge über die kassenärztliche Versorgung einschließlich der von ihr dazu gefaßten Beschlüsse als objektives Recht (vgl. zur Satzungsgewalt der Kassenärztlichen Vereinigungen § 368 m RVO und zum Umfang der Bindung § 3 Abs. 4 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – KVB –).

#### 3.4.3

Da der konkrete Fall, der dem Modell zugrunde liegt, nach dem in Bayern geltenden Normenbestand zu beurteilen ist, werden im folgenden – soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vermerkt ist – diese Vorschriften zitiert. Die Unterschiede gegenüber den in den anderen Ländern und deren Kammer- und KV-Bereichen geltenden Bestimmungen sind in den hier interessierenden Komplexen von untergeordneter Bedeutung.

### 3.5

Soweit positivrechtliche Regelungen fehlen, die das Modell verbieten, ist es zulässig. Dies folgt bereits aus Art. 12 Abs. 1 GG, der Beschränkungen der Berufsausübung dem Gesetz- und Verordnungsgeber und, mit den gezeigten Einschränkungen, dem Satzungsgeber vorbehält. Wegen der über den Einzelfall

hinausweisenden grundsätzlichen Bedeutung der von der KBV gestellten Frage für die Bestimmung der Grenzen der Praxisrationalisierung durch Kooperation soll jedoch auch darauf eingegangen werden, ob etwa das Modell in seiner *Gesamtwürdigung* immanenten berufs- und gesundheitspolitischen Tendenzen der angesprochenen Normkomplexe, also zwar nicht dem Buchstaben, aber doch dem Geist des ärztlichen Berufsrechts und des Kassenzarzrechts widerspricht.

Während jedoch ein Verstoß gegen Bestimmungen der Rechtsordnung das Modell unzulässig macht, es *verbietet*, kann die Unvereinbarkeit mit Tendenzen und Zielsetzungen, die keinen Niederschlag in den einschlägigen Normen gefunden haben, die Freiheit der Berufsausübung nicht beschränken. Sie kann den Normgeber lediglich veranlassen, einer unerwünschten Entwicklung entgegenzutreten; das Modell ist danach allenfalls *verbotbar*.

Soweit Zweifel oder Bedenken gegen eine bestimmte Übung bestehen sollten, ist eine Reaktion in Form einer positivrechtlichen Regelung um so eher zu erwarten, als das Kassenzarzrecht den Kassenzärztlichen Vereinigungen und den Kassen im Bereich der Selbstorganisation ein ebenso differenziertes wie hochreagibles Instrumentarium zur Bekämpfung etwaiger unerwünschter Entwicklungen zur Verfügung stellt (z. B. über die Honorarregelung, vgl. BSGE 22, 218 und BVerfGE 33, 171 zur übergroßen Praxis). Auch derartige Maßnahmen stehen jedoch unter dem Vorbehalt einer Rechtfertigung durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls.

#### 4 Einordnung in größere Zusammenhänge

Mit dem Modell D wird eine bestimmte Form ärztlicher Kooperation praktiziert. Es kann sachgerecht nur beurteilt werden, wenn auch die sonst im Rahmen interkollegialer Kooperation oder im Verhältnis Arzt-Krankenhausträger ausdrücklich zugelassenen oder üblichen Formen der Gerätebenützung in die Betrachtung einbezogen werden. Es ist zu prüfen, ob für das Modell D die gleiche oder, wenn ja, aus welchen Gründen, eine ungleiche Behandlung geboten ist. Dazu bedarf es einer differenzierenden Betrachtung der Elemente, auf deren Vergleich es jeweils ankommt. So könnten z. B. die Voraussetzungen, unter denen eine Nutzung zulässig ist, für den beteiligten und den zugelassenen Kassenzarzt grundverschieden, der mit der Nutzung in Zusammenhang stehende Aufwand an Investitions- und Betriebskosten aber im wesentlichen gleich sein.

Etwaige Einwendungen gegen das Modell D, insbesondere solche berufspolitischer Art, sind auch daraufhin zu prüfen, ob sie nur gegen die hier konkret praktizierte Form ärztlicher Kooperation sprechen, oder ob sie sich nicht auch gegen andere, ausdrücklich zugelassene oder übliche Formen interkollegialer Zusammenarbeit richten.

Die Tatsache allein, daß ein Modell Mißbrauchsmöglichkeiten eröffnet, würde ein gesetzliches Einschreiten nur dann rechtfertigen, wenn gleiche oder ähnliche Mißbrauchsmöglichkeiten bei anderen Formen der Kooperation nicht bestehen.

## II Die einzelnen Normenkomplexe

### 1 Interkollegiale Kooperation

Die ärztliche Berufsordnung und das Kassenzarzrecht erklären bestimmte Formen der ärztlichen Kooperation für zulässig, regeln jedoch die interkollegiale Zusammenarbeit bei der Gerätenutzung nicht abschließend.

#### 1.1 Die Regelung in der Berufsordnung

§ 17 Abs. 1 BO, der mit § 19 Abs. 1 der Musterberufsordnung (M-BO) übereinstimmt, schreibt für bestimmte ärztliche Zusammenschlüsse eine Anzeigepflicht vor.

§ 17 lautet:

„Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung des Berufs, zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ist der Landesärztekammer anzuzeigen. Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.“

Erfaßt werden durch Wortlaut und Sinngehalt des § 17 BO sowohl die Gemeinschaftspraxen als auch die Praxis- und Apparategemeinschaften.

##### 1.1.1

Die Gemeinschaftspraxis bedeutet die intensivste Form der ärztlichen Kooperation. Die gemeinsame Berufsausübung erstreckt sich regelmäßig auch auf die gemeinsame Nutzung der gesamten Praxis mit ihren Einrichtungen und die gemeinsame Beschäftigung des Personals. Wegen der engen Verbindung der Berufstätigkeit der Beteiligten, wird — offenbar weit überwiegend — der Zusammenschluß in einer Gemeinschaftspraxis nur zwischen den Vertretern gleicher Disziplinen für zulässig erachtet.

##### 1.1.2

Die Praxis- und Apparategemeinschaft erstrebt keine gemeinsame Berufsausübung, sondern lediglich die gemeinsame Nutzung von Räumen, Einrichtungen und Geräten für die ärztliche Berufsausübung.

Anders als für die Gemeinschaftspraxis ist deshalb bei der Praxis- und Apparategemeinschaft — offenbar unstrittig — auch ein Zusammenschluß von Ärzten verschiedener Disziplinen zulässig (vgl. Bösche, Zeitschrift für Allgemeinmedizin / Der Landarzt 1971, S. 911, Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 4 c zu § 368 c RVO und die Definition der Praxisgemeinschaft bei Narr, Ärztliches Berufsrecht, S. 213, sowie die dort angegebene Literatur). Unstrittig ist weiter, daß sich Praxis- und Apparategemeinschaften auf die gemeinsame Nutzung der gesamten Praxis erstrecken, aber auch auf die einzelner Räume oder Geräte beschränken können (vgl. Narr, aaO, S. 214). Der Unterschied zwischen den Begriffen der Praxis- und der Apparategemeinschaft, die weitgehend synonym gebraucht werden, kann gerade darin ersehen werden, daß die erstere die gemeinschaftliche Benutzung der Räume mit umfaßt und letztere sich nur auf die Benutzung von Apparaten erstreckt.

Es kann danach nicht zweifelhaft sein, daß eine Praxis- oder Apparategemeinschaft auch mit Geräten ausgestattet sein darf, die nur von einem oder einzelnen Beteiligten benützt werden können, weil sie für die anderen gebietsfremd sind.

### 1.1.3

Aus der Formulierung des § 17, der schlechthin von „Zusammenschlüssen“ spricht, ist weiter zu folgern, daß es weder auf die Rechtsform anzukommen hat, in der sich die gemeinschaftliche Nutzung vollzieht, noch auf die Eigentumsverhältnisse an den Einrichtungen und Apparaten.

Die Definitionen und Muster für die Gestaltung von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften, die in die Literatur Eingang gefunden haben, gehen von einem Zusammenschluß in der Form der Gesellschaft des bürgerlichen Rechts und dem gemeinsamen Eigentum an der Praxiseinrichtung aus. Diese Gestaltung ist aber weder ein essentielles Kriterium der Begriffe „Gemeinschaftspraxis“ und „Praxisgemeinschaft“, noch ist sie in § 17 BO zwingend vorgegeben, der diese durch die innerärztliche Diskussion präformierten Begriffe nicht verwendet.

Dabei ist zu beachten:

Jede Reglementierung der Rechtsformen, unter denen sich die interkollegiale Kooperation vollzieht, würde ihrer Natur nach sowohl einen Eingriff in die Vertragsfreiheit als auch eine Regelung der Berufsausübung bedeuten. Für solche Eingriffe gibt es um so weniger eine sachliche Rechtfertigung, als die Ausgangsbasis, aufgrund deren sich die Kooperation vollzieht, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Partner, aber auch die Intensität und die intendierte Dauer der Zusammenarbeit denkbar unterschiedlich sein können. So kann die gemeinsame Berufsausübung etwa die Praxisübergabe zwischen Vater und Sohn vorbereiten, sie kann aber auch bei jungen Kollegen, die sich gemeinsam niederlassen, auf die gesamte Dauer der Berufsausübung angelegt sein.

Vor allem kann aber bei der Praxis- und Apparategemeinschaft die Frequenz und Intensität der Gerätenutzung bei den einzelnen Beteiligten außerordentlich verschieden sein. Ein „Typenzwang“ würde damit unter Umständen einzelne Partner zu unwirtschaftlichen Investitionen zwingen, die im Ergebnis nur eine sinnvolle Abrechnung der Unkosten nach den üblichen Sachkostentarifen erschwert.

Hätte die BO einen Typenzwang gewollt, so hätte sie dies – insbesondere im Hinblick auf Art. 12 GG – als Beschränkung der Berufs- und der allgemeinen Handlungsfreiheit in § 17 deutlich erkennbar machen müssen.

### 1.1.4

Gleichwohl werden aus den Begriffen „Zusammenschlüsse“ und „gemeinschaftliche Nutzung“ Mindestanforderungen in Richtung auf eine Mittel-Zweckgemeinschaft herzuleiten sein. Der Arzt, der eine Praxis einrichtet und an Kollegen vermietet, ohne sie für eine eigene ärztliche Tätigkeit zu nutzen, beteiligt sich nicht an einer wie auch immer gearteten „gemein-

schaftlichen Nutzung“. Er tritt dem Kollegen wie ein unbeteiligter Dritter im Rahmen einer gewerblichen Tätigkeit gegenüber.

Andererseits wird die Voraussetzung der „gemeinschaftlichen Nutzung“ stets erfüllt sein, wenn eine Kooperation auf eine gemeinsame *technische und ökonomische* Nutzung von Praxisräumen und/oder Apparaten abzielt und damit einen Rationalisierungserfolg für die ärztliche Berufstätigkeit *aller Beteiligten* (einschließlich des Praxisinhabers) erstrebt.

Dem Erfordernis des „Zusammenschlusses“ wird eine interkollegiale Kooperation schon dann genügen, wenn sie auf *festen Absprachen* beruht, die den Beteiligten eine planmäßige, mit den Bedürfnissen der Partner koordinierte Nutzung der Räume und/oder Apparate sichert. Nur auf dieser Basis ist auch wohl ein Rationalisierungseffekt auf Seiten aller Beteiligten vorstellbar. Er ist das eigentliche Motiv des Zusammenschlusses zur Praxis- und Apparategemeinschaft, während bei der Gemeinschaftspraxis eine Fülle weiterer Motive dazutritt.

### 1.1.5

Daß auch die gemeinschaftliche Nutzung eines Teiles der Praxiseinrichtung und selbst eines einzelnen Gerätes den Begriff der Praxis- oder Apparategemeinschaft und damit eines „Zusammenschlusses zur gemeinschaftlichen Nutzung“ erfüllen kann, wurde am Beispiel der Kooperation von Vertretern verschiedener Disziplinen unter 1.1.2 bereits aufgezeigt (vgl. dazu auch das Beispiel des Autoanalysers bei Narr, aaO, S. 214).

### 1.1.6

Stehen die gesamten Apparate im Eigentum eines Partners, bei Modell D also in dem des Praxisinhabers, so ist das Kriterium der „gemeinschaftlichen Nutzung“ nicht mehr erfüllt, wenn bei einer wirtschaftlichen Betrachtung das Schwergewicht eindeutig bei der „isolierten“ Nutzung eines oder einzelner Apparate liegt, die der Praxisinhaber wegen der Gebietsbegrenzung selbst nicht benutzen kann. Dagegen erfüllt Modell D die Voraussetzungen des § 17 BO, wenn die Nutzung des fachfremden Gerätes mit einer gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen, Praxiseinrichtungen sowie einer gemeinsamen Beschäftigung von Hilfspersonal verbunden ist und in dieser *gemeinsamen* Nutzung der von beiden Seiten erstrebte Rationalisierungseffekt liegt.

Dies bedeutet:

Für die Untersuchung der rechtlichen Zulässigkeit des Modells – in der abstrahierten Fragestellung (1.2.1) – sind zwei Alternativen zu unterscheiden: die Einbindung des Gerätes in eine gemeinsame Nutzung von Praxiseinrichtungen und die „isolierte“ Nutzung. Diese beiden Alternativen sollen in 1.3 und 1.4 gesondert erörtert werden.

## 1.2 Die Bestimmungen des Kassenarztrechts

Bestimmungen über die berufliche Kooperation der Kassenärzte enthält nur § 33 der Zulassungsordnung für Ärzte (ZOÄ):

**MENADIER**  
ein Hamburger Unternehmen, seit 1788,  
stellt vor:

# Malinert®

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, wie Wirbelsäulen-Syndrom, Lumbago, Myalgien, Wurzelneuritiden sowie gegen Schulter-Arm-Syndrom, Neuralgie, Ischi-

algie.

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit.

## MALINERT – die preisbewußte Therapie

### Therapie-Kosten\*) mit MALINERT-Dragees

pro Einzeldosis	–.26 / –.29 DM
pro Tagesdosis	–.78 / –.87 DM

\*) Basis: Apothekenverkaufspreise lt. AT für MALINERT à 50 und 20 Dragees.

## Deshalb **Malinert**®-Dragees -Salbe das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

- für die preisbewußte Therapie
- in therapie-gerechten Abpackungen
- wirksam und verträglich

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgie, Lumbago, Neuralgien, Myelgien, Wurzelneuritiden.  
Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 200 mg Metemizol (= Phenyläthylmethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsäures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenyläthylmethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octotiamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

100 g MALINERT-Salbe enthalten: 2 g Aneurinchloridhydrochlorid, 1 g Menthol, 1,25 g Nicotinsäurebenzylester, 3 g Campher, 10 g Äthylenglykolmonosalicylat.

Dosierung und Anwendungsweise: MALINERT-Dragees: Täglich 3mal 1 Dragee am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit. MALINERT-Salbe: Morgens und abends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

Kontraindikationen (für MALINERT-Dragees): Hepatische Porphyrie, Granulozytopenie; Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzmitteln; Hämorrhagische Diathese, Magen- und Derm-Ulcera; Hinweis: Anwendung in den letzten 4 Wochen der Gravidität vermeiden.

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):  
OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. .... DM 5,85  
Packung mit 50 Dragees, AV m. MwSt. DM 13,10  
OP mit 30 g Salbe, AV m. MwSt. .... DM 5,70

Muster und Literatur von MALINERT erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.  
**MENADIER Heilmittel GmbH · Postfach 501 004 · 2 Hamburg 50**

- (1) Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxis-einrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten.
- (2) Die gemeinsame Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Kassenärzten. Sie bedarf der vorherigen Zustimmung durch den Zulassungsausschuß. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sind vor Beschlußfassung zu hören. Die Zustimmung kann nur erteilt werden, wenn die Versorgung der Versicherten es erfordert und landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung dem nicht entgegenstehen.

Von unmittelbarem Interesse für Modell D ist Abs. 1 Satz 1. Er geht in seinem „Liberalisierungseffekt“ noch über § 17 BO hinaus, weil er die näher bezeichneten Formen der Kooperation ausdrücklich auch auf die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal erstreckt, keinen „Zusammenschluß“ voraussetzt und diese Kooperationsformen ausdrücklich für zulässig erklärt, ohne sie der Meldepflicht zu unterwerfen. Auch das Erfordernis der „gemeinsamen“ Nutzung ist wohl schwächer als das der „gemeinschaftlichen“, das auf eine engere Zweckverbindung hindeutet. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, daß das Kassenarztrecht hinsichtlich der Kooperationsformen auf Stufen unterhalb der Gemeinschaftspraxis zumindest keine strengeren Anforderungen stellt als die Berufsordnung. Gedeckt sind danach durch die positivrechtliche Regelung jedenfalls Zusammenschlüsse in der Form der Praxis- und Apparategemeinschaften.

### 1.3. Einbindung in eine gemeinschaftliche Nutzung

Ob eine Kooperation nach Modell D in ihrer konkreten Gestaltung unter den Begriff der Praxis- oder Apparategemeinschaft fällt, ist deshalb von Bedeutung, weil diese Formen der Kooperation innerhalb der Ärzteschaft eingehend diskutiert und als notwendige Rationalisierungsmaßnahmen in § 17 BO, also in einer positivrechtlichen Regelung, eindeutig anerkannt sind. Sie werden sowohl in der allgemeinen wie in der kassenärztlichen Praxis in einer unübersehbaren Vielfalt nuancierter Gestaltungsformen vollzogen.

Für den Bereich des Kassenarztrechts wird die Bedeutung einer Einordnung unter die in § 33 Abs. 1 Satz 1 ZOÄ angesprochenen Kooperationsformen noch dadurch unterstrichen, daß sie hier ausdrücklich für zulässig erklärt werden und daß das Kassenarztrecht dabei ersichtlich zumindest keine strengeren Anforderungen an die Zielsetzung und nähere Gestaltung der Kooperation stellt als § 17 BO.

Die Prüfung, ob in dem der Untersuchung zugrunde liegenden Einzelfall eine Praxis- bzw. Apparategemeinschaft gegeben ist, führt anhand der aufgezeigten Kriterien zu folgendem Ergebnis:

Bei wirtschaftlicher Betrachtung, insbesondere bei Berücksichtigung des Investitionsaufwandes, steht die gemeinsame Nutzung und der damit zu erzielende Rationalisierungseffekt als Motivation der Kooperation für den Praxisinhaber wie auch für die Frauenärzte außer Zweifel. Der in der internistischen Gemein-

schaftspraxis stehende Mammomat ist an die Röntgenanlage angeschlossen und nur als Teil dieser Anlage funktionsfähig. Der Anschaffungspreis des Mammomaten ohne Röntgengenerator beträgt nur einen Teil der Investitionskosten für eine betriebsfertige Röntgenanlage. Das wirtschaftliche Schwergewicht der Kooperation liegt damit selbst dann bei der *gemeinschaftlichen* Nutzung, wenn außer Betracht bleibt, daß notwendig die Praxisräume von den Frauenärzten partiell mitgenützt werden, und daß der Praxisinhaber auch die Dienstleistungen des Assistenzpersonals zur Verfügung stellt. Die Anschaffung des Mammomaten macht die gemeinschaftliche Nutzung der Röntgenanlage möglich, ist also wirtschaftlich kein Selbstzweck, sondern notwendige Voraussetzung des angestrebten Rationalisierungseffektes.

### 1.4 Die isolierte Apparatenutzung

#### 1.4.1

Gestaltungsformen im Rahmen des Modells D, bei denen nicht die gemeinschaftliche, sondern eine isolierte Nutzung im Vordergrund steht, fallen weder unter die Begriffe der Praxis- oder Apparategemeinschaft noch unter einen weiteren Anwendungsbereich des § 17 BO und des § 33 ZOÄ. Daraus kann aber nicht gefolgert werden, daß solche Formen der Kooperation verboten wären. § 17 BO hat nach Wortlaut und Sinngehalt nicht den Charakter einer Ausnahme von einem generellen Kooperationsverbot. Rechtstechnisch gesehen beinhaltet er nicht mehr als eine Ordnungsvorschrift (deren Verletzung im übrigen die Rechtmäßigkeit von Praxis- oder Apparategemeinschaften nicht berührt). Läßt sich eine Form der Gerätenutzung nicht unter § 17 BO subsumieren, so ergibt sich daraus unmittelbar nur die rechtliche Konsequenz, daß die Anzeigepflicht entfällt.

Ähnliches muß für § 33 Abs. 1 Satz 1 ZOÄ gelten. Die Feststellung, daß bestimmte Formen der Kooperation zulässig sind, trägt die Schlußfolgerung, alle übrigen sollten verboten sein, schon deshalb nicht, weil Satz 2 eine bestimmte Form der Kooperation ausdrücklich verbietet. Er wäre unnötig, wenn Satz 1 bereits den Umfang der insgesamt zulässigen Kooperationen festschreiben wollte. Zum gleichen Ergebnis führt der Vergleich zwischen den Aussagen in Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 („zulässig“ und „nur zulässig“).

Im übrigen wird bei einem Vergleich der Schutzfunktionen des Abs. 1 mit denen des Abs. 2 davon auszugehen sein, daß alles, was unterhalb der Schwelle der gemeinsamen Nutzung liegt, insbesondere also die *Alleinnutzung* fremder Geräte in einer fremden Praxis, von § 33 ZOÄ nicht erfaßt wird und – per se – keinen Beschränkungen unterliegen soll. Hätte der Normgeber etwas anderes gewollt, so hätte er einen entsprechenden Eingriff in die freie Berufsausübung anordnen und nach Art, Inhalt und Ausmaß näher bestimmen müssen (vgl. I 1.1.3).

#### 1.4.2

Wegen der grundsätzlichen berufspolitischen Bedeutung der Frage nach der Zulässigkeit der Benützung fremder Praxiseinrichtungen sollen auch die Parallelen in Betracht gezogen werden:

Die beteiligten Krankenhausärzte sind – wie schon § 368 n Abs. 3 Satz 1 RVO zu entnehmen ist – berechtigt (und nach ihren Dienstverträgen im Hinblick auf den erstrebten Rationalisierungseffekt auch verpflichtet), bei ihren ambulanten ärztlichen Leistungen, d. h. in ihrem freiberuflichen Nebentätigkeitsbereich, die Räume und Einrichtungen ihres Krankenhauses zu benützen. Sie erbringen also ihre ambulanten Leistungen schlechthin mit fremden Einrichtungen, für deren Benützung sie ein Nutzungsentgelt zu entrichten haben. Ein wesentlicher Unterschied zum niedergelassenen Arzt liegt freilich darin, daß der beteiligte Krankenhausarzt weder nach der BO verpflichtet, noch nach seinem Dienstvertrag (regelmäßig) auch nur berechtigt ist, eine eigene Praxis einzurichten.

Dieses unterscheidende Merkmal fehlt dagegen im Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten mit und ohne belegärztliche Tätigkeit. Auch der Belegarzt muß eine eigene Praxis einrichten (vgl. § 9 MBO); denn er ist primär ein niedergelassener Arzt mit allen Rechten und Pflichten. In aller Regel ist aber auch der Belegarzt berechtigt, die Krankenhauseinrichtungen für ambulante Leistungen zu benützen und es ist üblich, von solchen Nutzungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Dann aber ist schwer einzusehen, mit welcher Begründung dem Belegarzt, aber auch dem niedergelassenen Arzt die Benützung ähnlicher Einrichtungen in fremden Praxen verboten sein könnte und umgekehrt, warum der Praxisinhaber nicht solche Einrichtungen seinen Kollegen gegen Erstattung der Sachkosten sollte zur Verfügung stellen dürfen. Das Motiv, durch eine möglichst hohe Nutzungsfrequenz kostspieliger Einrichtungen Deckungsbeiträge zu den Investitions- und Betriebskosten zu erzielen, ist auf Seiten des Praxisinhabers das gleiche wie auf Seiten des Krankenhausärzters.

Wollte man die Benützung fremder Geräte in fremden Praxen verbieten, so würde dies im Ergebnis auf die Einführung eines „Typenzwanges“ hinauslaufen, nämlich auf den Erwerb von Miteigentum an dem oder den genutzten Geräten. Es gibt aber keine sachliche Begründung, die einen solchen Eingriff in die Berufsfreiheit rechtfertigen würde. Insbesondere würde dies nicht etwa Mißbrauchsmöglichkeiten bei der Gerätebenutzung verhindern oder auch nur erschweren.

Es kann auch keine Rede davon sein, daß dies die für die Gerätebenützer günstigere Regelung sein müßte.

## 1.5

Von essentieller Bedeutung ist für die Beurteilung der rechtlichen Zulässigkeit des Modells, daß es von seiner Konzeption her die persönliche Leistung des Arztes und Kassenarztes unberührt läßt.

Vom Zusammenschluß in Gemeinschaftspraxen, Praxis- und Apparategemeinschaften sowie von Formen der interkollegialen Zusammenarbeit unter dieser Schwelle, aber auch von der Nutzung von Krankenhauseinrichtungen durch niedergelassene oder beteiligte Ärzte sind strikt Unternehmungen zu unterscheiden, die ärztliche Leistungen im *eigenen* Namen erbringen und sie dem Kostenträger oder dem Arzt bzw. Kassenarzt anbieten. Bei dieser letzteren Gestaltung nutzt der Arzt – anders als bei Modell D – nicht fremde Geräte für eigene Leistungen, sondern erhält fer-

tige Ergebnisse. Alle Bestimmungen, die sich auf Leistungen beziehen, die nicht von Kassenärzten erbracht werden, finden auf Modell D keine Anwendung, gleich ob es sich dabei um Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 f Abs. 4 RVO) oder um Leistungen aufgrund von Ermächtigungen (§ 10 BMV) handelt.

## Ergebnis:

Modell D ist nach den Vorschriften der BO und des Kassenarztrechts über die interkollegiale Zusammenarbeit grundsätzlich – d. h. vorbehaltlich der sich aus anderen Normkomplexen ergebenden Schranken – zulässig, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob es dabei um eine in eine größere Gesamtnutzung eingebundene „gemeinsame“ oder um eine „isolierte“ Nutzung des für den Praxisinhaber gebietsfremden Gerätes geht.

## 2 Praxisausstattung

Zu prüfen ist, ob es Gebote oder Verbote gibt, die Untergrenzen und/oder Obergrenzen für die Ausstattung der Arzt- bzw. Kassenarztpraxis mit medizinisch technischen Einrichtungen festlegen.

Eine vorgegebene Mindestausstattung könnte der Senkung der eigenen Praxiskosten durch Verlagerung eines Teiles der ärztlichen Tätigkeit in eine fremde Praxis entgegenstehen; Vorschriften über eine Maximalausstattung könnten daran hindern, fachfremde Einrichtungen in die Praxis aufzunehmen.

### 2.1 Mindestausstattung

#### 2.1.1

Die in Bayern geltende Berufs- und Weiterbildungsordnung enthält – ebenso wie die neue Muster-Berufs- und Weiterbildungsordnung (M-BO, M-WO) – keine Vorschrift über die Mindestausstattung der ärztlichen Praxis. Im Gegensatz dazu bestimmte § 34 Abs. 1 BO 1958, daß die Fachärzte über die notwendigen Einrichtungen zur Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit verfügen müssen.

Die Verpflichtung zu einer den Bedürfnissen der jeweiligen Praxis entsprechenden Mindestausstattung ergibt sich jedoch bereits aus der Generalklausel des § 1 Abs. 3 BO (§ 1 Abs. 3 M-BO), die den Arzt zur sorgfältigen Berufsausübung verpflichtet. Sie ist weiter aus den straf- und zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen gegen pflichtwidrige Berufsausübung herzu- leiten.

Der Arzt muß danach in seinen Praxisräumen über die Einrichtungen verfügen, die er für die sachgemäße Ausführung seiner diagnostischen und therapeutischen Leistungen benötigt. Dazu gehören beim operierenden Arzt z. B. Apparate und Geräte, die er im Rahmen der dringlichen Zwischenfallstherapie benötigt.

Dieser Aspekt entfällt bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die ohne Nachteile für den Pa-

tienten räumlich und zeitlich getrennt von der übrigen Behandlung erbracht werden können.

### 2.1.2

Im Kassenarztrecht gilt die Generalklausel, daß die Leistungen des Kassenarztes „nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig“ sein müssen (§ 4 Abs. 2 Bundesmantelvertrag und § 368 e S. 1 RVO). Dies setzt eine Praxiseinrichtung voraus, die den medizinischen Erfordernissen entspricht (vgl. für Röntgenleistungen § 15 und für ärztliche Sachleistungen § 16 Abs. 2 BMV). Mängel der Praxiseinrichtung gefährden die Effektivität der Mitwirkung des zugelassenen Arztes an der kassenärztlichen Versorgung.

Obwohl § 16 Abs. 2 BMV seinem Wortlaut nach darauf abstellt, daß der Facharzt die für die Sachleistungen geeigneten Einrichtungen „besitzt“, können auch aus spezifischer kassenärztlicher Sicht keine Bedenken erhoben werden, wenn Kassenärzte einen Teil ihrer Leistungen in Gemeinschaftseinrichtungen, in fremden Praxisräumen oder – wie vor allem zur Kassenpraxis zugelassene Belegärzte – im Krankenhaus erbringen. Daß dies nach allgemeiner Auffassung aber auch nach den Vorstellungen des Gesetzgebers zulässig ist, ergibt sich u. a. aus den bereits erörterten Bestimmungen der BO und der ZOÄ über die Praxis- und Apparategemeinschaften, aus der umsatzsteuerrechtlichen Begünstigung ärztlicher Gemeinschaftseinrichtungen (vgl. II 8) und aus § 368 n Abs. 3 RVO, der die unmittelbare Vergütung des Sachkostenanteiles ambulanter ärztlicher Sachleistungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenhäusern auch für zugelassene Ärzte vorsieht.

Mit diesen Erwägungen stimmt § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages (BMV) überein. Er fordert zwar den Nachweis, daß dem Kassenarzt eine ausreichende Röntgeneinrichtung *zur Verfügung steht*, nicht aber, daß seine eigene Praxis mit einer solchen Einrichtung ausgestattet ist. Im gleichen Sinne ist § 16 Abs. 2 BMV auszulegen.

### 2.1.3

Auch das Verbot, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten (§ 6 BO, § 9 Abs. 2 S. 1 M-BO) steht der Erbringung bestimmter Leistungen in Apparategemeinschaften, fremden Praxen oder Krankenhäusern nicht entgegen. Der Arzt hält sich hier nicht allgemein zur Behandlung von Patienten bereit; es handelt sich vielmehr um eine Verlagerung einzelner Leistungen aus der Praxis.

## 2.2 Obergrenzen

Gebote oder Verbote, die Obergrenzen für die Praxiseinrichtung vorsehen, etwa indem sie die Ausstattung mit gebietsfremden Apparaten verbieten, gibt es weder im allgemeinen ärztlichen Berufsrecht noch im Kassenarztrecht. Es gibt auch keine Vorschriften, die es dem Inhaber einer Arztpraxis verbieten, seine Praxisräume, ihre Einrichtungen oder einzelne Geräte und Apparate den Vertretern anderer Disziplinen zur Benutzung oder Mitbenutzung zu überlassen.

Im Ergebnis ist danach festzuhalten:

Modell D findet – ebenso wie andere Formen der Gerätenutzung – Grenzen darin, daß der niedergelassene Arzt in seiner *eigenen Praxis* über eine Mindestausstattung verfügen muß, deren Art und Umfang sich nach den Leistungen bestimmt, die er hier erbringt. Welche Einrichtungen unter diesem Gesichtspunkt nach außen verlagert und außerhalb der eigenen Praxisräume genutzt werden dürfen, läßt sich nicht generell und für alle Disziplinen einheitlich bestimmen.

Im konkreten Fall bestehen gegen die Benutzung des Mammomaten durch die Frauenärzte außerhalb ihrer Praxisräume aus dieser Abgrenzung ersichtlich keine Bedenken. Es handelt sich um eine diagnostische Leistung, die ohne jeden Nachteil für ihre Effektivität und ohne Gefährdung des Patienten von den übrigen Leistungen abgetrennt werden kann, was sich schon daraus ergibt, daß Frauenärzte, die über keinen Mammomat verfügen, ihre Patientinnen zur Mammographie an Radiologen überweisen. Hier haben die Frauenärzte die Genehmigung für die Mammographie aufgrund des Nachweises ihrer Fachkunde erhalten, sowie aufgrund des weiteren Nachweises, daß ihnen der Mammomat in der internistischen Gemeinschaftspraxis zur Verfügung steht\*).

## 3 Fachgebietsbeschränkung

### 3.1

Der Arzt, der eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in dem Gebiet tätig werden, dessen Bezeichnung er führt (§ 33 Abs. 1 BO, § 17 M-WO). Dieses Gebot gilt auch für die kassenärztliche Tätigkeit (BSG 23, S. 99). Es soll die berufliche Leistungsfähigkeit durch fortdauernde Spezialisierung sicherstellen (Bayer. VerfGHE n. F. 5 II S. 161 und 14 II S. 66, vgl. auch BVerfGE 33, 125/167 ff. im Facharzturteil).

Unzulässig ist nach Wortlaut und Sinngehalt die ärztliche Tätigkeit des Spezialisten auf fremdem Gebiet, nicht das Vorhalten fachfremder Einrichtungen und das Zurverfügungstellen an Ärzte, die sie im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeit nutzen. Die Leistungsfähigkeit des Praxisinhabers auf seinem eigenen Gebiet wird dadurch ersichtlich nicht beeinträchtigt.

Eine Tätigkeit auf fremdem Gebiet ist auch dann gegeben, wenn der Praxisinhaber nichtärztliche Mitarbeiter (seine eigenen oder die der Gerätebenutzer) bei der Erbringung gebietsfremder Leistungen anleitet oder überwacht.

Der konkrete Fall gibt keinen Anhaltspunkt für eine Gebietsüberschreitung durch die Partner der Gemeinschaftspraxis (Internisten).

### 3.2

Zu prüfen bleibt, ob Modell D deshalb der Konzeption der ärztlichen Weiterbildungsordnung widerspricht, weil es ärztlichen Spezialisten die Möglichkeit eröff-

\*) auf Anfrage mitgeteilt durch die KV Bayerns

net, ohne eigene Investitionen für die erforderlichen Einrichtungen und damit ohne eigenes wirtschaftliches Risiko Leistungen in Bereichen zu erbringen, in denen sich ihr Gebiet mit einem Nachbargebiet überschneidet. Daß eine konsequente und systematische Ausschöpfung des Modells bei einzelnen Spezialisten (z. B. Radiologen, Laborärzten) die wirtschaftliche Existenzgrundlage einer freiberuflichen Tätigkeit in Frage stellen könnte, ist keineswegs auszuschließen. Decken andererseits solche Kooperationen aber die damit entstehende Versorgungslücke nicht voll ab (so z. B. hinsichtlich der Röntgentherapie), so könnte ein dringendes gesundheitspolitisches Interesse bestehen, eine solche Entwicklung zu verhindern.

### 3.2.1

Der richtige Ansatzpunkt wäre dann jedoch nicht ein Verbot des hier in Rede stehenden Modells, weil der gleiche Effekt auch über andere Kooperationsformen im Bereich der Praxis- und Apparategemeinschaften sowie über die Erbringung ambulanter ärztlicher Sachleistungen mit Einrichtungen der Krankenhäuser erreicht werden kann. Die verfassungskonforme Lösung läge zweifellos auch nicht in einer generellen oder partiellen Beschränkung der Kooperation; ein solches Rationalisierungsverbot würde die Praxisinhaber nicht erreichen, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. In Betracht zu ziehen wäre vielmehr eine engere Begrenzung der fachlichen Zuständigkeiten in den Überschneidungszonen, die Einführung einer Genehmigungspflicht im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit für diese Bereiche in Form einer Bedürfnisprüfung nach dem Vorbild der Beteiligung leitender Krankenhausärzte und schließlich, als mildestes Mittel der Steuerung, die Berücksichtigung des Rationalisierungsergebnisses in einer degressiven Gebührengestaltung bei höherem Ausnutzungsgrad bestimmter Praxiseinrichtungen.

Bei der Prüfung der Vereinbarkeit solcher Regelungen mit Art. 12 GG wäre freilich zu beachten, daß es bei der Beteiligungsentscheidung des BVerfG um den Konkurrenzschutz des freipraktizierenden Arztes gegenüber dem angestellten Arzt ging, während hier die Konkurrenz zwischen Freiberuflern in Frage steht. Die Berücksichtigung eines Rationalisierungserfolges durch Kooperation, der in einer hohen Auslastung kostspieliger Einrichtungen zum Ausdruck kommt, im Honorarverteilungsmaßstab wäre dagegen primär sachorientiert. Der „Konkurrenzschutz“ wäre hier — ähnlich wie bei Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes gegen eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes (vgl. § 368 f Abs. 1 S. 5 RVO) — ein erwünschter Nebenerfolg (vgl. BSGE 22, 218/221 und im Zusammenhang mit der Beteiligung leitender Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung BVerfGE 16, 286).

### 3.2.2

Bei einer Würdigung des Modells und der Erörterung etwaiger Begrenzungen darf nicht übersehen werden, daß die WO den einzelnen Gebieten keine Monopole für ihren fachlichen Zuständigkeitsbereich einräumt. Ein Vergleich der Definitionen ergibt, daß sich nahezu alle Gebiete in mehr oder minder breiten Zonen überschneiden (vgl. Weißbauer Fachgebietsbeschränkung und Fachgebietsgrenzen, DÄ 1968, S. 867). Eine „Kon-

FRÜHLING FÜR DAS HAAR  
DAS GANZE JAHR — DANK

# pantogar®



## Klinisch belegte Wirkung!

### Literatur:

Tronnier H. und Plitzer H., KOSMETOLOGIE 1972/Nr. 6  
Kauffmann M., Oiss. 1973

### Indikationen:

Wachstumsstörungen und degenerative Veränderungen der Haarstruktur (auch als Auswirkung von Krankheiten wie Vitaminmangel, Überlastungs- und Erschöpfungszustände, psychische Affektionen, Vergiftungen), Haar-ausfall, schwache Nägel und Nagelerkrankungen. Auch zur vorbeugenden und kosmetischen Anwendung.

### Kontraindikation:

Sulfonamidbehandlung (mögliche Beeinträchtigung der Sulfonamidwirkung durch p-Aminobenzoesäure).

Zusammensetzung:	1 Dragée	1 Kapsel
Thiaminum (DCI); Aneurin	0,015 g	0,060 g
Calcii pantothenas (DCI)	0,015 g	0,060 g
Saccharomyces madic. (VIGAR-Hafa)	0,025 g	0,100 g
L-Cystin	0,005 g	0,020 g
Keratin	0,005 g	0,020 g
Acid. p-aminobenzoicum	0,005 g	0,020 g

Reg.-Nr. P 1912 (Drg.)  
46 868 (Kps.)

Apothekenpflichtig

### Packungen:

90 Kapseln (30 Tage)	AVP m Mwst	DM 42,60
300 Kapseln (100 Tage)	AVP m Mwst	DM 123,40
300 Dragées (25 Tage)	AVP m Mwst	DM 30,45
1200 Dragées (100 Tage)	AVP m Mwst	DM 84,55

# pantogar®

Hersteller: PHARMA-VINCI A/S, Kopenhagen  
Vertrieb: Georg Simons Chemische Fabrik,  
8035 Gauting/Obb.

kurrenz" zwischen den einzelnen Gebieten ist in der Weiterbildungsordnung in diesen Bereich bewußt zugelassen, wenn nicht sogar im Interesse des medizinischen Fortschrittes vorprogrammiert.

Der Spezialist, der sich bemüht, im Wege der Kooperation mögliche Rationalisierungseffekte zu nützen, um seine fachliche Kompetenz voll auszuschöpfen, handelt damit nicht gegen den Geist der Weiterbildungsordnung. Das gleiche muß für denjenigen gelten, der ihm die dazu benötigten Räume, Einrichtungen und Hilfspersonal zur Verfügung stellt.

Die Erwägungen über Schutzvorschriften zugunsten einzelner durch Kooperation möglicherweise in ihrer Existenz bedrohten Fachgebiete machen zugleich deutlich, daß etwaige Verbote nicht aus dem Geist der Weiterbildungsordnung oder des Kassenarztrechts hergeleitet werden können, sondern gerade im Bereich der Berufsfreiheit dezidiert normativer Regelungen bedürfen, die Inhalt, Art und Umfang der zulässigen Beschränkung unter strikter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit bestimmen, d. h., das mildeste Mittel wählen, mit dem der erstrebte Erfolg noch erreicht werden kann.

Anhaltspunkte dafür, daß im konkreten Fall die Kooperation zwischen der internistischen Gemeinschaftspraxis und den Frauenärzten die wirtschaftliche Existenz einer radiologischen Praxis bedroht hätte, können dem Sachverhalt nicht entnommen werden.

#### 4 Persönliche Leistung

Der Kassenarzt hat die kassenärztliche Tätigkeit *persönlich* auszuüben (§ 32 Abs. 1 S. 1 ZOÄ, § 4 Abs. 1 BMV und ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. BSGE 20, 52; 22, 218; 39, 288, sowie Bundesverfassungsgericht in BVerfGE 16, 286 und 33, 171). Mit dieser Grundverpflichtung des Kassenarztes ist Modell D von der Konzeption her voll vereinbar. Es zielt aus der Sicht aller Beteiligten darauf ab, daß der Praxisinhaber den Vertretern anderer Disziplinen die Einrichtungen und Hilfskräfte zur Verfügung stellt, die sie benötigen, um bestimmte Leistungen auf ihrem Gebiet zu erbringen.

Der Praxisinhaber stellt das Gerät zur Verfügung („den Mammomaten“), nicht die medizinische Leistung („die Mammographie“).

Folgende Grenzen sind dabei zu beachten:

##### 4.1

Der *Praxisinhaber* darf mit den für ihn fachfremden Geräten weder selbst Leistungen erbringen, noch kann er die persönliche Anleitung und Überwachung der Hilfskräfte übernehmen. Diese müssen vielmehr der fachlichen Weisung der Ärzte unterstellt werden, in deren fachlichem Aufgabenbereich das Gerät benutzt wird.

##### 4.2

Die Ärzte, die mit dem Gerät diagnostische oder therapeutische Leistungen erbringen, müssen die in der fremden Praxis bei der Benutzung des Gerätes täti-

gen Hilfskräfte anleiten und überwachen. Die Verpflichtung zur persönlichen Leistung läßt zwar die Inanspruchnahme von Hilfskräften zu. Deren Mitwirkung kann aber nach BSGE 39, 288, 289 nur dann zur ärztlichen Behandlung gerechnet werden, „wenn der Arzt verantwortlich an dieser Hilfeleistung durch eine je nach der Lage des Falles mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung des Hilfspersonals mitgewirkt hat“.

Wie weit die persönliche Anleitung und Überwachung zu gehen hat, bestimmt sich nach den (generellen) medizinischen Erfordernissen der jeweils in Frage stehenden Leistung, nach der Ausbildung und Erfahrung der Hilfskräfte, sowie nach den individuellen Umständen des Einzelfalles (vgl. das „Famuli“-Urteil des BGH, Brenner, Med. Welt 72, 235, Weißbauer, Rechtliche Grundfragen der Arbeitsteilung, Anaesth. Inf. 76, 25, Opderbecke/Weißbauer, Anaesth. Inf. 73, 216 und 74 H. 4). Entscheidend ist vor allem, ob die Leistung mit Risiken verbunden ist, die nur der Arzt zu beherrschen vermag oder ob es um vorwiegend technische Verrichtungen geht, die eine Hilfskraft unter Umständen genauso gut (oder besser) beherrscht als der Arzt (vgl. zur technischen Überprüfung von Geräten durch Hilfskräfte das Tubus-Urteil des BGH, NJW 75, 2245).

Im Bereich des Kassenarztrechts ist es der spezifische Sinn der dem Arzt gegenüber den Hilfskräften obliegenden Leitungs- und Überwachungspflichten, die ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten, d. h. die Qualität der Leistung, sicherzustellen. Die praktischen Probleme, die Modell D bietet, unterscheiden sich insoweit nicht von anderen Formen der Kooperation, bei denen die eigene Praxis von den Räumen getrennt ist, in denen bestimmte medizinische Leistungen erbracht werden. Ob im Einzelfall die Voraussetzungen, die an eine ausreichende Anleitung oder Überwachung der Hilfskräfte zu stellen sind, auf Seiten des Gerätebenutzers erfüllbar sind und tatsächlich erfüllt werden, kann nur von Fall zu Fall mit Hilfe medizinischer Sachverständiger festgestellt werden.

Zur speziellen Frage, wie weit bei standardisierten Aufnahmerichtungen Hilfspersonen (Röntgenassistenten) zur Mitwirkung herangezogen werden dürfen, hat sich der Vorsitzende der Deutschen Röntgen-gesellschaft, Professor Dr. med. Wolfgang Frik, mit Schreiben vom 22. Oktober 1975 gegenüber dem Bundesgesundheitsminister wie folgt geäußert:

„Die Röntgeneinrichtung, also der ‚Apparat‘, ist dabei nur des Handwerkszeug – ähnlich wie die Instrumente für den Chirurgen –, ohne das wir nicht auskommen, das aber allein keine Untersuchung oder Behandlung ausführen kann. Was ‚Hilfskräfte‘, also medizinisch-technische Radiologie-Assistentinnen, bei der Röntgenuntersuchung machen, ist ebenfalls nicht die Untersuchung selbst, sondern tatsächlich nur eine Hilfeleistung: Sie fertigen auf Anordnung des Radiologen diejenigen Röntgeneutnahmen an, für die von Ärzten standardisierte Aufnahmerichtungen festgelegt sind, und leisten bei den Röntgenuntersuchungen mit Durchleuchtung oder instrumentellen Eingriffen technische Hilfe.“

##### 4.2.1

Ein übergroßes Leistungsvolumen, das der Kassenarzt bei der KV abrechnet, wird als Indiz dafür gelten

können, daß er einen Teil der Leistungen nicht persönlich oder nicht mit der gebotenen Gründlichkeit erbracht hat. Bei Beachtung des Grundsatzes der persönlichen Leistungspflicht kann allerdings Modell D nicht zu einer unmittelbaren Ausweitung des Leistungsvolumens beim Praxisinhaber führen, weil er die in Rede stehenden Leistungen weder selbst erbringt noch abrechnet. Daß die Kooperation durch ihren Rationalisierungseffekt eine Verbesserung der Praxisausstattung ermöglicht und damit zugleich die Leistungsfähigkeit der Praxis steigert, ist nicht nur legitim, sondern geradezu der Zweck, der im öffentlichen Interesse mit den verschiedenen Formen interkollegialer Kooperationen erstrebt wird.

Eine solche Entwicklung bedeutet aber kein Risiko hinsichtlich der ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung der Versicherten. Der größere „Umsatz“ geht nicht auf Kosten der Qualität oder zu Lasten der persönlichen Leistung, sondern ist Ausdruck eines differenzierten Leistungsangebotes zugunsten aller Patienten.

#### 4.2.2

Die freie Arztwahl, die nach § 17 Abs. 2 BO bei allen Formen der gemeinsamen Berufsausübung zu gewährleisten ist, wird durch eine Kooperation nach Modell D nicht berührt, weil dabei ein Wechsel des behandelnden Arztes nicht stattfindet.

#### 4.3

Es ist nicht zu verkennen, daß die Kooperation nach Modell D die Nachprüfung erschwert, ob die Grenzen der persönlichen Leistung bei der Überwachung des Hilfspersonals beachtet werden. Daraus allein können aber keine Zweifel gegen seine rechtliche Zulässigkeit hergeleitet werden. Den gleichen Effekt haben wohl alle Formen der ärztlichen Zusammenarbeit in Praxis- oder Apparategemeinschaften.

Die Überprüfung des konkreten Falles anhand des mitgeteilten Sachverhalts ergibt nicht die mindesten Anhaltspunkte dafür, daß der oder die Praxisinhaber den Mammomaten selbst benutzt oder für die Frauenärzte die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals übernommen hätten. Die Tatsache, daß es sich um eine internistische *Gemeinschaftspraxis* handelt, ist für die rechtliche Beurteilung ohne Bedeutung. Daß der bereits erwähnte Rationalisierungseffekt sich verdichtet, wenn die Praxiseinrichtungen sowohl durch eine (genehmigte) Gemeinschaftspraxis als auch durch eine mit ihr verbundene Apparategemeinschaft genutzt werden, liegt auf der Hand.

Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob die Frauenärzte ihrer Leistungs- und Überwachungspflicht genügt haben. Auch insoweit fehlen Anhaltspunkte für eine Pflichtverletzung. Nach den organisatorischen Vorkehrungen (Bestellpraxis) war eine geordnete Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals jedenfalls möglich.

## 5 Nutzungsentgelt

Mit dem Grundsatz der persönlichen Zulassung und ihrer Begrenzung auf freipraktizierende Ärzte sind

finanzielle Regelungen unvereinbar, die Dritte (z. B. Krankenhausträger, andere Kassenärzte) am Honorar für die persönliche Leistung des Kassenarztes beteiligen. So wäre es z. B. eine offensichtliche Umgehung der Zulassungs- und Beteiligungsbestimmungen des Kassenarztrechts, wenn etwa der Krankenhausträger sich von beteiligten leitenden Krankenhausärzten die Honoraransprüche gegenüber der KV gegen ein Fixum abtreten ließe, das sich nicht an dem vom Arzt erarbeiteten Honorar orientiert.

Eine solche unzulässige Beteiligung am Honorar wird erreicht, wenn bei Modell D der Praxisinhaber überhöhte Nutzungsentgelte fordert, gleichgültig in welcher Form und nach welchen Maßstäben (pauschal oder nach Art und Umfang der Nutzung).

Diese Mißbrauchsmöglichkeit, die auch bei anderen Kooperationsformen besteht, spricht nicht gegen das Modell als solches, insbesondere wenn es Bemessungsmethoden gibt, die einen solchen Mißbrauch ausschließen.

#### 5.1

Stellt einer der Partner der Kooperation die Räume und Einrichtungen zur Verfügung, so liegt das angemessene Nutzungsentgelt, das jedes Partizipieren an der persönlichen Leistung des Kollegen ausschließt, in einer Kostenerstattung nach dem Kostendeckungsprinzip. Wenn die Kooperation in diesem Modell – ähnlich wie bei anderen partiellen Praxis- und Apparategemeinschaften – die Mitnutzung von Räumen, die Inanspruchnahme von Personal, die gemeinschaftliche Nutzung eines Teiles der Praxiseinrichtung und die Sondernutzung eines oder mehrerer Geräte umfaßt, wird sich die „spitze“ Berechnung der anteiligen Investitions- und Betriebskosten als schwierig gestalten und deshalb in aller Regel einen relativ hohen Verwaltungsaufwand erfordern. Stellt der Praxisinhaber die gesamten Einrichtungen, die Räume, das Personal und den mit den Gebührensätzen der GOÄ bzw. des BMÄ sonst abzugeltenden Aufwand (z. B. die Röntgenfilme), so liegt es für die an der Kooperation Beteiligten nahe, das Nutzungsentgelt nach den Sachkostentarifen zu bemessen, die aufgrund praktischer Erfahrungen für die einzelnen ärztlichen Leistungen entwickelt worden sind.

Für die Ermittlung der Sachkosten ambulanter ärztlicher Sachleistungen gibt es Kostentarife, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der Grundlage des § 368 n Abs. 3 S. 1 RVO vereinbart sind. Die Sachkostenanteile des ärztlichen Honorars werden bei der Benutzung von Krankenhauseinrichtungen durch beteiligte und zugelassene Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen unmittelbar an die Krankenhäuser bezahlt.

Dieses Splitting des Honorars in einen Anteil für die persönliche Leistung des Arztes und den Sachkostenanteil wird in dem hier zu erörternden Fall intern, d. h. zwischen den an der Kooperation beteiligten Ärzten, nachvollzogen. Da die Leistungen des Praxisinhabers (Zurverfügungstellen der Räume, der für die Leistung erforderlichen Einrichtungen und Geräte sowie des Personals) voll denen des Krankenhauses entsprechen und auch keine prinzipiellen Unterschiede in der

Höhe der Investitions- und Betriebskosten erkennbar werden, ist im Verhältnis Praxisinhaber—Frauenärzte für die Berechnung des Nutzungsentgelts die gleiche Ausgangssituation gegeben wie bei einer Benutzung von Krankenhauseinrichtungen. Da alle insoweit interessierenden Elemente gleich sind, sind die Voraussetzungen der Gleichbehandlung gegeben.

Eine solche Berechnung des Nutzungsentgelts kann nicht mit der Begründung beanstandet werden, sie bedeute ein Partizipieren am Honorar für die persönliche Leistung des Arztes. Denn es darf davon ausgegangen werden, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Krankenhausträgern nur die anteilige Erstattung der tatsächlich anfallenden Kosten zusteht. Wären die Sachkostentarife übersetzt, so würden auch den Krankenhäusern mit den Gebühren für die Sachkosten Anteile des Honorars zugewiesen, die auf die ärztliche Leistung entfallen.

## 5.2

Um auch noch kurz die Bedeutung der Eigentumsverhältnisse an den teils gemeinschaftlich, teils gesondert genutzten Einrichtungen und Apparaten am konkreten Beispiel aufzuzeigen:

Sehr viel schwieriger würde sich die Errechnung eines angemessenen Nutzungsentgelts gestalten, wenn etwa der Mammomat gemeinsames Eigentum des (bzw. der) Internisten und der ihn benutzenden Frauenärzte wäre. Dann ergäbe sich nämlich entweder die Notwendigkeit einer spitzigen Berechnung der übrigen anteiligen Kosten oder es müßte ein Abschlag von den Tarifsätzen ermittelt werden, die zwischen KBV und DKG vereinbart sind. Dieser Abschlag wäre im übrigen relativ gering, weil eine solche Lösung die laufenden Betriebskosten (Personal, Röntgenfilme, Energie) unberührt ließen und sich auch im Bereich der Investitionskosten nur auf einen Teil des Aufwandes erstreckte.

Daß auch bei einer solchen Ausgangssituation nicht etwa eine Kostenbeteiligung in Form einer für alle Frauenärzte gleichen Miete oder von Pauschsätzen in Betracht kommen könnte, die den Umfang der in Anspruch genommenen Nutzung (die Leistungsfrequenz) außer Betracht ließe, liegt auf der Hand. Auf die damit begründeten Risiken wird bei Nr. II 6 noch kurz einzugehen sein.

Als Ergebnis läßt sich festhalten: Das im konkreten Fall gewählte System der Berechnung des Nutzungsentgelts ist mit Sicherheit zulässig, während bei allen anderen Irrtümer zum Nachteil der einen oder der anderen Seite und damit auch ein Partizipieren an den persönlichen Leistungen der beteiligten Ärzte nicht von vornherein mit gleicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

## 6 Wirtschaftlichkeit

Zu den Grundpflichten des Kassenarztes gehört weiter die Beachtung der Gebote der Wirtschaftlichkeit. Der Versicherte hat Anspruch auf eine nach den Re-

geln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende Behandlung; Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der Kassenarzt nicht bewirken oder verordnen (§ 368 e RVO).

### 6.1

Modell D erstrebt, falls das Nutzungsentgelt als Kostenerstattung konzipiert ist, eine Praxisrationalisierung für alle beteiligten Ärzte. Der Praxisinhaber erhält damit einen Deckungsbeitrag für seine Investitions- und Betriebskosten, die Gerätebenutzer ersparen sich eigene Investitionen für Anlagen, die sie nicht rationell nutzen können. Der Rationalisierungserfolg kommt darin zum Ausdruck, daß sich der im ärztlichen Honorar enthaltene Sachkostenanteil (vgl. § 5 Abs. 1 GOÄ) zugunsten des Honoraranteils für die persönliche Leistung des Arztes verringert. Dies betrifft die praxisinterne Kalkulation der an der Kooperation Beteiligten, das Verhältnis des Einkommens zum Umsatz wird günstiger.

### 6.2

Im Außenverhältnis, also für die Kostenträger, ist die Kooperation, vom unmittelbaren finanziellen Aufwand her gesehen, „erfolgsneutral“. Ob die Frauenärzte im konkreten Fall die Mammographien in der eigenen oder fremden Praxis, mit eigenen oder fremden Geräten erbringen oder die Patientinnen an den Radiologen überweisen, ist für die Höhe des Mammographie-Honorars ohne Bedeutung.

GOÄ, BMÄ und E-Adgo machen im Gebührensatz keinen Unterschied zwischen Leistungen des Arztes mit eigenem und mit fremdem Gerät.

### 6.3

Mittelbar werden Kooperationsformen, die es den Ärzten ermöglichen, die für Ausschöpfung des medizinischen Fortschrittes erforderlichen teureren Geräte in rationeller Weise zu beschaffen und zu betreiben, die Kostenträger auf weite Sicht finanziell entlasten; denn bei der Kalkulation der Sachkosten wird dieser Rationalisierungseffekt berücksichtigt werden und damit Einfluß auf den Gebührenansatz für die einzelne ärztliche Leistung gewinnen.

Die Frequenz bestimmter Untersuchungen und Behandlungen wird zwar zunehmen, wenn der einzelne Arzt mittels einer kollegialen Kooperation über die dazu benötigten Geräte und Einrichtungen verfügt. Die Kooperation unter diesem Gesichtspunkt verbieten, hieße aber zum einen das Leistungsangebot auf Kosten der Patienten reduzieren und zum anderen den Kassenarzt bevorzugen, der sich die Geräte allein zu beschaffen vermag.

Im übrigen ist aber die Versuchung, bis an die Grenzen der Wirtschaftlichkeit zu gehen, für denjenigen, der sich teure Geräte beschafft hat, ohne sie in seiner Praxis voll auslasten zu können, wohl erheblich höher als in einer Kooperation, bei der sich finanzielle Belastung und Nutzungsmöglichkeiten auf mehrere Ärzte verteilen.

Im konkreten Fall wird die Frequenz der Nutzung des Mammometen ausschließlich durch die Frauenärzte

bestimmt. Die gewählte Form der Kooperation und insbesondere die Bemessung des Nutzungsentgelts nach den Sachkostentarifen, schafft keine „Anreize“ zur Unwirtschaftlichkeit. Dagegen könnte eine Beteiligung an hohen Investitionskosten oder ein pauschaliertes Nutzungsentgelt dahin wirken, daß der Gerätebenutzer versucht wäre, die ihm erwachsenden Kosten durch Ausschöpfen aller Behandlungsmöglichkeit bis an die Grenze des Notwendigen abzudecken.

## 7 Freiberuflichkeit

Der ärztliche Beruf wird in § 1 Abs. 2 der Bundesärzterordnung und in § 1 Abs. 1 BO (ebenso § 1 M-BO) dahin definiert, daß er seiner Natur nach ein freier Beruf und kein Gewerbe ist. Aus dieser grundlegenden rechtlichen Einordnung leitet sich ein wesentlicher Teil der Gebote und Verbote der Berufsordnung ab, am deutlichsten wohl die Bestimmungen über die Ankündigung der ärztlichen Praxis (Werbeverbot) und die ihr folgenden Vorschriften der BO.

### 7.1

Auch der freie Beruf ist eine wirtschaftliche Tätigkeit. Der Arzt kann seiner Aufgabe nur gerecht werden, wenn seine Berufstätigkeit seinen Lebensunterhalt sichert. Er trägt als Freiberufler das volle wirtschaftliche Risiko. Er darf nicht nur, sondern er muß bei der Ausstattung seiner Praxis wirtschaftlich kalkulieren. Von der Ausübung eines Gewerbes unterscheidet sich die ärztliche Berufsausübung aber dadurch, daß die Erzielung von Gewinn nicht der eigentliche Antrieb sein darf, daß vielmehr die Versorgung der Patienten im Vordergrund zu stehen hat. Dies kann nicht ohne Einfluß auf die Methoden sein, mit denen der Arzt seinen Beruf ausübt.

Rechtlich bedenklich wäre deshalb jede Vermischung ärztlicher Berufstätigkeit mit den typischen Elementen einer gewerblichen Tätigkeit. Nicht verboten ist es dem Arzt dagegen, *neben* seiner ärztlichen Tätigkeit und unabhängig von dieser ein Gewerbe auszuüben, soweit dadurch seine Berufspflichten (z. B. seine Verpflichtung, den Versicherten in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen) nicht tangiert werden. Er dürfte z. B. wie jeder andere Inhaber oder Teilhaber eines gewerblichen Unternehmens sein, das medizinisch-technische Leistungen anbietet.

### 7.2

Formen ärztlicher Kooperation, die der Praxisrationalisierung dienen, ohne die persönliche Leistungserbringung durch die beteiligten Ärzte zu beeinträchtigen, sind Modalitäten der ärztlichen Berufsausübung. Die Leistungen, die in solchen Zusammenschlüssen erbracht werden, sind „integrierender Bestandteil der ärztlichen Berufstätigkeit“ im Sinne der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Oktober 1976 – 1 BVG 191/74, Ziffer II, 4 b –, nach außen verlagerte Teile der ärztlichen Berufstätigkeit des einzelnen Arztes. Die Differenzierung dieses Urteils zwi-

schen den umsatzsteuerfreien ärztlichen Laborgemeinschaften und den gewerblichen Analyseunternehmen orientiert sich erkennbar am Kriterium der persönlichen Leistung der beteiligten Ärzte, die dem Bundesverfassungsgericht nicht mehr gewährleistet erscheint,

„wenn die Gemeinschaftseinrichtung praktisch wie ein Dienstleistungsbetrieb für eine große Zahl von Ärzten und möglicherweise auch für andere Angehörige der Heilberufe sowie Krankenhäuser arbeitet und sich nur noch formell von einer Kapitalgesellschaft unterscheidet.“

Modell D beruht von der Konzeption her eindeutig auf der persönlichen Leistung der Ärzte, die Geräte in einer fremden Praxis nutzen, und umgekehrt auf dem Zurverfügungstellen der Geräte durch den Praxisinhaber für diese persönliche Nutzung. Die Erweiterung des persönlichen Leistungsbereiches der Gerätenutzer ist gerade der Sinn dieser Kooperation. Eine Ver selbständigung in dem Sinne, daß Kooperationen nach Modell D wie ein Dienstleistungsbetrieb arbeiten und eigene Leistungen erbringen könnten, scheidet damit von der Konzeption her aus. Mißbräuche sind hier freilich ebensowenig auszuschließen wie bei anderen Formen der Kooperation.

### 7.3

Ob das entgeltliche Zurverfügungstellen von Praxis-einrichtungen an Kollegen, die damit persönliche Leistungen erbringen, steuerrechtlich beim Praxisinhaber als gewerbliche Tätigkeit zu gelten hat, wird anhand der Umstände des Einzelfalles zu beurteilen sein. Entscheidend für die Zuordnung zur freien Berufsausübung oder zur gewerblichen Tätigkeit dürfte sein, ob es bei Berücksichtigung von Art und Umfang der gemeinsamen Nutzung, der Höhe der für eine gesonderte Nutzung erforderlichen Investitionen und der Bemessung des Nutzungsentgelts dem Praxisinhaber um die Rationalisierung der eigenen freien Berufstätigkeit oder um die Erschließung einer von ihr unabhängigen Einnahmequelle geht. Wird der gewerbliche Charakter bejaht, so wird weiter zu prüfen sein, ob die Eigennutzung im Rahmen des freien Berufs und das entgeltliche Zurverfügungstellen der Geräte an Dritte so eng miteinander verflochten sind, daß der ganze Betrieb als einheitlich anzusehen ist. Für die Erfassung unter dem einen oder dem anderen Aspekt schließlich wird es darauf ankommen, ob die Elemente des freien Berufs oder des Gewerbebetriebes überwiegen.

Im konkreten Fall überwiegt die gemeinsame Nutzung der Praxisräume und Einrichtungen, insbesondere der Röntgeneinrichtung und die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal, die wirtschaftliche Bedeutung der gesonderten Nutzung des Mammomaten bei weitem. In dieser gemeinsamen Nutzung, die durch die Anschaffung des Mammomaten erst ermöglicht wird, liegt der erstrebte Rationalisierungseffekt für die freiberufliche Tätigkeit der Praxisinhaber. Das deutlichste Indiz dafür ergibt aber die Ausgestaltung des Nutzungsentgelts als Kostenerstattung. Die Praxisinhaber erstreben danach mit der Kooperation keinen selbständigen, von ihrer ärztlichen Berufstätigkeit unabhängigen,

gen Gewinn, sondern einen Deckungsbeitrag zu ihren Praxiskosten. Es wird deshalb die Erfassung der Honorareinnahmen und der Nutzungsentgelte nur einheitlich als Einnahmen aus freiberuflicher Tätigkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG in Betracht kommen können.

#### 7.4

Als gewerbliche Tätigkeit im Sinne des § 2 GewStg hat der Bundesfinanzhof (BFHE 117, 248) den Betrieb eines Untersuchungsinstituts durch einen Laborarzt angesehen, weil dieser sich wegen des Umfangs der Untersuchungsaufträge nur noch um besonders wichtige und schwierige Aufträge selbst kümmern konnte. Ersichtlich stellt auch diese Entscheidung für die Abgrenzung zwischen freiem Beruf und Gewerbe auf das Kriterium der persönlichen Leistung ab.

Da bei Modell D die ärztlichen Leistungen von den Gerätebenutzern persönlich und nicht vom Praxisinhaber erbracht werden, ist diese Entscheidung des BFH nicht unmittelbar einschlägig. Im konkreten Fall hat die Gemeinschaftspraxis der Internisten, auch unter Berücksichtigung der Kooperation mit Dritten, keinen Umfang angenommen, der an die vom BFH zugrunde gelegten Maßstäbe heranreichen würde.

#### 7.5

Im übrigen darf aber bei der Beurteilung der Zulässigkeit ärztlicher Kooperationen nicht darauf abgestellt werden, ob sie steuerrechtlich als freiberuflich oder gewerblich zu gelten haben. Der Bundesfinanzhof hat in der zitierten Entscheidung ausdrücklich festgestellt, daß es im Streit um die steuerrechtliche Beurteilung einer ärztlichen Tätigkeit nicht auf die standesrechtliche Beurteilung ankomme. Umgekehrt kann für die Beurteilung der berufs- und kassenärztlichen Zulässigkeit einer Kooperation nur darauf abgestellt werden, ob eine Tätigkeit den spezifischen ärztlichen Berufspflichten widerspricht.

Dafür ergeben sich bei Modell D und seiner Anwendung im konkreten Fall keine Anhaltspunkte.

### 8 Kollegiales Verhalten

Formen der ärztlichen Kooperation, die es Vertretern einzelner Disziplinen ermöglichen, den Leistungsumfang ihres Fachgebietes euzuschöpfen, können sich zum Nachteil niedergelassener Kollegen anderer Disziplinen auswirken, die auf die Überweisung von Patienten angewiesen sind. Für sie stellt sich das Problem der Wirtschaftlichkeit um so härter, weil auch sie darauf angewiesen sind, die mit hohen Investitionen angeschafften Praxiseinrichtungen wirtschaftlich zu nutzen.

Die Verpflichtung zu kollegialem Verhalten, die gebotene kollegiale Rücksichtnahme, darf aber nicht dahin verstanden werden, daß sie die für jede wirtschaftliche Tätigkeit vorgegebene Konkurrenz unterbinden wollte. Eine Einschränkung der Konkurrenz zwischen den verschiedenen ärztlichen Disziplinen und zwischen den einzelnen Kassenpraxen müßte notwendig zu Lasten

des medizinischen Fortschrittes gehen. Die Grenze der Kollegialität wird erst dann überschritten, wenn etwa eine Kooperation bewußt darauf angelegt wäre, Kollegen anderer Fachgebiete zu verdrängen.

Dafür gibt der konkrete Fall keine Anhaltspunkte.

### III Gesamtschau

Die Überprüfung des Modells D auf seine Vereinbarkeit mit den Geboten und Verboten des ärztlichen Berufsrechts und des Kassenarztrechts in Ziffer II anhand der einzelnen Normenkomplexe und ihrer Generalklauseln bezog bereits die Untersuchung mit ein, ob sich bei einer am Willen des jeweiligen Normgebers orientierten Auslegung Bedenken gegen seine rechtliche Zulässigkeit ergeben. Dies war zu verneinen.

Die Überprüfung des Modells im Rahmen einer Gesamtschau, die als Prüfungsmaßstab nicht einzelne Normen und Pflichtenkreise zugrunde legt, sondern diese Form der Kooperation an den Gesamt Tendenzen des ärztlichen Berufsrechts und des Kassenarztrechts mißt, kommt zu keinem anderen Ergebnis.

#### 1 Die Grundkonzeption des geltenden Rechts

##### 1.1

Das ärztliche Berufsrecht und noch deutlicher das Kassenarztrecht gehen von der Grundvorstellung aus, die ambulante ärztliche Versorgung solle prinzipiell Aufgabe der niedergelassenen Ärzte sein. Das Kassenarztrecht hat in Konsequenz dieser Grundvorstellung mit der vom Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 16, 286) gebilligten Bedürfnisprüfung bei der Beteiligung der Krankenhausärzte und ihrer Limitierung auf die leitenden Ärzte sowie mit der engen Begrenzung der Institutsleistungen die ambulante Versorgung der Versicherten weitgehend bei den freipraktizierenden Ärzten „monopolisiert“.

##### 1.2

Leitbild für die Berufsausübung des niedergelassenen Arztes ist im ärztlichen Berufsrecht wie im Kassenarztrecht die Einzelpraxis des freiberuflich, auf sich allein gestellten Arztes, der seine Leistungen im Rahmen einer individuellen Arzt-Patientenbeziehung persönlich erbringt. Der Versuch, mit einem an Verhältniszahlen orientierten Zulassungssystem ein flächenmäßig sowie in der Verteilung von Allgemeinärzten und ärztlichen Spezialisten ausgewogenes Leistungsangebot zu gewährleisten, das zugleich dem einzelnen Kassenarzt eine angemessene wirtschaftliche Existenz sichern sollte, ist freilich bereits am Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 11, 30) gescheitert. Erst das Gesetz über die Weiterentwicklung des Kassenarztrechts gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder ein rechtliches Instrumentarium zur Bedarfsplanung und Bedarfsdeckung durch eine Lenkung der Zulassung, nicht aber die

Möglichkeit eines Konkurrenzschutzes zur Erhaltung lebensfähiger Praxen.

## 2 Tendenzen der Gesundheitspolitik

### 2.1

Mit der Grundvorstellung einer weitgehenden „Monopolisierung“ der ambulanten Versorgung bei den niedergelassenen Ärzten stehen die gesundheitspolitischen Tendenzen in Widerspruch, die Beteiligung der Krankenhausärzte als Person und der Krankenhäuser als Institution erheblich auszuweiten. Sie finden ihren Niederschlag, nachdem schon das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz in § 368 n Abs. 7 S. 2 eine partielle Lockerung gebracht hatte, an mehreren Stellen des Regierungsentwurfs eines Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes.

### 2.2

Positiv steht der Gesetzgeber auch der Kooperation der niedergelassenen Ärzte gegenüber.

Die Vergünstigung des § 4 Nr. 14 S. 2 UStG gilt selbst für Gemeinschaftseinrichtungen, bei denen die persönliche Leistung des Arztes völlig in den Hintergrund tritt. Die in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Oktober 1976 – 1 BvR 191/74 – zitierte Stellungnahme des Bundesministers der Finanzen führt zur steuerlichen Begünstigung der ärztlichen Apparategemeinschaft aus, der Zusammenschluß in Apparategemeinschaften sei gesundheitspolitisch erwünscht, weil die jeweils neuesten Geräte für den einzelnen Arzt in der Regel zu kostspielig geworden seien und allein kaum wirtschaftlich genutzt werden könnten. Durch die steuerliche Begünstigung der ärztlichen Apparategemeinschaften habe daher die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefördert und der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden sollen.

Der Regierungsentwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes geht noch einen deutlichen Schritt weiter: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen es nach § 368 n Abs. 8 (neu) RVO den Kassenärzten ermöglichen, bestimmte technische Leistungen, welcher der Kassenarzt für seine Tätigkeit bedarf, von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen.

## 3 Der Zielkonflikt

Zwischen der Grundkonzeption des Kassenarztrechts und den Tendenzen der Gesundheitspolitik werden Zielkonflikte erkennbar. Die fortschreitende Differenzierung der ärztlichen Leistungen überfordert die finanzielle Leistungsfähigkeit des Arztes in der „Einmannpraxis“, aber auch die der Gesellschaft. Es geht darum, die individuelle Arzt-Patientenbeziehung zu erhalten, aber doch alle Rationalisierungsmöglichkeiten zu nut-

zen, um den Versicherten zu tragbaren Kosten eine Behandlung mit den modernsten medizinischen Methoden zu ermöglichen.

Die Ärzteschaft sucht die Lösung der drängenden Probleme in vielfältigen Formen der kollegialen Kooperation. Die „schlichte“ Mitnutzung der Geräte, die in der Praxis eines Kollegen zur Verfügung stehen, gegen eine an den Kostentarifen der KBV orientierte Sachkostenerstattung, gehört für die niedergelassenen Ärzte zu den nächstliegenden Lösungen, ähnlich wie die Nutzung der Krankenhauseinrichtungen durch die beteiligten Krankenhausärzte.

Das Erproben verschiedener Kooperationsformen ist legitim; es liefert Modelle für zweckmäßige Lösungen. Erst aufgrund der praktischen Erprobung wird sich beurteilen lassen, wie die Bestimmungen der Berufsordnung und des Kassenarztrechts über die ärztliche Zusammenarbeit weiterentwickeln sind. Einer „Experimentierklausel“ bedarf es dazu nicht, weil das ärztliche Berufsrecht und das Kassenarztrecht nach der gegenwärtigen Rechtslage die interkollegiale Kooperation nicht beschränken. Bis zur Entscheidung des Normgebers ist eine Vielfalt der Modelle nicht nur erlaubt, sondern berufspolitisch wie gesundheitspolitisch erwünscht.

## IV Antwort auf die gestellte Frage

### 1

Der Kassenarzt (Internist) darf in seiner Praxis (Gemeinschaftspraxis) ein Gerät (Mammomat), dessen Eigentümer er ist, das er aber wegen seiner Gebietsbegrenzung selbst nicht benutzen darf, den Vertretern anderer Disziplinen (Frauenärzten) zur entgeltlichen Nutzung zur Verfügung stellen.

### 2

Bei der näheren Ausgestaltung der Gerätenutzung sind – wie bei jeder kollegialen Kooperation – die Bestimmungen des ärztlichen Berufsrechts und des Kassenarztrechts zu beachten, insbesondere die Grundsätze der Fachgebietsbegrenzung, der persönlichen Leistungspflicht, der Wirtschaftlichkeit und der Freiberuflichkeit.

Dies bedeutet:

– Die Hilfskräfte, die bei der Mammographie mitwirken, sind von den *Frauenärzten* (und nicht vom Praxisinhaber) anzuleiten und zu überwachen.

– Das Entgelt für die Benutzung des Mammomaten ist so festzusetzen, daß der Praxisinhaber nicht an dem Honorar für die *persönliche* Leistung der Frauenärzte partizipiert.

### 3

Der mitgeteilte Sachverhalt läßt keine Überschreitung der damit gezogenen Grenzen erkennen. Insbesondere fehlen alle Anhaltspunkte dafür, daß der Praxisinhaber durch das Zurverfügungstellen des Mammomaten an Frauenärzte den Grundsatz der Wirt-

schaftlichkeit verletzt oder die Grenzen der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit überschritten haben könnte:

- Die Mammographien werden als persönliche Leistungen der Frauenärzte erbracht und abgerechnet.
- Die gewählte Kooperationsform gibt dem Praxisinhaber keinen Einfluß auf Zahl und Umfang der Vorrichtungen der Frauenärzte.
- Die Ausgestaltung des Nutzungsentgelts als *Sachkostenerstattung* nach den zwischen der KBV und der DKG vereinbarten Kostentarifen schließt ein Partizi-

pieren an der *persönlichen Leistung der Frauenärzte* aus.

- Die Anwendung des Kostentarifs ist die schlechthin sachgerechte Lösung, um für alle an der Kooperation Beteiligten einen angemessenen Rationalisierungseffekt zu erreichen.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walther *Weißbauer*, Eckerstraße 34, 8050 Freising

gen durch andere organische Stäube, die in den verschiedensten Arbeitsbereichen auftreten.

An der Grenze zwischen Arbeitsmedizin, Pulmonologie und Biochemie sind Arbeiten des Instituts zur Erkennung und Erforschung *individueller konstitutioneller Faktoren* angesiedelt, die zur Erkrankung der Atmungsorgane prädisponieren. Im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 „Medizinische Molekularbiologie und Biochemie“ wurden hier bereits mehrere hundert Personen untersucht. Obwohl die genauen Ergebnisse erst in einiger Zeit vorliegen können, zeichnet sich schon heute ab, daß den Betroffenen in manchen Fällen ein angemessener Arbeitsplatzwechsel anzuraten sein wird. Hierzu Professor Fruhmann: „Unsere Arbeiten zielen hier speziell auf Erkennung und Forschung eines Mangels an Proteasen- (Eiweißspalter-) Hemmstoff ab, der die Entstehung einer Lungenblähung und Atmungsinsuffizienz vor allem dann begünstigt, wenn exogene inhalative Schäden, etwa durch Rauchen am Arbeitsplatz, hinzutreten. Zu diesem Zweck wird in Reihenuntersuchungen die Aktivität von Alpha-1-Antitrypsin im Blut festgestellt und dadurch ein angeborener mittelgradiger oder schwerer Mangel dieses Proteasen-Hemmstoffs erkannt.“

Auf dem Forschungsprogramm des Instituts für Arbeitsmedizin an der Universität München stehen für die nahe Zukunft ferner *toxikologische Untersuchungen am Arbeitsplatz*, für die in ausgesuchte Betriebe gegangen werden soll, um giftige Spurenstoffe, Alkohole und Reizgase metalle (Blei, Cadmium), organische Lösungsmittel (Benzol, Kohlenwasserstoffe), Alkohole und Reizgase dort festzustellen. Da heute die *Lärmschwerhörigkeit* als einzelne Berufskrankheit am häufigsten ist, bemüht man sich am Institut weiterhin um eine Erarbeitung der physikalischen Grundlagen für zweckmäßige Messungen der schädigenden akustischen Einflüsse (Schallintensitäten).

In Planung auf weitere Sicht befindet sich auch eine Computer-gerechte Standardisierung und Auswertung von Prüfstanduntersuchungen, die vor allem bei Beurteilung und Rehabilitation von Berufsgeschädigten helfen soll.

UM-Interna

## Medizinische Strahlenexposition während der Schwangerschaft

Die Frage, ob Untersuchungen und Behandlungen mit Röntgenstrahlen und radioaktiven Stoffen zu so hohen Belastungen des Kindes im Mutterleib führen können, daß die Einleitung eines künstlichen Abortes anzuraten ist, war Gegenstand eines Kolloquiums, das das Bundesgesundheitsamt und die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung auf Anregung und in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete.

Schon seit Jahren weisen internationale Gremien, wie z. B. die Internationale Strahlenschutzkommission, auf die hohe Empfindlichkeit des ungeborenen Kindes gegenüber den Einwirkungen ionisierender Strahlung hin. Es wird deshalb empfohlen, die Exposition bei diagnostischen Maßnahmen während der Schwangerschaft möglichst zu begrenzen und nur diejenigen Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen, die lebensnotwendig sind. Im Zusammenhang mit den Bestimmungen der Röntgenverordnung werden von Ärzten und Patienten die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Strahlenexposition immer wieder diskutiert.

Strahlenbiologen, Medizin-Physiker, Strahlenhygieniker, Juristen und kli-

nisch tätige Ärzte, Radiologen und Gynäkologen berichteten während des Kolloquiums über die besonders strahlensensiblen Entwicklungsphasen, über Methoden zur Ermittlung der Strahlenbelastung des Kindes und über schädliche Folgen der Strahleneinwirkung während der Schwangerschaft.

Die Experten stellten fest, daß bei einer fachgerecht durchgeführten Untersuchung mit Röntgenstrahlen und radioaktiven Stoffen – von besonderen Untersuchungsverfahren abgesehen – in Einklang mit den von der Internationalen Strahlenschutzkommission empfohlenen Grenzwerten kein Anlaß besteht, den Rat zum Abbruch der Schwangerschaft zu geben. Es sind in jedem Fall auch alle anderen Faktoren, z. B. Alter, Kinderzahl, Kinderwunsch und soziale Lage, zu berücksichtigen.

Die Frage eines Schwangerschaftsabbruches nach medizinischen Maßnahmen stellt sich um so seltener, je exakter die Vorgeschichte erhoben und darauf geachtet wird, Untersuchungen in der Beckenregion möglichst nur in den ersten zehn Tagen nach Beginn der Regel vorzunehmen.

bga-p

### Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unsere Kollegen stehen die Broschüren kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

Band 40 „Antikonzeption und Sterilisation – Psychotherapie in der Praxis – Karzinom (Prävention, Diagnostik, Therapie) – Aufklärungspflicht, Schweigepflicht in Theorie und Praxis“ (Vorträge des 26. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1975)

Band 41 „Lengzeittherapie – Falsch positive Infarktbilder – Probleme bei Australia-Antigen-Untersuchungen – Toxische Alkoholschäden – Arzneimittelmetabolismus bei Leberschäden – Röntgendiagnostik“ (Vorträge der 15. Bayerischen Internisttagung in München 1975)

## Höhere Entschädigung für Sachverständige

### Neue gesetzliche Bestimmungen über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen

von Ulrich Kirchhoff

Am 1. Januar 1977 ist das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen vom 22. November 1976, verkündet im „Bundesgesetzblatt“ I, S. 3221, in Kraft getreten. Die Novellierung des bislang für die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen maßgeblichen Gesetzes vom 1. Oktober 1969 war überfällig. Die Entschädigungsregelungen wurden allgemein als unbefriedigend empfunden. Immerhin hatte sich der Lebenshaltungskostenindex aller privaten Haushalte von Oktober 1969 bis November 1976 (1970 = 100) von 96,7 auf 141,8, also um 45,1 Punkte – fast 50 Prozent –, erhöht, so daß die bislang gültigen Beträge dringend erhöhungsbedürftig waren. Außerdem hat auch die Entwicklung in Wissenschaft und Technik erhebliche Fortschritte genommen, so daß sich viele Sachverständige heute zur Erstattung ihrer Gutachten technischer Hilfsmittel bedienen, die hohen Investitions- bzw. Benutzungsaufwand erfordern, der durch die bisherigen Entschädigungssätze nicht angemessen abgegolten wurde.

Der Grundsatz der Sachverständigenentschädigung war und ist, daß der Sachverständige für seine Leistungen entschädigt wird. Statt des bisherigen Stundenhöchstsatzes ist nunmehr ein Betrag von DM 20 bis DM 50 getreten. Für die Bemessung des Stundensatzes sind der Grad der erforderlichen Fachkenntnisse, die Schwierigkeit der Leistung, ein nicht anderweitig abzugeltender Aufwand für die notwendige Benutzung technischer Vorrichtungen und besondere Umstände maßgebend, unter denen das Gutachten zu erarbeiten war; der Stundensatz ist einheitlich für die gesamte erforderliche Zeit zu bemessen.

Bei diesen Bemessungsgrundlagen ist der Benutzungsaufwand für technische Vorrichtungen als viertes Be-

messungsmerkmal neu eingeführt worden.

Der Stundensatz von DM 50 kann – wie bisher – um 50 Prozent heraufgesetzt werden, so daß ein Höchststundensatz von DM 75 berechnet werden kann, und zwar

– für ein Gutachten, in dem der Sachverständige sich für den Einzelfall eingehend mit der wissenschaftlichen Lehre auseinandersetzen hat, oder

– nach billigem Ermessen, wenn der Sachverständige durch die Dauer oder die Häufigkeit seiner Heranziehung einen nicht zumutbaren Erwerbsverlust erleiden würde, oder

– wenn er seine Berufseinkünfte im wesentlichen als gerichtlicher oder außergerichtlicher Sachverständiger erzielt.

Für Fahrt- und Terminwahrnehmungszeiten erhält der Sachverständige neuerdings zusätzlich eine Entschädigung von DM 25 (statt bisher DM 15) pro Stunde.

Hinzu werden dem Sachverständigen – insofern gegenüber dem bisherigen Recht unverändert – Aufwendungen ersetzt, nämlich

1. die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten Kosten einschließlich der notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte sowie die für eine Untersuchung verbrauchten Stoffe und Werkzeuge;
2. für das schriftliche Gutachten für Schreibgebühren im Gerichtskostengesetz bestimmter Betrag, das sind DM 1 pro Seite;
3. für Durchschläge, die auf Anforderung gefertigt worden sind, sowie für einen Durchschlag für die Handakten des Sachverständigen DM 0,25 je Seite;

4. die auf seine Entschädigung entfallende Umsatzsteuer;

5. neu bestimmt ist, daß ein auf die Hilfskräfte entfallender Teil der Gemeinkosten des Sachverständigen durch einen Zuschlag bis zu 15 Prozent auf den Betrag abgegolten werden kann, der als notwendige Aufwendung für die Hilfskräfte zu ersetzen ist.

Als Fahrtkosten und Wegegeldentschädigung gilt unverändert, daß bei Benutzung von öffentlichen Beförderungsmitteln die Auslagen gegen Nachweis ersetzt werden, wobei der Ersatz der Beförderungsauslagen nach den persönlichen Verhältnissen des Sachverständigen zu bemessen ist (der ärztliche Sachverständige wird in der Regel den Fahrpreis erster Klasse und Mehrkosten für zuschlagpflichtige Züge erstattet erhalten). Nach der Neufassung erhält der Sachverständige bei Abwesenheit bis zu sechs Stunden notwendige Auslagen bis zu DM 6 erstattet und bei Terminen am Aufenthaltsort des Sachverständigen „Zehrkosten“ bis zu DM 6 für jeden Tag, an dem der Sachverständige länger als vier Stunden von seiner Wohnung abwesend sein muß.

Der Sachverständige erhält seine Entschädigung nur auf Antrag, nicht also von Amts wegen. Die einem Sachverständigen zu gewährende Entschädigung wird durch Gerichtsbeschuß festgesetzt, wenn der Sachverständige oder die Staatskasse die richterliche Festsetzung beentragt oder das Gericht sie für angemessen hält.

Für den ärztlichen Sachverständigen ist die Anlage zu § 5 des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen von besonderer Bedeutung, weil hierin ein Katalog von Verrichtungen enthalten ist, für den eine Pauschalentschädigung bestimmt ist, neben der allerdings regelmäßig die Aufwendungen, Fahrtkosten, Wegegeld und Aufwandsentschädigung gefordert werden kann. In die Anlage zu § 5 sind teils neue Verrichtungen aufgenommen worden, teils höhere Entschädigungen festgesetzt. Die Anlage zu § 5 des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen mit der Bezeichnung der Verrichtungen und der Entschädigung in Deutsche Mark wird nachstehend im nach dem neuen Gesetz gültigen Wortlaut veröffentlicht:

# Das koronare Risiko.

Immer mehr Menschen riskieren täglich ihre Gesundheit: Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht, Leistungszwänge: Multiplikation der Risikofaktoren. Die Quintessenz: Koronare Herzkrankheiten.



Packungen mit 100 Kapseln DM 59,30 sowie Anstaltspackung

Zusammensetzung:  
Kapsel enthält 10 mg 1,4-Dihydro-2,6-dimethyl-4-(4-nitrophenyl)-pyridin-3,5-dicarbon säure-dimethyl ester (Nifedipin)

Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3mal täglich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Arztall zum raschen Wirksamkeitseintritt Kapseln zerbeißen.

Glykosiden kann unter Adalat-Behandlung begonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage getreten.

Gesamte Schwangerschaft.

Zur Beachtung:  
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und  $\beta$ -Rezeptorenblockern vermindern.

vorübergehender, meist leichter Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfschmerz, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitsercheinungen kommen. Umfangreiche Laboratoriumsuntersuchungen ergaben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

Verträglichkeit:  
Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleitwirkungen sind selten.

Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

## 1. Adalat,<sup>®</sup> Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

Gezielte Reduzierung des Energieverbrauchs durch Hemmung des kontraktitätssteigernden Calcium-Einstroms in die Myokardzelle. Die regulative Anpassung des Herzens bleibt erhalten. Der myokardiale Sauerstoffverbrauch wird gesenkt.

## 2. Adalat,<sup>®</sup> Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.

Die Senkung des peripheren Widerstandes führt zur Druckentlastung des Herzens. Damit wird die Herzarbeit vermindert und parallel dazu der Sauerstoffverbrauch.

## 3. Adalat,<sup>®</sup> Das Prinzip der Neuerschliessung von Kollateralen durch Koronardilatation.

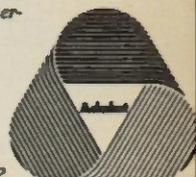
Dilatierbare Koronargefäße werden erweitert. Bei Dauermedikation stimuliert Adalat die Kollateralen-Neuerschliessung. Verbesserte Koronardurchblutung und günstigere Blutverteilung erhöhen das Sauerstoffangebot.

1.0.114



Adalat wird zuverlässig sublingual und enteral resorbiert.  
Adalat hat eine schnell (2-3 Minuten) einsetzende und lang anhaltende Wirkung.

Adalat vereinigt in sich die drei wichtigsten Prinzipien der medikamentösen Koronartherapie



Nr.	Bezeichnung der Verrichtung	Entschädigung in Deutsche Mark	Nr.	Bezeichnung der Verrichtung	Entschädigung in Deutsche Mark	Nr.	Bezeichnung der Verrichtung	Entschädigung in Deutsche Mark
1.	Der Arzt, der eine Leiche, Teile einer Leiche oder eine Leibesfrucht besichtigt oder bei einer richterlichen Leichenschau mitwirkt, erhält hierfür und für seinen zur Niederschrift gegebenen Bericht . . .	40	5.	Für die Untersuchung eines Lebensmittels oder eines Bedarfsgegenstandes, Arzneimittels und dgl. oder von Wässern oder Abwässern und eine kurze schriftliche, gutachterliche Äußerung beträgt die Entschädigung für jede Probe . . .	8 bis 70	8.	Bei Blutgruppenbestimmungen beträgt die Entschädigung für jede zu untersuchende Person	
	Für mehrere solcher Verrichtungen bei derselben Gelegenheit erhält der Arzt höchstens . . .	100		Bei außergewöhnlich umfangreichen Untersuchungen beträgt die Entschädigung bis zu . . .	250	a)	für die Bestimmung der AB0-Blutgruppe . . . . .	15
	Sind Berichte schriftlich zu erstatten oder nachträglich zur Niederschrift zu geben, so erhält der Arzt für jeden Bericht höchstens . . . . .	20 70	6.	Für die mikroskopische, physikalische, chemische, toxikologische, bakteriologische, serologische Untersuchung, wenn das Untersuchungsmaterial von Menschen oder Tieren stammt, und eine kurze gutachterliche Äußerung, einschließlich des verbrauchten Materials an Farbstoffen und anderen geringwertigen Stoffen, beträgt die Entschädigung je Organ oder Körperflüssigkeit . . . . .	8 bis 70		für die Bestimmung der Untergruppe . . . . .	12
2.	Jeder Obduzent erhält			Bei außergewöhnlich umfangreichen Untersuchungen beträgt die Entschädigung bis zu . . .	250	b)	für die MN-Bestimmung . . . . .	12
a)	für die Leichenöffnung . . . . .	165		7. Die Entschädigung beträgt		c)	für die Bestimmung der Merkmale des RH-Komplexes (C, C <sup>w</sup> , c, D, E, e und weitere) je Merkmal . . . . .	15
	Bei einer Obduktion unter besonders ungünstigen äußeren Bedingungen beträgt die Entschädigung . . . . .	230		e) für die Untersuchung eines Menschen oder einer Leiche mit Röntgenstrahlen			insgesamt höchstens . . . . .	75
	War die Leiche schon beerdigt oder ist sie nach längerer Zeit aufgefunden, so beträgt die Entschädigung . . . . .	335		aa) bei einer Aufnahme . . . . .	10 bis 35	d)	für die Bestimmung der Blutgruppenmerkmale P, K, S und weitere, falls direkt bestimmbar, je Merkmal . . . . .	15
b)	für die Sektion von Teilen einer Leiche oder die Öffnung einer nicht lebensfähigen Leibesfrucht . . . . .	70		ab) bei mehreren Ausnahmen — auch von verschiedenen Körperteilen — in zeitlichem Zusammenhang . . . . .	15 bis 150		insgesamt höchstens . . . . .	75
	Bei einer Sektion oder Obduktion unter besonders ungünstigen äußeren Bedingungen beträgt die Entschädigung . . . . .	100		b) für jede elektrophysiologische Untersuchung eines Menschen . . . . .	10 bis 100	e)	für die Bestimmung nur direkt nachweisbarer Merkmale (D <sup>u</sup> , s, Fy und weitere) je Merkmal . . . . .	20
	Die Entschädigung umfaßt auch den zur Niederschrift gegebenen Bericht einschließlich des vorläufigen Gutachtens.			c) für die Untersuchung eines Menschen oder einer Leiche mit radioaktiven Stoffen durch Einzelaktivitätsmessungen oder Aufzeichnungen von Aktivitätsanreicherungen je Messung oder Darstellung . . . . .	10 bis 250		insgesamt höchstens . . . . .	80
3.	Der Arzt erhält für die Ausstellung des Befundscheines oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung . . . . .	10 bis 30		d) für die rasterelektronische Untersuchung eines Menschen oder einer Leiche, auch mit Analysenzusatz . . . . .	10 bis 250	f)	für die Bestimmung von Merkmalen des HLA-Systems: 20 bis 29 Merkmale . . . . .	100
	Bei einer außergewöhnlich umfangreichen oder zu außergewöhnlicher Zeit notwendigen Tätigkeit erhält der Arzt bis zu . . . . .	60		Die Entschädigung umfaßt auch eine kurze gutachterliche Äußerung.			30 und mehr Merkmale . . . . .	150
4.	Der Arzt erhält für das Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit kurzer gutachterlicher Äußerung oder für ein Formbogengutachten, wenn sich die Fragen auf Vorgeschichte, Angaben und Befund beschränken und nur ein kurzes Gutachten erfordern . . . . .	20 bis 50		Die Entschädigung nach den Buchstaben a), b) und d) umfaßt den mit der Untersuchung verbundenen Aufwand.		g)	für den zusätzlich erforderlichen Titrationsversuch . . . . .	20
	Bei einer außergewöhnlich umfangreichen oder zu außergewöhnlicher Zeit notwendigen Tätigkeit erhält der Arzt bis zu . . . . .	90					h) für den zusätzlich erforderlichen Spezialversuch (Absättigung, Bestimmung des Dosis-effekts usw.) . . . . .	30
						i)	für die Bestimmung der Typen der sauren Erythrozyten-Phosphatase, die Bestimmung der Phosphoglucomutase, der Adenylatkinase, der Adenosin-desimidase oder der Glutamatpyruvattransaminase . . . . .	30
						k)	für die Bestimmung der Merkmale des Gm-Systems oder des Inv-Systems je Merkmal . . . . .	30
							insgesamt höchstens . . . . .	100
						l)	für die Bestimmung des Haptoglobintyps . . . . .	30
						m)	für die Bestimmung der Gruppe Gc . . . . .	30
						n)	für eine in den Buchstaben e) bis m) nicht genannte Blutgruppenbestimmung wird wie für eine an Arbeitsaufwand vergleichbare Bestimmung entschädigt.	
						o)	Für das schriftliche Gutachten beträgt die Entschädigung je untersuchte Person . . . . .	15

Nr.	Bezeichnung der Verrichtung	Entschädigung in Deutsche Mark	Nr.	Bezeichnung der Verrichtung	Entschädigung in Deutsche Mark
	Die Entschädigung umfaßt das verbrauchte Material, soweit es sich um geringwertige Stoffe handelt.			kannten erbbiologischen Methoden beträgt die Entschädigung	
9.	Für jede Blutentnahme beträgt die Entschädigung . . . . .	6	a)	für die Leistung des Sachverständigen	
	Die Entschädigung umfaßt auch eine Niederschrift über die Feststellung der Identität.		aa)	wenn bis zu drei Personen untersucht werden . . . . .	600
	Bei einer Blutentnahme zu außergewöhnlicher Zeit oder unter außergewöhnlichen Umständen beträgt die Entschädigung, soweit nicht dem Sachverständigen eine Erhöhung nach Nummer 3 Abs. 2 oder Nummer 4 Abs. 2 wegen einer Tätigkeit zu außergewöhnlicher Zeit gewährt wird, bis zu	25	eb)	für die Untersuchung jeder weiteren Person . . . . .	150
10.	Bei erbbiologischen Abstammungsgutachten nach den be-		b)	für die bei der Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten Kosten	
			ba)	wenn bis zu drei Personen untersucht werden . . . . .	180
			bb)	für die Untersuchung jeder weiteren Person . . . . .	45
				Hat der Sachverständige Einrichtungen einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts benutzt, so er-	
				hält er die Entschädigung nach Buchstabe b) nur bis zur Höhe der tatsächlich aufgewendeten Kosten, höchstens jedoch die Beträge nach Buchstabe b).	
				Die Entschädigung nach den Buchstaben a) und b) umfaßt die gesamte Tätigkeit des Sachverständigen und etwaiger Hilfspersonen, insbesondere die Untersuchung, die Herstellung der Lichtbilder einschließlich der erforderlichen Abzüge, die Herstellung von Abdrücken, etwa notwendige Abformungen und dergleichen sowie die Auswertung und Beurteilung des gesamten Materials; sie umfaßt ferner die Post- und Fernsprechkosten sowie die Kosten für die Anfertigung des schriftlichen Gutachtens in drei Stücken und für einen Durchschlag für die Handakten des Sachverständigen. Die Entschädigung umfaßt nicht die Kosten für Verrichtungen nach den Nummern 6, 7, 8, 9 und die Kosten für die Begutachtung etwa vorhandener erbbiologischer Befunde durch Fachärzte.	
				Anschrift des Verfassers:	
				Dr. jur. Ulrich Kirchhoff, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1	

# Die hellgrüne Abszess-Salbe: transparent sauber hygienisch

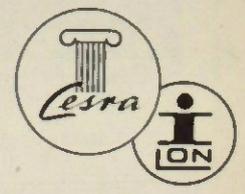


**zur Behandlung der Furunkel, Karbunkel, Panaritien und Phlegmone.**

ilon abszess-Salbe bewährt sich zur Therapie eitriger und entzündlicher Hauterkrankungen. ilon abszess-Salbe beschleunigt die Abheilung, lindert den Entzündungs- und Spannungsschmerz. ilon abszess-Salbe besitzt eine transparente Konsistenz. Der Heilungsprozeß kann daher gut beobachtet werden.

**Zusammensetzung:** 100 g Salbe enthalten: Terebinth. 5,40 g, Colophonum 12 g, Ol. Terebinth. 7,20 g, Ol. Rosmerini 0,13 g, Ol. Eucalypti 1,20 g, Ol. Thymyl 0,09 g, Thymol. 0,06 g, Chlorophyll. 0,09 g, p-Chlor-m-xylol 0,01 g, Tetrabrom-o-kresol 0,02 g.  
**Dosierung:** ilon abszess-Salbe auf den entzündeten Gewebebezirk auftragen und mit Verband abdecken.  
**Handelsformen:** Packungen mit 10 g DM 3,35, mit 18 g DM 4,40, mit 30 g DM 5,20, mit 100 g DM 9,55, Anstaltspackung mit 250 g DM 16,65.

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK BADEN-BADEN



## Personalia

### Professor Bronisch 65 Jahre

apl. Professor Dr. Friedrich Wilhelm Bronisch, Glückstraße 8, 8500 Nürnberg, konnte am 4. Februar 1977 seinen 65. Geburtstag feiern. Im Februar 1976 beging er sein 40jähriges Dienstjubiläum. Von 1955 bis März 1977 war Professor Dr. Bronisch Vorstand der Psychiatrischen und Nervenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg und gehört seit 1960 dem Lehrkörper der Universität Erlangen-Nürnberg an.

### Bergmann-Plakette für Dr. Pfeiffer

Am 22. April 1977 überreichte Professor Dr. Sewering im Ärztehaus Bayern in München Dr. Werner Pfeiffer, Buchendorfer Straße 15, 8035 Gauting, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette. Nachstehend veröffentlichen wir den Lebenslauf und die Laudatio für Dr. Pfeiffer:

Dr. Werner Pfeiffer ist am 25. Juni 1920 in Halle (Saale) geboren und hat Anfang 1945 in Berlin das medizinische Staatsexamen abgelegt. Nach mehrjähriger Assistentenzeit Niederlassung als Allgemeinarzt. Seit Anfang der fünfziger Jahre hat er sich in zunehmendem Umfang der medizinischen Fachpublizistik gewidmet. Nach langjähriger Tätigkeit als Redakteur, dann Chefredakteur der medizinisch-wissenschaftlichen Schriftleitungen des Werk-Verlages Dr. Edmund Banaschewski (Mün-

chen-Grädfeling) hat sich Dr. Pfeiffer Ende 1966 als freiberuflich tätiger Medizinjournalist in Gauting niedergelassen. Seit dieser Zeit betreut er vor allem „refero-med“, den aktuellen Kongreßdienst der Bayer-AG, als Berichterstatter und verantwortlicher Redakteur. Er hat sich in dieser Zeit nicht nur als Medizinjournalist einen Namen gemacht, sondern auch versucht, die fortbildende Information der Ärzte mit journalistischen Mitteln zu unterstützen. Grundlagen seiner Arbeit sind jährlich etwa einhundert Kongreßbesuche im In- und Ausland, über die er in „refero-med“ sowie in Fachzeitschriften (u. a. „Deutsches Ärzteblatt“, „Diagnostik“, „Praxiskurier“, „Selecta“, „Der niedergelassene Arzt“) sowie in der Tagespresse („Deutscher Forschungsdienst“, „Rheinischer Merkur“) berichtet. Außerdem ist er Mitglied der Chefredaktion des „Diabetes-Journals“ und Pressereferent der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie. Dr. Pfeiffer sieht sich vor allem als Dolmetscher, der zwischen Wissenschaft und Praxis vermittelt und die immer schwieriger werdende Verständigung überbrückt. Insgesamt hat er etwa 1250 Kongresse und andere Veranstaltungen besucht und darüber an die dreitausend Berichte veröffentlicht. Daneben versucht er über das Informatorische der reinen Berichterstattung hinaus, in zahlreichen Kommentaren die praktische Relevanz des wissenschaftlichen Fortschrittes sowie des menschlichen Alltagsgeschehens auszuloten.

## Bundesverdienstkreuz

Dr. Fritz Geiger, Partnachauen 7, 8100 Garmisch-Partenkirchen, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

## in memoriam



### Dr. Franz Fluch †

Während seiner Anwesenheit auf dem Deutschen Ärztetag in Saarbrücken verstarb Kollege Dr. Franz Fluch, der Vorsitzende der Bezirksstelle Unterfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, am 9. Mai 1977 völlig unerwartet an einem Herzinfarkt. Wir konnten erst vor einigen Wochen, am 3. April 1977, mit ihm seinen 70. Geburtstag feiern. — Eine ausführliche Laudatio haben wir im April-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“, Seite 363, veröffentlicht.

Die bayerischen Kassenärzte, insbesondere seine unterfränkischen Kollegen, haben damit einen schweren Verlust erlitten. Wir werden dem Kollegen Dr. Fluch stets ein ehrendes Angedenken bewahren.

# Solidago® > Dr. Klein <

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

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

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

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 6,50 DM, 50 ml 12,95 DM, 100 ml 21,95 DM

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



## Bekanntmachung

### Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 31. März 1977 — Nr. VII — 1494/154/77 —

I.  
Die Erste Strahlenschutzverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1965 (BGBl. I S. 1653) wird mit Wirkung vom 1. April 1977 durch die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vom 13. Oktober 1976 (BGBl. I S. 2905, ber. 1977 S. 184 und 269) ersetzt.

Dies hat folgende Auswirkungen auf die Bekanntmachung vom 30. September 1976 (AMBl. S. A 210 = StAnz Nr. 42 S. 6):

1. Gemäß § 82 Abs. 5 der Strahlenschutzverordnung bleiben die bisher ermächtigten Ärzte weiterhin zu Untersuchungen beruflich strahlenexponierter Personen nach

§ 67 (Erfordernis der ärztlichen Überwachung),

§ 68 (Ärztliche Bescheinigung),

§ 70 Abs. 1 und Abs. 5 (Besondere ärztliche Überwachung) außer bei Überschreitung der Grenzwerte der Aktivitätszufuhr

der Strahlenschutzverordnung ermächtigt.

Auf das Erfordernis für ermächtigte Ärzte, gemäß § 82 Abs. 5 Satz 2 der Strahlenschutzverordnung den Nachweis der erforderlichen Fachkunde für die ärztliche Überwachung strahlenexponierter Personen bis zum 31. März 1979 zu erbringen,

wird hingewiesen. Wird der Nachweis nicht rechtzeitig erbracht, so erlischt gemäß § 82 Abs. 5 Satz 3 der Strahlenschutzverordnung die Ermächtigung.

2. Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, bleibt außer nach den in Nr. 1 genannten Vorschriften zu Untersuchungen nach

§ 69 (Behördliche Anordnung)

§ 70 Abs. 1 und Abs. 5 (Besondere ärztliche Überwachung) bei der Überschreitung der Grenzwerte der Aktivitätszufuhr

der Strahlenschutzverordnung ermächtigt.

3. Die Ermächtigung zu Untersuchungen aufgrund von Vorschriften der Röntgenverordnung gemäß der o. a. Bekanntmachung vom 30. September 1976 bleibt unberührt.

4. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung — Abteilung Gesundheitswesen — bleibt zuständige Behörde nach

§ 71 Abs. 1 (Ermächtigte Ärzte)

der Strahlenschutzverordnung.

II.

Die Anlage zur Bekanntmachung vom 30. September 1976 wird wie folgt geändert:

Im Verzeichnis der ermächtigten Ärzte werden die in der folgenden Anlage unter 1. aufgeführten Ärzte eingefügt, der unter 2. aufgeführte Arzt gestrichen.

III.

Diese Bekanntmachung tritt am 1. April 1977 in Kraft.

#### Anlage

1. Ermächtigte Ärzte in Bayern, die uneingeschränkt für Untersuchungen zur Verfügung stehen:

Dr. med. Annelene Rabes, Arbeitsmedizinerin beim TÜV Bayern, Hauberrisserstraße 4, 8000 München 90

Dr. med. Hans Peter Bost, wissenschaftlicher Assistent, Schillerstraße 28 a, 8520 Erlangen

Dr. med. Hedwig Bodnar, Lungenärztin, Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle, Martiusstraße 4, 8000 München 40

Dr. med. Manfred Blinzler, Lucas-Cranach-Straße 3-5, 8640 Kronach

Otilie Eder, Berufsgenossenschaftliches Arbeitsmedizinisches Zentrum, Schwanthalerstraße 111, 8000 München 2

Professor Dr. med. Günter Fruhmant, Internist - Lungen und Bronchialheilkunde, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

Dr. med. Lothar Sabatke, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

#### Anlage

2. zu streichen:

Dr. med. Rolf Wirth, Ltd. Bundesbahnarzt für Verkehrsmedizin, Internist, Karlstraße 4-6, 6000 Frankfurt (M)

## Lentinorm® stärkt die Sehkraft



#### Zusammensetzung:

Extr. Strychni DAB 6 0,02 mg;  
Retinol 2.500 I.E.; Kal. Jod. 0,1 mg;  
Calciumlactat 10,0 mg;  
Coffein 3,0 mg; Testes sicc. 7:1 5,0 mg; Ovar. sicc. 7:1 5,0 mg.

Gland. thyreoid. sicc. 3,0 mg;  
Menadion 0,5 mg; Aneurin-  
chloridhydrochl. 1,0 mg; Riboflavin 0,5 mg; Ascorbinsäure 5,0 mg.

#### Indikationen:

Sehchwäche infolge von Linsen-  
trübung, Netzhaut- und Adar-  
hauterkrankungen und Seh-  
nervenschwäche.

#### Kontraindikation:

Jodüberempfindlichkeit.

#### Dosierung:

2-3 mal täglich 1 Dragee.

#### Handelsform:

50 Dragees DM 7,20 (inkl. MWST.)

Phera  Jade

### Bayerns Senat von US-Politologen gelobt

Sein dreißigjähriges Jubiläum kann der Bayerische Senat, die Zweite Kammer des weiß-blauen Parlaments in diesem Jahr begehen. In der breiten Öffentlichkeit ist seine Existenz und Funktion relativ wenig bekannt, denn nur selten treten die Senatoren ins Rampenlicht der tagesspolitischen Auseinandersetzung. Außerhalb der Grenzen des Freistaates mag der Senat als eine jener bayerischen Eigenheiten betrachtet werden, das Urteil, das der amerikanische Politikwissenschaftler James H. Wolfe von der Universität Maryland über ihn fällt, gibt den Verfassungsvätern, die den Senat schufen, jedoch vollständig recht. Denn: Der Bayerische Senat bietet „das hervorragende Beispiel für erfolgreiche berufsständische Vertretung im demokratischen Staat“, schreibt Wolfe in der „Zeitschrift für Bayerische Landesgeschichte“.

Gerade heute sei eine berufsständische Vertretung eine „Alternative sowohl zur utopischen Rätedemokratie als auch zur historisch entstandenen Wirklichkeit einer von politischen Parteien gespaltenen Gesellschaft“. Die Zweite Kammer könne als Gegengewicht zu den im Parlament vertretenen Parteien funktionieren, ja: „Die Entwicklung von Beamtenparlamenten und Ämterpatronage erfordert fast eine Zweite Kammer als Spielplatz für politisch tätige Bürger, die nicht an parlamentarische Parteien gebunden sind.“

Nach der Bayerischen Verfassung ist der Senat die Vertretung der sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und gemeindlichen Körperschaften des Landes. Er besteht aus sechzig Mitgliedern, von denen jeweils ein Drittel alle zwei Jahre von ihren Organisationen für die Dauer von sechs Jahren gewählt oder ernannt wird. In der Verfassung sind die Körperschaften und die Zahl ihrer Senatssitze festgelegt. Nach der Verfassung haben die Senatoren die Aufgabe, Gutachten zu Gesetzesvorlagen an die Staatsregierung zu for-

mulieren und das Recht, selbst Gesetze und Anträge einzubringen. Neben weiteren Kompetenzen können sie gegen vom Landtag beschlossene Gesetze Einwendungen erheben. Insgesamt kann der Senat als unabhängiges Beratungsorgan der Staatsregierung beschrieben werden, das kraft seiner Autorität hohes Ansehen genießt. Wolfe schreibt: „Man wird im Senat vergeblich nach der ideologischen Polarisierung suchen, die in den von politischen Parteien dominierten deutschen Parlamenten der Vergangenheit so deutlich zutage trat. Wahrscheinlich ermöglicht dieser Tatbestand dem Senat, unweigerlich zu einem Konsensus über Gesetzesvorlagen zu gelangen. Das spiegelt sich auch in den qualitativ hochwertigen Senatsgutachten, die extreme ideologische Spaltungen vermissen lassen.“

Für seine Untersuchung befragte der amerikanische Politikwissenschaftler die Senatoren über ihr Selbstverständnis. Rund dreißig antworteten und bezeichneten sich fast alle als pragmatisch und nicht ideologisch motiviert sowie als kollegial zusammenarbeitend. Die Mandatsverteilung im Senat erschien nur elf Prozent nicht repräsentativ. Ihre politische Rolle umschrieben 52 Prozent der Senatoren als „Trehänder des Allgemeinwohls“, die übrigen als „Sprecher einer Berufskörperschaft“. Für nur sieben Prozent war die Wahl in die Zweite Kammer mit beruflichem Fortkommen verbunden, die übrigen nannten ein größeres Prestige. Um die Wertschätzung des Senats in der Öffentlichkeit befragt, glaubten 86 Prozent, daß die Bevölkerung die Zweite Kammer für notwendig halte. Zu ihren eigenen gesetzgeberischen Möglichkeiten äußerten sich über zwei Drittel der Senatoren unzufrieden mit ihrem Initiativrecht und hielten ein Vetorecht für notwendig.

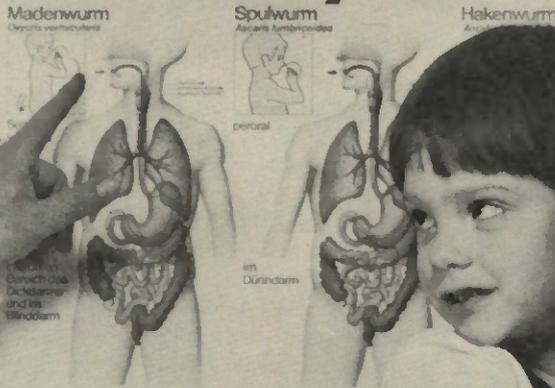
Der amerikanische Politologe kommt zu dem Ergebnis: „Trotz der Bedeutung ihrer Rolle bleibt der Mangel

an öffentlicher Anerkennung eine fortwährende Quelle der Frustration.“ Der Großteil der Senatoren möchte diesem Zustand durch Verfassungsreformen abhelfen, die die Stellung des Senats stärken sollen, meint Wolfe, läßt aber offen, ob solche Pläne öffentliche Unterstützung finden würden. Weil ein wirksames Vetorecht fehlt, neige der Senat weiterhin zu einer zurückhaltenden Rolle, bei der das Gutachtensrecht den größten Teil der Arbeit ausmache. In der Tat liege in der „Erarbeitung und Vorlage von Gutachten der wichtigste verfassungsmäßige und historische Beitrag des Senats“. „Die Leistung des Senats seit 1947 demonstriert die Wirksamkeit einer ausgewogenen Kombination von berufsständischer und parteipolitischer Repräsentation.“ Das solle aber nicht heißen, daß es keine Reformmöglichkeiten gebe. Wolfe nennt insgesamt acht Punkte, u. a. ein wirksameres Einspruchsrecht mit Zwei-Drittel-Mehrheit, einen Vermittlungsausschuß zwischen Landtag und Senat sowie auch eine Fragestunde des Senats.

Die Diskussion in der Öffentlichkeit, in den Parteien und Verbänden zielt bei einer Senatsreform, die ja eine Verfassungsänderung wäre, derzeit in eine andere Richtung. Einmal wird immer wieder die überholte Zusammensetzung kritisiert, die kein Spiegelbild der Bevölkerungsgruppen mehr sei. So haben die Bauern und Waldbesitzer im Senat ebensoviele Sitze wie die Gewerkschaften oder Handel und Industrie sind genauso stark vertreten wie das Handwerk, die Religionsgemeinschaften und die Wohltätigkeitsorganisationen. Hinzu kommt: Andere Verbände streben in die Zweite Kammer, so der Bayerische Landessportverband oder der VdK, der dem Innenminister bereits 32000 Unterschriften übergeben hat, mit denen ein Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens unterstützt wird. Mit diesem Volksbegehren will der VdK Sitze im Senat erreichen. Im Gespräch ist zwar, die Zahl der Senatssitze von derzeit sechzig auf siebzig zu erhöhen, um der veränderten Situation und den neuen Wünschen Rechnung zu tragen, fraglich bleibt freilich, ob diese Erhöhung ausreichen wird, sämtliche dann auftauchenden Wünsche auf Vertretung im Senat zu befriedigen.

Michael Gscheidle

# Wurmzyklen.



**Symptome:** Juckreiz im After  
Leibschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, allgemeine Unruhe

**Diagnose:** Ei-Nachweis durch Abstrich der Analfalte / Helmix Diagnostikstreifen  
Ei-Nachweis bzw. Wurm-Nachweis im Stuhl

**Therapie:** **Helmex** – wirksam gegen alle Maden-, S- und Hakenwürmer.  
Mit einer einzigen Dosis.

**Indikationen:**  
Helmex® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Einzeldosis-Behandlung von Infestationen mit Enterobius (Oxyuris) vermicularis (Madenwurm), Ascaris lumbricoides (Spulwurm), Ancylostoma duodenale und Necator americanus (Hakenwürmer) bei Kindern und Erwachsenen.  
Nach zur Zeit noch begrenzten klinischen Erfahrungen scheint Helmex® auch sehr wirksam zu sein bei Infestationen mit Trichostrongylus colubriformis.

**Zusammensetzung:**  
1 Kautablette bzw. 5 ml Suspension (= 1 Meßlöffel) enthalten 720 mg Pyrantelpamoat (entspr. 250 mg Pyrantelbase).

**Dosierung:**  
Kinder und Erwachsene erhalten in einer Dosis – ein einziges Mal 1 Tablette bzw. 1 Meßlöffel pro 25 kg Körpergewicht.

**Zur Beachtung:**  
Obwohl Helmex® nur wenig vom Darmtrakt resorbiert wird und Untersuchungen bei Tieren keine teratogenen Wirkungen gezeigt haben, ist Helmex® in der Schwangerschaft nur angezeigt, wenn dies aus ärztlicher Sicht notwendig ist. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Helmex® zu Erhöhungen der Serumtransaminasen kommen, worauf bei Patienten mit Leberschaden zu achten ist.

**Verträglichkeit:**  
Helmex® ist gut verträglich. Nebenwirkungen, vor allem Erbrechen und Diarrhoe, sind selten. Gelegentlich kann es bei Erwachsenen zu Blähungen kommen. Zusätzliche Diät, Abführmittel oder Darmspülungen sind nicht notwendig.

**Hendeleformen und Preise:**  
Packung mit 3 Kautabletten DM 11,95, Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,25

**Neu zur Familienbehandlung:**  
Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,70

Klinikpackungen

**Pfizer** PFIZER GmbH - Karlsruhe  
Abt. Roerig Pharmazeutika

# System Helmex®

## Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

- **Schnell einsetzende Wirkung** – bereits nach 15 Minuten stellen Ascariden ihre Spontanbewegung ein
- **Hohe Erfolgsquoten** 95% bis 100% – Erfolgsquoten bei Maden-, Spul- und Hakenwürmern



**Helmex® wirkt sofort und gründlich. In einer einzigen Dosis.**

**Das Helmex®-System**  
Zur kostenlosen Anforderung

- Stempel und Unterschrift
- Wandtafel mit Wurmzyklen
- Diagnostikstreifen
- mehrsprachige Patienten-Merkblätter
- Arzte-Muster gemäß AMG 9 34 (3)



Bitte ausschneiden und einreichen an Pfizer GmbH, Abt. Roerig Pharmazeutika, Postfach 1946, 7500 Karlsruhe 1

### Das Intuitive im ärztlichen und wissenschaftlichen Bereich

V. Kumpfmühler Kolloquium vom 25. bis 27. Juni 1976

Unser Confrère Max Josef Zilch aus Regensburg hat in seinen bekannten Kumpfmühler Kolloquien ein Thema aufgegriffen, das auch auf das Engste mit dem Bereich der Schriftstellerärzte verbunden ist. Zilch gehört zu den Schriftstellerärzten, die aus Überzeugung zu ihrem Berufe die Feder in die Hand genommen haben; so entstanden die an dieser Stelle schon besprochenen Bücher „Arznei aus Liebe“, „Ambivalenz und Ganzheit“ und „Zu mehr Gesundheit“. Kein Wunder, daß er mit der Intuition ein Thema gestellt hat, von dem Goethe, auf die Dichtung bezogen, sagte: „eine aus dem inneren Menschen sich entwickelnde Offenbarung“. Und der über hundert Jahre später lebende französische Dichter Paul Claudel faßt in einem Brief an den Abbé Bremond seine Auffassung über die dichterische Eingebung in folgende formschöne Verse:

Licht aus Sternenzeiten,  
Stille im Azur  
ebnet ein die Lichterspur  
in den himmlischen Gebreiten.

Unter diesen Umständen war es nicht überraschend, daß sich unter den Referenten auch zwei Schriftstellerärzte befanden, der Vizepräsident der UMEM, Vescovi, Böblingen, und der Chefchirurg I. R. Fritz Butters, Nürnberg.

Gerhard Vescovi sprach über „Das Intuitive im ärztlichen Beruf“, das unter Einwirkung der Katalogisierung der erbredeten Leistungen abläuft und zudem von den Vereinheitlichungstendenzen einer politisierten Gesundheitsbürokratie bedroht und behindert wird. Intuition ist Erkennung von Hintergründen, eine andere Dimension als das analytische analysierende Denken. Intuition ist eine weite Schau des Erkennens. Intuition muß abgegrenzt werden gegenüber der Magie, Intuition ist bei jeder ärztlichen Tätigkeit erforderlich.

Kollege Fritz Butters referierte in diesem Zusammenhang über „Sorge als Sinn des Seins“. Die Sprache bleibt im Gebiet des Rationalen, der

Mensch ist von Anfang an auf Vergänglichkeit angelegt. Die Sorge soll ihn behalten, solange er lebt, ein besorgtes Sein. Denken und Sein ist ein- und dasselbe (Parmenides). Grundelement jeglichen Erkennens bleibt die Intuition (intuere = Einblick gewinnen). Wer nur in Begriffen denkt, dem geht das Eigentliche unseres Seins verloren. Der Mensch bleibt ein Geheimnis. Der Einblick in das Wesen des Seins ist das Besorgtsein. Der römische Philosoph Seneca sagt: die Sorge macht erst den Menschen, sie bewahrt ihn vor Hybris. Sokrates mahnte vor seinem Todestrank seine Jünger, daß er dem Asklepios noch einen Hahn schuldig sei. Die letzte Sorge gilt dem Dasein, dem besorgten Sein.

Soweit zu diesem Thema die Schriftstellerärzte. Von den zahlreichen in- und ausländischen Professoren fast aller Fakultäten und den anwesenden praktizierenden Ärzten wurde in den Referaten manches für den musischen Menschen Wertvolles über die Intuition vorgebracht.

Kollege R. Gruner, Saalgau, HNO-Arzt, meinte, in 40 Prozent der Fälle könne man keine Diagnose stellen. Der schöpferische Einfall, die Gnade des Einfalls ist die eigentliche Intuition. Auch der Patient hat Intuitionen, er hat eine intuitive Bindung an den Arzt bei gegenseitiger Erwartung für den Heilungsverlauf. Heilung ohne Diagnose ist magische Heilung, Computer haben keine schöpferischen Ideen. Wir Ärzte müssen uns für Intuitionen bereithalten, sonst kommt die Maschine über uns.

Der Diplom-Psychologe Dr. K. F. Lehnert, Frankfurt, sieht in der Intuition eine spezifisch menschliche Befähigung, die aber nicht alle Menschen in gleicher Größe haben. Intuition ist wesenhaftes Erfassen von Zuständen und Erkenntnissen, Erfahrung und produktiver Einwirkungskraft.

Professor Hans Schaefer, Heidelberg: die Intuition ist ermordet worden vom Hochmut der Medizin, sie ist ein Erkennen durch geistiges Schauen. Intuitives Erkennen im

Geistesblitz ist dem Naturforscher wohl bekannt. Es gibt aber kein blitzartiges Erkennen einer Krankheit ohne Erfahrung. Der Computer ist dem Menschen an Schnelligkeit, nicht an Kombinationsfähigkeit überlegen. Intuition und Wissenschaft sind keine Gegensätze.

Der Medizinhistoriker Professor Schipperges, Heidelberg, gab eine hochinteressante Darstellung der Deutung des Wortes „Intuition“ von Heraklit, Plato, Aristoteles, Hochscholastik, Bonaventura, Descartes und Leibnitz. Sie war geistiges Schauen. Vornehmlich Ärzte sind dem Zauberwort „Intuition“ erlegen. Sie ist eine eigenständige Erkenntnis, ein Erfühlen einiger Brennpunkte in einer noch völlig verschlossenen Landschaft.

Der Direktor der Universitäts-Kinderklinik Bonn, Professor Heinz Hungerland, sprach über „Die Erkenntnis des Naturforschers“: Die Welt ist vielleicht nur ein Traum Gottes. Der Mensch kontrolliert durch Versuche, ob die Welt so aussieht, wie er vermutet. Die außergewöhnlichen wissenschaftlichen Erfolge sind aus der Erfahrung abgeleitet. Die Erfahrung steht vor dem Experiment. Erbfaktoren formen die Denkweise des einzelnen Menschen.

Der em. Direktor der Universitäts-Kinderklinik Kiel, Professor Werner Catel, dessen 82. Geburtstag mit einem schönen musikalischen Ständchen gefeiert wurde, führte in seinem Referat „Intellekt und Intuition“ aus: Das Introspektive ist das weite Feld der Intuition. Letztere ist eine inthronisierte Weltanschauung. Dem Intellekt ist es unmöglich, die objektive Wahrheit zu erkennen. Er selbst denke seit drei Jahrzehnten nach: Was ist Wirklichkeit?

Das gestellte Thema konnte nicht ganz ausdiskutiert werden. Es soll daher 1978 unter dem Titel „Intuition und Weltbild“ weitergeführt werden. Die Vorträge erscheinen im Verlaufe dieses Jahres als Heft (zu beziehen durch Dr. med. M. J. Zilch, Schließfach 33, 8400 Regensburg 9).

Für alle Teilnehmer war dieses Kolloquium ein großer Gewinn. Man konnte manchen Denkanstoß mit nach Hause nehmen, spielt die Intuition doch auch in der Dichtung eine große Rolle. Wir müssen daher unserem Confrère Zilch dankbar sein.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

## Tannacomp® wirkt:

### ● antibakteriell

unter weitestgehender  
Schonung der physiologischen Darmflora

### ● adstringierend

auf entzündliche  
Veränderungen der Darmschleimhaut

### ● spasmolytisch

auf die schmerzhaft  
gesteigerte Darmmotilität



**Tannacomp®**  
**beherrscht**  
**die Diarrhoe**

**rasch und  
ohne Schaden  
für den Patienten**

#### **Zusammensetzung:**

1 Filmtablette enthält  
500 mg Tannalalbuminat  
(Wirkstoff von Tannaibin®)  
und 50 mg Äthacridinlactat.

#### **Indikationen:**

Unspezifische Durchfallerkrankungen,  
wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoen,  
Gastroenteritis, Enterocolitis, Diarrhoen bei  
Anus praeternaturalis, zur Prophylaxe bei  
Infektionsgefahr auf Reisen oder Milieu- und  
Kostumstellung. Bei bakterieller oder Amö-  
benruhr, Cholera und Salmonelleninfektionen

ist eine spezifische Therapie erforderlich.

#### **Dosierung und Anwendungswise:**

Die Dosis richtet sich nach dem Schweregrad  
der Diarrhoe. Erwachsene: 1-2 Filmtabletten  
4mal täglich bis zum Sistieren der Durchfälle;  
zur Prophylaxe: 1 Filmtablette 2mal täglich;  
Kinder ab 6 Jahren: 1 Filmtablette 3-4mal  
täglich. Die Wirkung von Tannacomp wird  
durch Diät unterstützt.

**Kontraindikationen:** Sind nicht bekannt.

#### **Zur besonderen Beachtung:**

in den ersten 3 Monaten einer Schwanger-  
schaft ist die Verordnung von Tannacomp -

entsprechend den heutigen Auffassungen  
über den Arzneimittelgebrauch durch werden-  
de Mütter - kritisch abzuwägen.

#### **Handelsformen:**

Originalpackung mit 20 Filmtabletten DM 6,75  
Originalpackung mit 50 Filmtabletten DM 15,55



**KNOLL AG**  
6700 Ludwigshafen

### „Sozialpaket“ im Bundestag beschlossen

*Im Bundestag hat sich die Mehrheit von SPD und FDP durchgesetzt und Ehrenbergs „Sozialpaket“ beschlossen. Jetzt ist der Bundesrat im Zuge. Er kann ein Kostendämpfungsgesetz Änderungen durchsetzen. Aber die Möglichkeiten von CDU und CSU sind begrenzt. In Hannover und Saarbrücken regieren die Freien Demokraten mit. Wie weit geht die Rücksichtnahme auf die Bonner Koalition? Am 3. Juni ist das klar. Am umstrittensten wird dabei die Frage sein, ob die Kosten im Gesundheitswesen gesetzlich oder mit einer freiwilligen Aktion begrenzt werden sollen. Der Appell des Ärztetages ist von den Koalitions-Fraktionen im Bundestag nicht gehört und beachtet worden.*

Ehrenberg hat sein Gesetzespaket, wie zu erwarten, über die parlamentarischen Hürden gebracht. Der Sozialausschuß des Bundestages hat nur zweieinhalb Tage für die Einzelberatung dieses umfangreichen und komplizierten Gesetzeswerkes gebraucht, wofür es nur wenige Beispiele in der Bonner Parlamentsgeschichte gibt. Die Opposition nennt dies unverantwortlich, und das ist es wohl auch. Die Sprecher von SPD und FDP reden von konzentrierter Arbeit und einem guten Ergebnis. Nichts sei übers Knie gebrochen worden. Die Arbeitskreise der Fraktionen hätten die Osterpause genutzt. Zu den Schlußberatungen des Ausschusses hatte die Koalition noch auf mehr als 80 hektographierten Seiten Änderungsanträge eingebracht, die dann in den Gesetzestext eingearbeitet wurden.

In der heißlaufenden Abstimmungsmaschinerie des Bundestages gingen dann in gut zwei Stunden die rund 50 Änderungsanträge der Opposition unter. Zum Nachdenken blieb keine Zeit. Die politische Raison verlangte von der Mehrheit das Ja bis zum Freitagmittag am 13. Mai. Die Koalition scheint jedenfalls nicht ebergläubisch zu sein, sonst hätte man sich einen anderen Termin gewählt. Die vage Hoffnung des Ärztetages, mit seinen eindringlichen Appellen auf die Schlußberatungen noch Einfluß nehmen zu können, hat sich als Illusion erwiesen. Die Abgeordneten sind zur Tagesordnung übergegangen. Jetzt kann also nur noch der Bundesrat eine Änderung erzwingen.

Am 3. Juni fällt die Entscheidung. Die Ärzte sollten ihre Hoffnungen nicht zu hoch schrauben. So wie die politischen Verhältnisse sind, wird der Bundesrat die Gesetzentwürfe nicht pauschal ablehnen. Das Rentengesetz bedarf nicht einmal der Zustimmung. Hier könnte ein Einspruch also vom Bundestag überstimmt werden. Beim Kostendämpfungsgesetz ist das anders. Hier ist der Bundesrat gefordert. In dem zu erwertenden

Vermittlungsverfahren dürfte es vor allem um drei Punkte gehen:

1. Festlegung eines Eigenanteiles der Krankenhäuser an ihren Investitionen; auch ist das Verfahren für das Aushandeln der Pflegesätze umstritten, die Länder möchten mitreden können.
2. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, die vor allem die mittleren Einkommen treffen würde.
3. Das Setzen gesetzlicher Rahmenbedingungen bei den Ausgaben der Kassen für die ärztliche Behandlung und Arzneimittel.

Entscheidend ist die Haltung der Freien Demokraten in den Landesregierungen von Hannover und Saarbrücken. Des Vermittlungsverfahren wird sich, daran ist nicht zu zweifeln, vor allem auf den Krankenhausbereich beziehen. Hier sind die Länderinteressen direkt berührt. In Bonn hat man auch den Eindruck, daß es der FDP-Zentrale sehr gelegen käme, wenn mit Hilfe ihrer Parteifreunde in Hannover und Saarbrücken die vorgesehene Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze blockiert würde.

Die „konzertierte Aktion“, wie sie die CDU/CSU vorschlägt, ist aber zuletzt auch von der FDP entschieden abgelehnt worden. Hinter den Kulissen wird es darüber sicherlich noch ein heftiges politisches Tauziehen geben. Das Ergebnis läßt sich nicht vorhersagen.

In den Debatten des Bundestages hat es keinen ernsthaften Austausch von Argumenten mehr gegeben. Meinung wurde gegen Meinung gestellt. Dafür einige Kostproben:

Schmidt, Kempten (FDP): „Ein Abkoppeln des Kostendämpfungsgesetzes wäre unverantwortlich. Unverantwortlich wäre auch der Verzicht auf die vorgesehenen Rahmenvorschriften, die der Selbstverwaltung erst eine wirksame Kostendämpfung ermöglichen. Eine freiwillige konzertierte Aktion wäre ein untaugliches

Ersatzmittel. Die Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist alleinige Aufgabe der Selbstverwaltungsträger. Die vorgeschlagene konzertierte Aktion würde dagegen zu einer verstärkten staatlichen Einschaltung führen. ... Die Rahmenvorschriften zielen darauf ab, die Ausgaben der Krankenversicherung an gesamtwirtschaftlichen Daten zu stabilisieren.“

Egert (SPD): „Wir sagen ja zur Aktion auf gesetzlicher Basis und nein zum Konzert, weil die Widersprüchlichkeit der Aussagen aus dem Lager der Anbieter von Gesundheitsleistungen bei uns Zweifel hinsichtlich der Bereitschaft, sich an einer konzertierten Aktion zu beteiligen, geweckt haben. Das wechselnde Ja und Nein zur freiwilligen Anstrengung hat den Verdacht genährt, daß dies Teil einer Strategie ist, die gesetzliche Absicherung zu unterlaufen. ... Das Gesetz ist die ultima ratio, die sicherstellen soll, daß da, wo sich die Beteiligten nicht verständigen können, die Zeche nicht ausschließlich von den Beitragszahlern bezahlt wird. Unsere Erfahrungen in den letzten zwei Jahrzehnten mit dem Verhalten der Anbieter von Gesundheitsleistungen unterstreicht die Notwendigkeit der gesetzlichen Absicherung.“

Franke (CDU): „Es gibt erhebliche ordnungspolitische Bedenken gegen die Empfehlungsvereinbarung, wie sie in § 368 f vorgelegt worden ist. ... Wir schlagen deshalb eine konzertierte Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten vor. Wir sind überzeugt, daß die Vertreter der Selbstverwaltungsorgane größere Erfolge bei der Eindämmung der Kostenexplosion erzielen können, als das durch gesetzliche Maßnahmen möglich ist. Hierfür gibt es auch einen Beweis: Von 1975 auf 1976 ist der Kostenanstieg durch Selbstverwaltungsmaßnahmen um 50 Prozent gedämpft worden. ... Mit unserem Vorschlag setzen wir die Partner unter Erfolgs- und Beweiszwang, Kosten einzudämmen. Nach unseren ordnungspolitischen Vorstellungen dürfen staatliche Maßnahmen erst dann einsetzen, wenn die Erstverantwortlichen nicht die erwartete Lösung bringen. Unsere freiheitliche, unsere liberale Lösung wird von der SPD natürlich abgelehnt. Das ist doch völlig klar. ... Die FDP lehnt diese liberale, freiheitliche Lösung aber auch ab. ... Die FDP hat nicht einmal den Versuch gemacht, die SPD von diesem falschen Weg abzubringen.“

Die Freien Demokraten geben sich in der Öffentlichkeit selbstsicher. Dennoch wächst bei ihnen die Sorge, daß sie die politische Zeche für dieses Sozialpaket Marke Ehrenberg zahlen müssen.

bonn-mot

## Kongresse

### Angiologisches Symposium

vom 9. bis 11. Juni 1977 in München

Veranstalter: I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Blömer), Klinikum rechts der Isar

in Verbindung mit der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie

Leitung: Privatdozent Dr. A. Kriessmann, München

Themen: Ultraschall-Doppler-Diagnostik in der Angiologie: Ultraschall-Doppler-Diagnostik der hirnversorgenden Arterien – Mehrkanalige, gepulste Meßverfahren – Klinische und experimentelle Beiträge – Ultraschall-Doppler-Diagnostik der Extremitätenarterien – Ultraschall-Doppler-Technik zur Therapie- und Verlaufskontrolle – Ultraschall-Doppler-Diagnostik der Becken- und Extremitätenvenen – Rundtischgespräch

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. med. A. Kriessmann, I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 26 65

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

vom 17. bis 19. Juni 1977 in Bad Reichenhall

Vorsitz: Professor Dr. Spitz, Wien – Professor Dr. Ulmer, Bochum

Themen: Antibiotika – bieten neue Wirkstoffe therapeutische Vorteile? – Atmungsinsuffizienz (Pathogenese - Diagnostik - Therapie)

Auskunft:

Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Chefarzt am Klinischen Sanatorium Trausnitz, Salzburger Straße 9, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 40 63

### 10. Fortbildungstagung für Klinische Immunologie

am 18. Juni 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

Thema: Interdisziplinäre Aspekte der klinischen Immunologie

Auskunft:

Sekretariat des Instituts und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 33 63

### 18. Internationaler Montessori-Kongreß

vom 4. bis 8. Juli 1977 in München

Veranstalter: Association Montessori Internationale, Amsterdam, gemeinsam mit der Aktion Sonnenschein-Hilfe für das behinderte Kind, München

Präsident: Professor Dr. Th. Hellbrügge, München

Ehrenpräsident: Dr. Mario Montessori, Amsterdam

Thema: Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind

Ort: Deutsches Museum, Museumsinsel 1, München

Auskunft:

Montessori-Kongreß München, c/o Kinderzentrum München, Güllstraße 3, 8000 München 2, Telefon (0 89) 77 90 37

### 3. Ärztetagung in der präklinischen und klinischen Geriatrie

vom 15. bis 17. September 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. E. Lang, Erlangen  
Thema: Besonderheiten der Therapie im höheren Lebensalter

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft Geriatrietagung, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen

### Landesversammlung des Bayerischen Medizinälbeamtenvereins e. V.

am 8./9. Juli 1977 in Ingolstadt

zusammen mit der Bayerischen Landesstelle des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Freitag, 8. Juli 1977

9.00 – 16.00 Uhr:

Festvortrag:

Zur Medizingeschichte Ingolstadts  
Professor Dr. H. Goerke, München

Kieferorthopädie und Jugendgesundheitspflege

Professor Dr. A. Fleischer-Peters, Erlangen

Moderne Kariesprophylaxe mit Kombinationspräparaten

Professor Dr. R. Naujoks, Würzburg

10 Jahre Tuberkulose-Krankenhaus Parsberg, Fachklinik für tuberkulöse Problem-Patienten

Ltd. Med. Dir. Dr. L. Lewrenz, Parsberg

Die Entwicklung der interdisziplinären Arbeit an den Landesuntersuchungsämtern für das Gesundheitswesen  
Dr. E. Coduro, München

Übergang von Metallen aus Dosenkonserven in Lebensmittel  
ORChR Dr. H. Morcinek, München

Samstag, 9. Juli 1977

9.00 Uhr:

Mitgliederversammlung  
(geschlossene Veranstaltung)

Auskunft:

Ltd. Med. Dir. Dr. P. Schuch, Schubertstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 3 10 63 - 64

### Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Juni 1977

17. September 1977

29. Oktober 1977

26. November 1977

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

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

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 16. Juni 1977, 9. September 1977, 21. Oktober 1977 und 18. November 1977.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

**12. Kurs für praktische Gastroenterologie am 21./22. Oktober 1977 in Erlangen**

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Privatdozent Dr. H. Koch, Erlangen

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 74

**5. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V. am 4./5. November 1977 in Bayreuth**

Leitung: Professor Dr. K. Elster, Bayreuth

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 74

**17. Bayerische Internistentagung**

vom 18. bis 20. November 1977 in München

Leitung: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching  
Ort: Kongreßzentrum des Sheraton-Hotels, München

Auskunft:

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Dr. R. Schindlbeck, Summerstraße 3, 8036 Herrsching, Telefon (0 81 52) 62 64

**Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu**

24. Juni 1977:

Neuraltherapie nach Huneke (Dr. Dosch, München)

Film: Injektionstechnik der Neuraltherapie nach Huneke

1. Juli 1977:

Nachsorgeprobleme bei Koronar-Krankheiten in der Praxis (Professor Dr. Halhuber, Höhenried)

16. Juli 1977:

Herz-Kreislaufkrankungen: Diagnostik und Therapie (Seminar für die Praxis)

Leitung: Professor Dr. Michel, München  
Referenten: Münchener Kardiologen – Sonderprogramm

Ort: Sporthalle Kurhotel Sonnenalp, Sonthofen

Auskunft:

Medizineldirektor Dr. H. Schneiderhen, Sanatorium Hirtensten, 8981 Bolsterlang, Telefon (0 83 26) 8 28

**Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin**

21. November bis 2. Dezember 1977

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

23. Januar bis 3. Februar 1978

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

13. Februar bis 10. März 1978

B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“)

3. bis 14. April 1978

Lehrgang Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

5. bis 30. Juni 1978

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“) – wegen der starken Nachfrage eingeschoben

20. bis 22. September 1978

Arbeitsmedizinische Fortbildung

2. bis 27. Oktober 1978

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“)

27. November bis 8. Dezember 1978

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen in der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin statt.

Für die Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit wird eine Gebühr erhoben. Alle anderen Veranstaltungen sind vorerst gebührenfrei.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Platzreservierungen können ausschließlich in der Reihenfolge des Posteinganges berücksichtigt werden.

Das detaillierte Programm wird zum gegebenen Zeitpunkt bei vorliegender Anmeldung zugesandt. Änderungen und Neuauflagen von Veranstaltungen bleiben vorbehalten.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 23 91 1

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 259 - 260

**16. Klinische Fortbildung in Berlin vom 21. November bis 3. Dezember 1977**

Veranstalter: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin

Dieser Kurs ist für niedergelesene Ärzte aus der ganzen Bundesrepublik und West-Berlin gedacht. Es ist ein Seminar in Internetform, in dem jeder Teilnehmer Gelegenheit hat, sich aktiv am Krankenbett, im Labor und allen anderen Ausbildungsstätten zu beteiligen und mit den Dozenten zu diskutieren.

Anmeldungen schriftlich an: Fräulein Bendert, Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 85

**Veranstaltungskalender des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau-Bodensee**

6. Juli 1977:

Pathologisch-klinische Konferenz (Professor Dr. Loewe, Friedrichshafen)  
Beginn: 20.00 Uhr  
Ort: Hörsaal des Pathologischen Institutes, Friedrichshafen

13. Juli 1977:

Die ärztliche Betreuung des gelstig behinderten Kindes (Privatdozent Dr. Neuhäuser, Erlangen)  
Beginn: 20.00 Uhr  
Ort: Auditorium des Städtischen Krankenhauses, Friedrichshafen

17. August 1977:

Der Witz als Therapie (Professor Dr. Preissendanz, Konstanz)  
Beginn: 20.00 Uhr  
Ort: Hotel Rosengarten, Tettnang

7. September 1977:

Pathologisch-klinische Konferenz (Professor Dr. Loewe, Friedrichshafen)  
Beginn: 20.00 Uhr  
Ort: Hörsaal des Pathologischen Institutes, Friedrichshafen

7. September 1977:

Spasmus und Schmerz – Audiovisuelle „Tele-Talk-in“ Fortbildung  
Beginn: 20.00 Uhr  
Ort: Kornhaussaal, Weingarten

22. Oktober 1977:

Alkohol und Leber (Professor Dr. Gerok, Freiburg)  
Beginn: 10.00 Uhr  
Ort: Stadthalle, Weingarten

Jeden letzten Mittwoch des Monats:

Pathologisch-klinische Konferenz (Dr. Müller, Ravensburg)  
Beginn: jeweils 20.00 Uhr  
Ort: Kreiskrankenhaus, Lindau



# Kaliumbewahrendes Saluretikum **MODURETIK**<sup>®</sup>

MODURETIK<sup>®</sup> wurde entwickelt, um Ödeme besser beherrschen zu können, bei gleichzeitig besserer Stabilisierung des Elektrolytgleichgewichts und des Säure-Basen-Gleichgewichts.

#### Zusammensetzung

Eine Tablette MODURETIK<sup>®</sup> enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxemid-hydrochlorid (Amilorid-hydrochlorid) und 50 mg Hydrochlorothiazid.

#### Indikationen

Kardial bedingte Ödeme und digitalisierte Patienten mit Ödemen, Hypertonie, sofern die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites. MODURETIK<sup>®</sup> kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden.

Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß MODURETIK<sup>®</sup> deren Wirkung verstärkt. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von MODURETIK<sup>®</sup> eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden.

#### Kontraindikationen

Erhöhter Serum-Kaliumspiegel ( $> 5,5 \text{ m Äq/l}$ ). Zugabe von kaliuresehemmenden Substanzen oder Kalium-

substitution. Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie, Erhöhter Rest-N ( $> 60 \text{ mg/100 ml}$ ), Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder.

#### Dosierung

Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1x täglich 1 Tablette MODURETIK<sup>®</sup>. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serumelektrolytwerten angepaßt werden.

#### Zu beachten:

Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln.

#### Besondere Hinweise

Über die Anwendung von MODURETIK<sup>®</sup> während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, MODURETIK<sup>®</sup> während der Laktation zu geben, sollte abgestillt werden. Der

Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer MODURETIK<sup>®</sup>-Behandlung ist der Zustand der Nierenfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetesverdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte MODURETIK<sup>®</sup> vorher abgesetzt werden. Ein latenter Diabetes mellitus kann unter der Verabreichung von Thiaziden manifest werden. Eine kaliumrätinierende Therapie sollte bei Patienten mit Neigung zu Azidose (z. B. Diabetes mellitus) nur sehr vorsichtig eingeleitet und durchgeführt werden.

#### Hendeleformen

und Preise lt. A. T.  
20 Tabletten DM 14,40  
50 Tabletten DM 29,55

Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren Aufmerksamkeit wir empfehlen.

**MSD**  
**SHARP & DOHME**

## Schnell informiert

### Trummert-Medaille für Friedrich Deich

Für seine besonderen Verdienste auf dem Gebiet der medizinischen Publizistik wurde Dr. Friedrich Weeren, Arzt und Publizist — unter dem Schriftstellernamen Friedrich Deich bekannt —, auf der Mitgliederversammlung der Vereinigung der Medizinischen Fach- und Standespresse mit der „Walter-Trummert-Medaille“ ausgezeichnet.

Auf derselben Veranstaltung wurde Dr. Rolf Berensmann in den Vorstand gewählt. Er ist Nachfolger von Walter Burkhardt, Schriftleitung „Deutsches Ärzteblatt“, der sein Amt aus beruflichen Gründen niederlegte.

### DKI an DIMDI in Köln angeschlossen

Seit März 1977 verfügt das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI), Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 44 22/23/24, — Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf — über einen Direktanschluß zum Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln. Damit sind die Informationsmöglichkeiten der Dokumentationsabteilung des DKI erheblich erweitert worden, das bereits bisher 30 000 Literaturstellen für das Krankenhauswesen, die im „Informationsdienst Krankenhauswesen“ veröffentlicht worden sind, im Direktzugriff zur Verfügung hat.

Nunmehr kann das DKI auf die verschiedenen Datenbanken des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln zugreifen, wobei vor allem die Medlars-Datenbank für das Gesundheits- und Krankenhauswesen besonders erwähnenswert ist. Für das weltweite medizinische Informationssystem Medlars werden laufend 3000 Zeitschriften ausgewertet. Die Medlars-Datenbank enthält ungefähr zwei Millionen Zitate bei einem jährlichen Zugang von 250 000 Literaturstellen. Bei Benutzung des normalen Telefonnetzes gestattet das DIMDI-Dialogsystem DIRS für das DKI von Düsseldorf aus den jederzeitigen Zugriff auf die Datenbanken bei DIMDI, die nicht nur das Medlars-System umfassen, sondern auch weitere Literaturdatenbanken. Mit dem DKI-Anschluß an DIMDI ist ein erster, besonders wichtiger Schritt für die geplante, enge Zusammenarbeit zwischen DIMDI und dem DKI getan.

### Psoriasis-Fibel

Von Professor Dr. B. Rohde und Dr. D. Konietzko wurde eine Psoriasis-Fibel herausgegeben. Auf 160 Seiten mit 12 Abbildungen werden die verschiedenen Verlaufsformen und ihre möglichen Behandlungen erläutert und die Zusammenhänge zwischen der Schuppenflechte und inneren und äußeren Einflüssen beschrieben. Ergänzt wird die Darstellung durch ein Lexikon wissenschaftlicher Begriffe.

Die Zustellung der Psoriasis-Fibel (Buchpreis DM 15,—, Kostenanteil Porto und Verpackung DM 1,20) erfolgt nach Überweisung des Betrages von DM 16,20 auf das Postscheckkonto Hamburg, Nr. 759 97-202, unter B. Rohde, Psoriasis-Fibel, Weg beim Jäger 89, 2000 Hamburg 61.

### „Patientenheft“ für des Krankenhaus

In großen Krankenhäusern wird es immer schwerer, einen persönlichen Kontakt zwischen Patient und Arzt zu entwickeln. Besonders wenn ein Patient zum ersten Mal im Krankenhaus liegt, kennt er den Betrieb dort nicht und weiß nicht, daß er auch zum medizinischen Geschehen Freigang stellen und Wünsche äußern darf.

Um den gegenseitigen Informationsaustausch zu fördern und das Gespräch zu erleichtern, haben Ärzte des Hartmannbundes und Marburger Bundes gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Soziologie in Freiburg ein Patientenheft entwickelt, das inzwischen in sieben Kliniken getestet wurde. Das Ergebnis war positiv.

Das Patientenheft enthält beispielsweise Informationen über die Rechte des Patienten im Krankenhaus und fordert ihn auf, von sich aus das Gespräch mit dem Arzt zu suchen. Weiter kann sich der Patient in seinem Heft tagebuchähnliche Eintragungen über den Krankheitsverlauf machen und sich Fragen notieren. Auf diese Weise erhoffen sich die Ärzte eine positive Einstellung des Patienten zu seiner Behandlung und eine entsprechende Mithilfe.

### Neues Arzneibuch für homöopathische Arzneimittel

Die Homöopathische Arzneibuchkommission des Bundesgesundheitsamtes hat den Entwurf für ein neues homöopathisches Arzneibuch verabschiedet. Die Entwicklung dieses Arzneibuches geht auch auf die Anregung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zurück, die durch Festlegung der Verfahrenstechniken und der Qualitätsprüfverfahren sicherstellen will, daß den Ärzten nach wie vor homöopathische Arzneimittel zur Verfügung stehen. Das am 1. Januar 1978 in Kraft tretende neue Arzneimittelgesetz sieht nämlich vor, daß homöopathische Arzneimittel, die den Anforderungen des homöopathischen Teils des Arzneibuches entsprechen, nicht den strengen Bedingungen der Zulassung unterworfen sind, sondern nur in ein beim Bundesgesundheitsamt zu führendes Register für solche Arzneimittel eingetragen werden.

Die deutsche Arzneimittelkommission hat sich auch für ein gleichartiges Verfahren für anthroposophische Arzneimittel eingesetzt.

### Preis der Stadt Bad Kissingen 1978

Der Stadtrat Bad Kissingen hat zur Förderung der balneologischen Forschung den „Preis der Stadt Bad Kissingen 1978“ von DM 5000,— ausgeschrieben. Die wissenschaftliche Arbeit muß ein Thema beinhalten, das die Einsicht in die Wirkprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertieft. Sie muß auf eigenen Erkenntnissen beruhen, die von dem Kuratorium als wesentlich und wissenschaftlich begründet angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter Tatsachen erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Die Arbeit ist mit Name und Vorname des Verfassers, geneuer beruflicher Stellung und Tätigkeit zu kennzeichnen und darf vor dem 1. Januar 1978 nicht veröffentlicht worden sein.

Einsendeschluß: 1. Januar 1978

Teilnahmebedingungen: Rathaus der Stadt Bad Kissingen, Postfach 2260, 8730 Bad Kissingen

## Hufeland-Preis 1976 verliehen

Mit dem Hufeland-Preis 1976 wurde Professor Dr. K. Biener, Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich, ausgezeichnet. Der mit DM 10 000,- dotierte, seit 1960 jährlich von der Colonia Lebensversicherung/Deutsche Ärzteversicherung gestiftete Preis für bedeutende Beiträge zur vorbeugenden Gesundheitspflege wurde ihm für seine Arbeit „Drogen und Präventivmedizin – Sozialmedizinische Pilotstudien zur Prävention des Drogenproblems“ verliehen. Bereits 1969 wurde Professor Biener für seine Arbeit „Wirksamkeit der Gesundheitserziehung unter besonderer Berücksichtigung der Sporthygiene“ ausgezeichnet.

## Winterthur-Preis verliehen

Im Beisein des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber, wurde in München der vom Komitee Sicherheit für das Kind ausgeschriebene „Winterthur-Preis“ übergeben. Der von den Winterthur-Versicherungen gestiftete Preis ist mit DM 5000 dotiert und wird jährlich einmal für hervorragende publizistische Leistungen auf dem Gebiet der Kinderunfallverhütung verliehen.

Die Auszeichnung erhielten zu gleichen Teilen die Filmproduktion Cine-Relation in Köln für ihre vom Deutschen Verkehrssicherheitsrat in Auftrag gegebene und vom ZDF ausgestrahlte Fernsehserie „Herr Daniel paßt auf“ und Richard Kaufmann für seine für den Süddeutschen Rundfunk geschriebene Reportage „Das unbehütete Kind“.

## Mieträume in München, Stadtmitte

### Die Bayerische Versicherungskammer bietet an:

Moderne Räume in dem repräsentativen Bürogebäude in München 2, Augustenstraße 24; Bezugsfertigkeit Sommer 1977.

Das Gebäude hat eine außerordentlich günstige Verkehrsanbindung: Hauptbahnhof, S-Bahn, Stachus, Briener Straße und Straßenbahnhaltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe.

Ein großer Vorteil macht den Neubau für die künftigen Mieter der insgesamt 930 qm Büroflächen im I. mit IV. OG besonders attraktiv: Die offengehaltene Grundrissgestaltung garantiert eine räumliche Aufteilung nach individuellen Ansprüchen (Einzelbüros, Großraumbüros oder geschloßgroße Büros). Pro Etage werden ca. 230 qm angeboten. Jede Etage ist mit abgehängten Decken, Fernwärmeheizung, Teppichböden, Teeküchen, Jalousien und entsprechenden Sanitäreinrichtungen ausgestattet.

Der Mietpreis beträgt 12,- DM/qm (Verhandlungsbasis) zuzüglich der üblichen Nebenkosten. Ferner ist eine unverzinsliche Sicherheitsleistung in Höhe von ein bis zwei Monatsmieten zu erbringen.

Auch Kfz-Stellplätze können in der Tiefgarage mit direkter Zufahrt von der Augustenstraße angemietet werden.

Die Ladenflächen im EG sowie eine Hälfte des I. OG sind bereits vermietet.

Bitte richten Sie Ihre Anfragen an:

Bau- und Hausverwaltung der Bayerischen Versicherungskammer, Maximilianstraße 53, 8000 München 22, Zimmer 327 (schriftlich), Telefon (0 89) 21 60 / 27 12 (Herr Huber und Herr Maurer)

## Erlanger Förderungspreis 1976 verliehen

Den mit DM 20 000 dotierten Erlanger Förderungspreis der Jacques Pfrimmer-Gedächtnisstiftung für 1976 erhielten Dr. Jürgen Kult, Würzburg, und Dr. Heinrich Wieand, Heidelberg, für ihre hervorragenden Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der modernen Ernährungswissenschaft. Dabei sah sich das Stiftungskuratorium außerstande, einer der beiden Arbeiten den Vorzug zu geben, so daß dieser Preis, der zu den höchstdotierten der Bundesrepublik Deutschland zählt, in diesem Jahr geteilt werden mußte.

## Weniger Risiko für Patienten

Ein neuartiges Gerät zur Messung der Viskosität des Blutes wurde in der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg vorgestellt. An der vierjährigen Entwicklungsarbeit waren Professor Dr. Gerhard Weber, Vorstand der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten und apl. Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg, Dr. Torsten Kreisel, Hautklinik Nürnberg, Professor Dr. Siegfried Peter, Ordinarius für Technische Chemie (Trenntechnik) an der Universität Erlangen-Nürnberg und sein Assistent Dipl.-Ing. Jürgen Künzel beteiligt. Das Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt.

Die neue Methode bietet gegenüber traditionellen Verfahren den Vorteil, daß das Blut nach der Messung wieder in den Körper des Patienten zurückgepumpt werden kann, da der Zusatz gerinnungshemmender Mittel nicht mehr nötig ist. Ein – besonders bei Unfallsverletzten – beeinträchtigender Blutverlust tritt also nicht mehr ein.

Der neue Apparat verringert das Risiko bei einer Anzahl ärztlicher Eingriffe. Die Viskosität des Blutes ist jetzt exakt meßbar und genau zu regulieren. Gefährliche Herz-Kreislauf-Belastungen, etwa bei starker Eindickung oder extremer Verflüssigung des Blutes im Verbrennungsfall, können künftig ausgeschaltet werden. Auch zur Kontrolle von Infusionen, Transfusionen, künstlicher Ernährung, Herz-Lungen-Operationen und Schockbehandlungen ist das Gerät geeignet, das demnächst auf den Markt kommen und später einmal zur Grundausstattung jedes Rettungswagens oder -hubschraubers gehören soll.

## Musksommer zwischen Inn und Seisach

Für die Freunde der Musik finden in diesem Sommer wieder Konzerte im Inn-Chiem-Ruperti- und Salzachgau statt:

*Freitag, 10. Juni 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:*

Bäuerliche Tanzweisen aus Baiern  
Toni Goth-Sextett, München

*Samstag, 11. Juni 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:*

Mozerts Verwandte in Stadt und Land – Kammermusik süddeutscher Meister und Bairische Volksmusik  
Toni Goth-Sextett und Camerata Instrumentalis, München

*Sonntag, 12. Juni 1977, 19.30 Uhr, Höglwörth, Klosterkirche:*

Michael Haydn: Streichquintett G-Dur  
Wolfgang Amadeus Mozart: Streichquintett KV 516 g-Moll  
Ludwig van Beethoven: Streichquintett op. 29 C-Dur  
Keller Quartett

Samstag, 18. Juni 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

„Ein Musikalisch Fröhlichkeit“ – Höfische Musik und Tänze aus der Renaissance

Consort Franz Tanta, Salzburg

Samstag, 18. Juni 1977, 19.30 Uhr, Bad Reichenhall, Stadtpfarrkirche St. Zano:

Joseph Haydn: Konzart C-Dur für Orgel und Orchester  
Wolfgang Amadeus Mozart: Aria „In ta Domine“ für Sopran, Orgel solo und Orchester KV Anh. 120 Es-Dur  
Joseph Haydn: Misse in B (Schöpfungsmesse)  
Solistan, Chor der Herz-Jesu-Kirche, München, Convivium Musicum, München  
Leitung: Josef Schmidhuber

Sonntag, 19. Juni 1977, 19.30 Uhr, Hohenaschau, Burghot:

Heinrich Ignaz Frenz von Biber: Serenade mit dem Nachwächterbaß C-Dur  
Wolfgang Amadeus Mozart: Divertimento KV 136 D-Dur  
Ludwig van Beethoven: Kanons  
Franz Xaver Brixi: Der Schulmeister – Singspiel  
Tölzer Knabenchor und seine Solisten, Convivium Musicum, München  
Leitung: Gerhard Schmidt-Gaden  
– Bei ungünstigem Wetter findet das Konzert in der Aschauer Festhalle statt –

Samstag, 25. Juni 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Händel – Vivaldi – Bach – Diabelli – Mozart – Danzi  
Münchner Flötenquartett

Sonntag, 26. Juni 1977, 19.30 Uhr, Baumburg, Stiftskirche:

– Programm wie Samstag, 18. Juni 1977, Bad Reichenhall, Stadtpfarrkirche St. Zeno –

Samstag, 2. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Gotthold Ephraim Lessing: Nathan der Weise – Schauspiel in 5 Akten  
Lora Bronner-Bühne, München

Sonntag, 3. Juli 1977, 19.30 Uhr, Grassau, Pfarrkirche:

Joseph Boulogne Chevalier de Saint Georgas: Streichquartett G-Dur  
Wolfgang Amadeus Mozart: Streichquartett KV 464 A-Dur  
Ludwig van Beethoven: Streichquartett op. 59 Nr. 3 C-Dur  
Sinnhoffar-Quartett, München

Samstag, 9. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Musik aus der frühen Renaissance und aus dem Liederbuch des Johannes Heer  
Landshuter Hofmusik  
Leitung: Hans Walch

Sonntag, 10. Juli 1977, 19.30 Uhr, Baumburg, Stiftskirche:

Münchener Bach-Orchester  
Leitung: Karl Richter  
Veranstaltung in Zusammenarbeit mit dem Kulturkreis 72 e.V., Traunreut

Samstag, 16. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Jean J. Roussau: Der Dorfwahrsager – Kammeroper  
Camerata musicale, München  
Leitung: Richard Madar

Samstag, 16. Juli 1977, 19.30 Uhr, Traunstein, Stadtpfarrkirche St. Oswald:

Leopold Mozart: Kantate „Surgite mortui“ für Tenor, Chor und Orchester

Wolfgang Amadeus Mozart: Offertorium „Ouis ta comprahendat“ für Chor, Solovioline, Orgel solo und Orchester KV Anh. 110

Raquiam KV 626

Tölzer Knabenchor und seine Solisten, Convivium Musicum, München

Leitung: Gerhard Schmidt-Gaden

Sonntag, 17. Juli 1977, 19.30 Uhr, Prien am Chiemsee, Pfarrkirche:

– Programm wie Samstag, 16. Juli 1977, Traunstein, Stadtpfarrkirche St. Oswald –

Samstag, 23. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Sonaten und Triosonaten von J. S. Bach – Barockkonzert  
Paul Meisen, Flöte; Werner Grobhotz, Violine; Peter Clemente, Cembalo

Sonntag, 24. Juli 1977, 19.30 Uhr, Tittmoning, Stiftskirche:

Joseph Willibald Michl: Sextett für Oboe, 2 Hörner und Streicher C-Dur  
Wolfgang Amadeus Mozart: Quartett für Oboe und Streicher F-Dur KV 370  
Quintett für Horn und Streicher Es-Dur KV 407  
Septett (Divertimento) für Oboe, 2 Hörner und Streicher KV 251  
Salzburger Mozartspieler

Freitag, 29. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Virtuose Bläsermusik von Mozart bis Arriau  
Salzburger Bläserquintett

Samstag, 30. Juli 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Volksmusik und „populare“ klassische Musik diasseits und jenseits der Alpen zwischen 1700 und 1800  
Musica per Salterio, München

Samstag, 30. Juli 1977, 19.30 Uhr, Seeon, Klostarkirche:

Wolfgang Amadeus Mozart: Quintett für Horn und Streicher Es-Dur KV 407  
Quartett für Flöte und Streicher D-Dur KV 285  
Quartett für Oboe und Streicher F-Dur KV 370  
Septett (Divertimento) für Oboe, 2 Hörner und Streicher KV 251  
Salzburger Mozartspieler

Freitag, 5. August 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Aus alten Lied- und Notenbüchern – Musik aus Gotik und Renaissance  
Ulsamer Collegium, Würzburg

Samstag, 6. August 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Alpenländische und andere Volkslieder und -tänze aus alter und neuer Zeit  
Münchner Kammerchor und Solisten  
Leitung: Franz Arnold

Freitag, 12. August 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

„Eine kleine Nachtmusik“  
Salzburger Mozartspieler (in Oktattbesetzung)

Samstag, 13. August 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Rinaldo da Capua: Die Zigeunerin – Kammeroper  
Intermezzo: Domenico Cimarosa: Der Kapellmeister – Kammeroper  
Weißhornar Kammeroper  
Leitung: Norbart Nohé

Samstag, 20. August 1977, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Virtuosa Kammermusik mit Berliner Gästen



# Pankreaplex<sup>®</sup>

unbekümmert  
essen und verdauen

stimuliert die physiologische  
Verdauungsleistung

stabilisiert die Funktionen  
von Magen und Darm  
ohne Enzymsubstitution

beseitigt störende  
intestinale Symptome  
in jedem Lebensalter

**Indikationen:** Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.

**Zusammensetzung:** Percolat. 1=10:  
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml,  
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,  
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin.  
hydrol. 0,5 g, Corridentia ad 20 ml.

1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

**Preise:** Packungen: 60 Dragées 6,10 DM,  
150 Dragées 11,95 DM, 20 ml Liquidum 5,75 DM,  
50 ml Liquidum 11,60 DM



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter-Ringelheim

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1977 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Scherlecherkrankungen wurden im März geringfügig häufiger gemeldet als im Februar. Die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer stieg von 57 auf 60 Fälle, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Übertragbare Hirnhautentzündung

tritt annähernd in gleichem Ausmaß wie im Vormonat auf.

Ebenfalls nur wenig veränderte sich im März gegenüber dem Vormonat die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose –

die Meldeziffer stieg von 22 auf 23 je 100 000 Einwohner – und die Häufigkeit von Hepatitis-infectiose-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung), hier sank die Ziffer im gleichen Zeitraum von 30 auf 28 Fälle je 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Februar bis 3. April 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	261	—	—	—	3	—	10	—	—	—	—	—	1	—	8	—	122	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	34	—	—	—	1	1	1	—	1	1	—	—	2	—	—	—	38	—	3	—	—	—
Oberpfalz	—	—	67	—	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	55	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	2	—	—	—
Mittelfranken	—	—	44	—	—	—	2	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	34	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	75	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	15	—	2	—	—	—
Schwaben	—	—	85	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	621	—	—	—	11	2	33	1	1	1	—	—	5	—	10	—	242	—	9	—	—	—
München	—	—	138	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	53	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	14	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		
	Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Mikrosporidie		Amöbenruhr		Bangsche Krankheit		Malaria Erst-erkrankung		Q-Fleber		Toxoplasiose								Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		
	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
Oberbayern	96	3	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21
Niederbayern	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	59
Oberfranken	21	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mittelfranken	74	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Schwaben	34	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Bayern	290	3	3	—	4	—	1	—	2	—	5	—	5	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	101
München	46	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Regensburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

## Pharmaindustrie

### Neues Mittel gegen Bilharziose

Die Bilharziose, auch Schistosomiasis genannt, ist eine in den Tropen weitverbreitete Wurmkrankheit, an der bisher etwa 200 Millionen Menschen leiden. Für die Übertragung dieser Parasiten sind Süßwasserschnecken verantwortlich, die auch in neugeschaffene Bewässerungssysteme und Stauseen vordringen. Das erklärt die stete Ausbreitung dieser Seuche, so daß heute 600 Millionen Menschen als von ihr bedroht gelten müssen.

Eine wirkungsvolle Bekämpfung dieser Infektion kann nur noch durch gleichzeitige Behandlung größerer Bevölkerungsgruppen erfolgen. Bisher lehnt jedoch ein Medikament, das sich bei besonders guter Verträglichkeit als sehr wirksam und leicht anwendbar zum Einsatz auf solch breiter Basis eignet. Diese Anforderung verspricht der neue, Praziquantel genannte Wirkstoff nun zu erfüllen. Erste klinische Erfahrungen in Afrika, Südamerika und Südostasien lassen hoffen, daß schon eine einmalige Tablettengabe für eine nebeneinanderliegende und hochwirksame Behandlung ausreicht.

Das neue Mittel wurde von Merck synthetisiert, seine antiparasitäre Wirksamkeit von Bayer aufgefunden und experimentell bewiesen. Es wird seit Jahren durch beide Firmen gemeinsam bearbeitet und intensiv weiterentwickelt.

### Joy Adamson Kalender 1977/78

Joy Adamson — wer ist das? Eine gebürtige Österreicherin, die seit 1937 in Kenia lebt und die meiste Zeit im afrikanischen Busch verbracht hat. Fasziniert von der Eigenart des afrikanischen Volkes und der Tierwelt malte sie eindrucksvolle Bilder und schrieb zahlreiche Bücher.

Mit diesem Kalender ist es gelungen, das künstlerische Wirken dieser Frau darzustellen und gleichzeitig dem Empfängerkreis das Problem vom Aussterben bedrohter Tierarten nahezubringen.

Interessenten können diesen Kalender kostenlos anfordern bei Ludwig Heumenn & Co. GmbH, Heideloffstraße 18-28, 8500 Nürnberg.

### Zucker aus Melasse

Zwei Verfahren, „Chromatografie“ und „Elektrolytvorlauf“ (ion exclusion), beschäftigen sich mit der Rüben- bzw. Rohrmelasse, da diese nicht nur fast 50 Prozent Restzucker, sondern auch eine Reihe von Wertstoffen enthält.

Bei diesen Prozessen vermag <sup>®</sup>Lewatit, ein Ionenaustauschharz der Bayer AG, eine wichtige Rolle zu spielen. Mit seiner Hilfe gelingt die weitgehende Trennung der Melasse in Zucker und Nichtzucker sowie die Isolierung wichtiger Wertstoffe, wie z. B. Glutaminsäure aus der Nichtzuckerfraktion.

Da etwa 5 kg Melasse auf 100 kg verarbeitete Rüben anfallen und fast 50 Prozent Restzucker in der Melasse enthalten sind, gewinnen die Verfahren dort an Bedeutung, wo die eigene Zuckerproduktion den Eigenbedarf nicht decken kann.

### Grundsteinlegung in Weiterstadt bei Darmstadt

In Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste fand in Weiterstadt bei Darmstadt die Grundsteinlegung für die neue Produktionsstätte der Röhm-Pharma GmbH statt. Der Geschäftsführer des Unternehmens wies in seiner Ansprache auf den raschen Aufschwung des Unternehmens in den letzten Jahren hin, der vor allem auch auf den Ausbau des diagnostischen Sektors und des Impfprogrammes zurückzuführen ist.

### Film: „Pharma-Forschung ist nie zu Ende“

Der Film der Pharma-Sparte von Bayer schildert den Weg der Arzneimittel von der Synthese einer Substanz bis zur Anwendung des Medikaments in Klinik und Praxis. Nur eine von 10 000 Substanzen hat dabei die Chance, zu einem fertigen Arzneimittel zu werden. In der Regel vergehen acht bis zehn Jahre, ehe ein völlig neuer Wirkstoff intensiv erforscht und geprüft ist und dem Arzt zur Behandlung der Patienten übergeben werden kann. Die Pharmaforschung zählt damit zu den aufwendigsten Forschungsrichtungen überhaupt.

Der Film zeigt aber auch, wie sorgfältig bei der Herstellung von Arzneimitteln vorgegangen wird und welche strengen Qualitätsprüfungen jedes Mittel durchlaufen muß. Aber selbst eingeführte Präparate werden weiter erforscht, denn „Pharmaforschung ist nie zu Ende“.

Der Film, den das Filmstudio Kurt Pit Müller, Bensberg, hergestellt hat, wird in 16 mm Lichtton kostenlos verliehen. Laufzeit: 22 Minuten. — Anfragen: Bayer AG, Zentralebereich WM/AVI, 5090 Leverkusen-Bayerwerk.

### Merkblätter für Patienten

Wieviel Zeit muß der Arzt darauf verwenden, seinen Patienten die für den Heilerfolg so wichtigen Verhaltenshinweise im mündlichen Gespräch zu vermitteln. Hier sind die von der Basotherm GmbH herausgegebenen Merkblochs eine echte Hilfe, sie umfassen jeweils 50 Merkbblätter, auf denen die wichtigsten therapieunterstützenden Tipps zusammengelaßt sind; für ergänzende Anmerkungen des Arztes ist ein ausreichend großes Feld vorhanden.

Folgende Merkblochs liegen vor:

Ratschläge für Patienten mit Kopfhauterkrankungen und Haarschäden

Ratschläge für Patienten mit Hautpilzerkrankungen

Wasch-Ratschläge zur Hautreinigung bei Dermatosen

Pflege-Ratschläge für Patienten mit Hautkrankheiten

Ratschläge für Akne-Patienten

Akne-Diätanweisungen

Anleitungen für gymnastische Übungen gegen Venenstauungen

Ratschläge für Patienten mit Venenerkrankungen

Ratschläge für Patienten mit Hämorrhoidalleiden, deutsch und fremdsprachig

Ratschläge für Patienten mit vulvo-vaginalen Infektionen

Ratschläge für Patienten mit Augenerkrankungen

Ratschläge für Patienten mit Ohrerkrankungen

Diese Merkblochs werden von der Basotherm GmbH, Postfach 130, 7950 Biberach an der Riss 1, auf Anforderung kostenlos abgegeben.

## Buchbesprechungen

### Fragensammlung zum kurzen Lehrbuch der Pharmekologie und Toxikologie

Verf.: Prof. Dr. G. Kuschnsky / Prof. Dr. H. Lüllmann, zusammengestellt von Dres. Reil, 47 S., 2782 Fragen zur 7. Aufl., kart., DM 5,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die vorliegende Sammlung soll dem Studierenden helfen, sein Wissen auf diesem Fachgebiet zu kontrollieren und sich auf die erste und dritte klinische Prüfung vorzubereiten. Die Fragen sind inhaltlich entsprechend der neuen Approbationsordnung unterteilt in solche aus dem Gebiet der „Allgemeinen Pharmakologie und Toxikologie“ und aus dem der „Speziellen Pharmakologie“. Die Fragen sind so abgefaßt, daß sich ihre Lösung aus dem Buchtext ergibt; sie sind nicht in die „Quiz-Form“ gekleidet.

### Ärztlicher Rat für Schilddrüsen-Kranke

Verf.: Prof. Dr. P. Pfannenstiel, 90 S., 30 Abb., kart., DM 12,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In der Bundesrepublik ist etwa jeder sechste Bürger schilddrüsenkrank und bedarf deshalb einer sorgfältigen ärztlichen Behandlung und Überwachung. Dieser Ratgeber versucht vor allem folgende Fragen zu beantworten: Welche Beschwerden weisen auf eine Schilddrüsenkrankheit hin? Welche Untersuchungen können zur Bestätigung bzw. zum Ausschluß einer Verdachtsdiagnose durchgeführt werden? Was sind die Ursachen von Schilddrüsenkrankheiten? Welche Möglichkeiten der Behandlung von Schilddrüsenkrankheiten gibt es? Welche Befunde sind für eine Verlaufsuntersuchung während der Behandlung geeignet?

Das Verständnis der Antworten wird durch einen kurzen Überblick über den Bau und die Funktion der gesunden Schilddrüse erleichtert. Dieses Wissen soll dem Patienten helfen, die ärztlichen Untersuchungen und Verordnungen besser zu verstehen und zu befolgen.

### Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen

Herausgeber: Prof. Dr. W. Schwerd, 2., ergänzte und überarb. Aufl., 366 S., mit 93 z. T. farb. Abb., Polylein, DM 28,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 40.

Das „Kurzgefaßte Lehrbuch der Rechtsmedizin“ ist das erste Werk, das die gesamte Rechtsmedizin zusammenfassend darstellt und zugleich den offiziellen „Gegenstandskatalog“ des Faches für die ärztliche Prüfung nach der neuen Approbationsordnung vollständig berücksichtigt.

Bei der Abfassung des Buches wurde großer Wert darauf gelegt, klare Begriffsbestimmungen zu geben und alle Kapitel so abzufassen, daß sie auch isoliert voneinander gelesen und verstanden werden können. Kleinere Überschneidungen wurden bewußt belassen, aber durch entsprechende Hinweise auf die Darstellung an anderer Stelle gekennzeichnet. Das Buch wurde nicht nur für den Studierenden der Medizin geschrieben, es soll auch dem interessierten Juristen eine Hilfe zum Verständnis rechtsmedizinischer Fragen sein. Um ihm die Lesbarkeit zu erleichtern, wurden medizinische Fachausdrücke erläutert bzw., soweit möglich, auf ihren Gebrauch verzichtet.

### Beinleiden – Entstehung und Behandlung

Verf.: Prof. Dr. K. Sigg, 2., neubearb. und erw. Aufl., 145 S., 121 Abb. in 284 Einzeldarst., davon 74 Farbb., geh., DM 36,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das Buch gibt einen kurzen Überblick über die Venenerkrankungen der Beine, wie Krampfader, venöse Hautausschläge, oberflächliche und tiefe Venenentzündungen und Beingeschwüre. Daneben werden auch die weniger häufigen arteriellen Beinkrankheiten erwähnt.

In der zweiten Auflage wurde zusätzlich noch besonderer Wert auf die Einzelheiten der Therapie gelegt, so daß der Allgemeinarzt, das ärztliche Hilfspersonal wie auch der Patient einen kurzen Überblick über die Technik der Behandlung bekommen.

### Kreislaufstillstand und Wiederbelebung

Verf.: Prof. Dr. M. Strauch, 4., überarb. Aufl., 100 S., 24 Abb., flex. Taschenbuch, DM 9,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Buch ist aus der Praxis entstanden und wendet sich an alle praktisch tätigen Ärzte. Der Autor schildert dabei seine eigenen Erfahrungen und gibt klare Richtlinien, auch über die Verwendung von Apparaten und Medikamenten. Die Zusammenfassung am Ende des Buches ist durch eine spezielle Satztechnik sehr übersichtlich. Die Abbildungen und das erweiterte Literaturverzeichnis erhöhen den Gebrauchswert dieses Taschenbuches.

### Endokrinologie

Verf.: Priv.-Doz. Dr. R. Ziegler, 304 S., 39 Abb., 57 Tab. kart., DM 42,- (auch als Leinenausgabe zum Preis von DM 52,- erhältlich). Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Die vorliegende Monographie versucht, insbesondere für den Nicht-Endokrinologen die wesentlichen Stoffwechselforgänge, Symptome, Wege der Diagnosestellung und Behandlung endokrinologischer Krankheitsbilder stichwortartig darzustellen, um so eine rasche Information für die ärztliche Praxis zu ermöglichen.

Neben der Darlegung neuerer Erkenntnisse zur Funktion und klinischen Bedeutung der Hormone werden zu den anteiligen Krankheitsbildern Schilderungen der Symptomatologie, Wege zur Diagnosestellung und therapeutische Prinzipien angeführt. Besonders herausgestellt sind dabei die Gefahren für den Patienten durch Krisensituationen und Behandlungsfehler, sei es als unterbliebene, zu spät einsetzende oder insuffiziente Therapie. Schemazeichnungen zu den pathophysiologischen Zusammenhängen und Tabellen zur raschen Information über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sollen den Gebrauch in der Praxis erleichtern.

### Beim Arzt

*Pappbilderbuch für Kinder ab 3 Jahren*

Herausgegeben von Eve Scherbarth, 10 Fers., lam. Hln, DM 6,80. Otto Maier Verlag, Ravensburg.

In vielen Einzelheiten „erzählt“ Eve Scherbarth realistisch und in farblich ansprechender Gestaltung, was das Kind in der Arztpraxis erwartet. Sie verzichtet bewußt auf Text. Somit löst sie bei den Kindern spontanes Erzählen und eine Fülle von Fragen aus, die dem Erwachsenen eine gute Möglichkeit zu einem klärenden Gespräch bieten.

(Fortsetzung Seite 641)

# Reguliert das **Auf** und **Ab** des Orthostatikers



Amphodyn® retard reaktiviert venös versacktes Blut, aktiviert die arterielle Versorgung und bringt Beschwerdefreiheit für den ganzen Tag.

# Amphodyn<sup>®</sup>



## retard

**Indikationen:** Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie insbes. bei Jugendlichen, bei allen symptomatischen Formen der hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit.

**Zusammensetzung:** 1 Retardkapsel enthält Etilefrinhydrochlorid 20 mg, Rökostanienextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescinl.

**Kontraindikationen:** Phäochromozytom, Thyreotoxikose.

**Anwendung und Dosierung:** Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite.

**Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,95 · 50 Retardkapseln DM 25,65 · 100 Retardkapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:

Venös  
und arteriell



### Preiswerter Schutz für die Witwe

Bauherren haben letztlich ein Darlehen bei ihrer Witwe aufgenommen, wenn sie vor der Tilgung der Hypotheken sterben. Mit einem neuartigen, preiswerteren System regt eine Lebensversicherungsgesellschaft in Bayern zur Aufnahme einer Versicherungshypothek an. Sie wird beim Tod des Versicherten oder bei Ablauf des Versicherungsvertrages automatisch getilgt.

Lebensversicherungshypotheken sind nicht neu. Der Aufwand für die bisherige, für die herkömmliche Form läßt sich jedoch durch eine andersartige Konstruktion verringern. Dazu ein Beispiel:

Für die herkömmliche Form der Lebensversicherungshypothek schließt ein 40jähriger für eine 100 000-DM-Hypothek einen Lebensversicherungsvertrag über die gleiche Höhe ab. Während einer 25jährigen Laufzeit zahlt er dafür einen Monatsbeitrag von DM 332. Dazu kommen bei einer Zinsforderung von 6,75 Prozent pro Jahr, Auszahlung 97,5 Prozent, und feste Zinszusage auf zehn Jahre, auf die Dauer des Schuldverhältnisses jährlich DM 6500 oder monatlich DM 542 Zinsleistung.

Bei Tod des Versicherten vor Ablauf des Lebensversicherungsvertrages wird die Hypothek durch die Versicherungssumme getilgt. Darüber hinaus bekommen die Erben die bis dahin steuerfrei und verzinslich gutgeschriebene Versichertendividende.

Bei Erleben des Vertragsablaufes durch den Versicherten ist die Hypothek sodann ebenfalls durch die Versicherungssumme getilgt. Zusätzlich wird im Beispiel ein Gewinn Guthaben von etwa DM 77 000 zur freien Verfügung steuerfrei ausgezahlt.

Nach der neuartigen Lebensversicherungshypothek wird nur die Hälfte der Summe über die Kapital- und die andere über eine Risikolebensversicherung gedeckt. Die Prämie für den Risikoanteil ist erheblich niedriger. Dafür bildet sie kein Kapital, das im Erlebensfall auszuzahlen ist und wirft somit auch keine Gewinnanteile ab.

Andererseits ist als Monatsbeitrag im ersten Jahr für den Beispiel-Hypotheknehmer nur ein Betrag von DM 184 zu berechnen. Der Beitrag für die übliche Lebensversicherungshypothek ist um 80 Prozent höher. Er steigt bei der neuartigen Form in den folgenden fünf Jahren jeweils um sechs Prozent von der Vorjahreshöhe an. So klettert er allmählich auf DM 246 und bleibt die folgenden 19 Jahre konstant. Das heißt, nach der bekannten Form wären dann noch immer 35 Prozent mehr zu zahlen.

Die Konditionen entsprechen beim Tod des Versicherten denen der konservativen Lebensversicherungshypothek. Bei zeitlichem Ablauf, also nach 25 Jahren, hat sich über die DM 100 000 für die Hypothekentilgung hinaus aus dem Kapitalversicherungsanteil zusätzlich ein Gewinn Guthaben von ca. DM 15 000 gebildet.

Wahlweise kann der Versicherungsnehmer die Dynamik des um sechs Prozent jährlich erhöhten Beitrages auch über zwanzig Jahre hinweg fortsetzen. Unter dieser Voraussetzung ist anschließend ein Überschußresultat von rund DM 60 000 zu erwarten.

Horst Beloch

Die Arbeitgeber haben keine Einwände gegen die regierungsamtlichen Vorstellungen von der erhofften Kostendämpfung im Gesundheitswesen erhoben. Aufschlußreich wäre zu erfahren, ob an dieser Willensbildung aktive Unternehmer maßgebend beteiligt waren.

Es scheint nicht so. Es gehört sogar relativ wenig betriebswirtschaftliches Vorstellungsvermögen beispielsweise nur zu der einen Erkenntnis, daß ein nach allen anwendbaren Mitteln der Heilkunst behandelter Kranker sehr viel kürzer als Arbeitskraft ausfällt, somit auch einen erheblich geringeren Betrag für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall braucht als ein weniger intensiv behandelter Mensch.

In der Sozialpolitik der Unternehmer fehlen offenbar die Praktiker auch als Kontrollorgane vor Äußerungen ihrer Funktionäre. Ein solcher Mangel wird teuer. Die Arbeitgeber können nur hoffen, daß das Gesetzesvorhaben trotz des Pro-Votums ihrer Vertreter scheitert.

Prosper

### Kurz über Geld

NUR AUF MITTLERE FRISTEN sollten festverzinsliche Wertpapiere jetzt erworben werden. Innerhalb einer Laufzeit von fünf und mehr Jahren kann sich das Zinsniveau zu stark verändern.

ALTES SPIELZEUG vom Boden zu bergen wird immer lohnender. Es wird nun bereits von Auktionshäusern verkauft.

GUTE FAHRT MIT DEM ZOLL, Titel einer Tip-Broschüre, erhältlich bei den Zollstellen.

ALTE FÜNFMARK-MÜNZEN mit Ausgabedatum bis 1975 werden noch bis 31. August 1977 von Sparkassen, Banken und Landeszentralbanken gegen neue eingetauscht.

GEFÄLSCHTE KILO-GOLDBARREN mit Degussa-Punzierung im Umlauf. Edelmetalle nur von Kreditinstituten oder anerkannten Händlern erwerben.

BUNDESSCHATZBRIEFE sind nach wie vor eine verhältnismäßig gut rentierliche Geldanlage. Melden Sie sich bei Ihrem Geldinstitut als Interessent an höherverzinslichen Bundesschatzbriefen, die hin und wieder zurückgegeben werden.

## Hygiene von Schulen, Sportstätten, Kindergärten

Zusammengestellt von Prof. Dr. J. Borneff / Prof. Dr. A. Döpp-Woesler / Prof. Dr. L. Grün / Prof. Dr. P. R. Hofstätter / Prof. Dr. L. v. Manger-Koenig / Prof. Dr. H. Schadowaldt. 132 S., geb., DM 25,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In dieser vom „Arbeits- und Forschungskreis Hygiene und Sauberkeit“ erstmals vorgelegten Auswahlbibliographie sind 2098 Arbeiten aus den Jahren 1963 bis 1974 erfaßt worden. Diese Abhandlungen stammen aus den einschlägigen in- und ausländischen medizinischen Zeitschriften und aus Periodika, die Themen aus den Grenzgebieten Architektur und Medizin, Sanitärtechnik und Umwelthygiene zum Inhalt haben. Monographien und Dissertationen sind in dieses Verzeichnis nicht mit aufgenommen worden.

Die systematische Übersicht erlaubt es dem Benutzer, die ihn interessierenden Abschnitte rasch aufzufinden. Das Autorenregister am Ende der Bibliographie gewährleistet das schnelle Auffinden der Publikationen bestimmter Autoren.

Der Arbeits- und Forschungskreis hat im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf, jeweils ein Exemplar aller dokumentierten Arbeiten abgelegt, so daß die Benutzer dieser Auswahlbibliographie jederzeit eine Fotokopie der von ihnen gewünschten Abhandlungen direkt über dieses Archiv erhalten können.

## Sprechstunde: Rückenschmerzen

Verf.: R. Zauner / Prof. Dr. A. Göb, 112 S. mit vielen Zeichnungen, 35 Heilgymnastik-Übungen, Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Wie von Rückenschmerzen geplagten Menschen geholfen werden kann, sagt dieser Ratgeber. Seine Autoren, eine erfahrene Krenkengymnastin und der leitende Oberarzt einer orthopädischen Klinik, beantworten Fragen, die sich bei Schmerzzuständen des Rückens ergeben. Rückenschmerzen und ihre Ursachen werden ausführlich und verständlich erklärt, heilgymnastische Übungen und therapeutische Maßnahmen helfen dem Patienten, an seiner Wiederherstellung gezielt zu arbeiten. Dieser aktuelle, reich illustrierte Ratgeber sagt auch, wie man Rückenschmerzen vorbeugt, die durch Autofahren, langes Sitzen oder Stehen, falsches Heben und Tragen verursacht werden können.

## Medizinischer Ratgeber für Magen-Darm-Kranke

Verf.: Dr. Dr. E. P. Schütterle, 125 S., 7 Abb., kart., DM 16,-. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Dieses Buch soll für Arzt und Patient eine Unterstützung zum Gelingen und Verständnis der Behandlung sein; auch die Angehörigen können es mit Gewinn lesen.

Außer einigen Hausmitteln und Tees werden keine Heilmittel genannt, sondern nur die Wirkung der verschiedenen Medikamentengruppen kurz beschrieben, da dieses Buch nicht dazu verleiten soll, eine Selbstbehandlung durchzuführen, die mehr schaden als nützen würde. Da Magen-Darm-Krankheiten bei mangelhafter Behandlung besonders dazu neigen, chronisch zu werden, ist ein gründliches Vorgehen gleich zu Beginn erforderlich. Die Entstehung und Behandlung der weit verbreiteten Stuhlverstopfung wird besonders ausführlich geschildert.

## Die große Enzyklopädie der Malerei

*Maler — Grafiker — Epochen — Stile — Museen der Welt*

Herausgeber: Prof. Dr. H. Bauer, Band 2: Bre — Dov; Band 3: Dow — Gre, je 380 S., Leinen, Vorbestellpreis je Band DM 168,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit diesen beiden Bänden wird die achtbändige Enzyklopädie der Malerei im ersten Halbjahr 1977 fortgeführt. Besonders informativ und materialreich sind die Abhandlungen über die Kunstentwicklungen in den einzelnen Ländern.

In Band 2 sind größere Artikel der bulgarischen, chinesischen, dänischen und vor allem der deutschen Malerei gewidmet. Auf 19 Seiten wird hier ein Überblick über typische Entwicklungen der deutschen Malerei von der Karolingischen Zeit bis in die jüngste Gegenwart geboten.

In Band 2 sind größere Artikel der bulgarischen, chinesischen, gegangenen Bänden — wieder eine Reihe von Glanzlichtern entdecken. Darunter fallen insbesondere die Beiträge über die französische und englische Malerei. Ausführlich werden auch die etruskische, flämische und gotische Malerei behandelt. Mit einem 12seitigen Artikel über Albrecht Dürer wird einer der ganz Großen der Malerei eingehend gewürdigt.

Die Illustration spielt in beiden Bänden eine große Rolle, vor allem die ausführlichen Abhandlungen über Bühnenmalerei, Buchillustrationen, Buchmalerei und Ferbe. Ferner informieren sie über Städte mit Kunstsammlungen sowie Techniken und Künstlergruppen.

## Gute und bewährte Mittel und Bräuch aus Großmutter's Zeit

*Vom Gesundbleiben und Gesundwerden*

Verf.: P. Friedl, 144 S., 54 Holzschnitte aus Frühdrucken, ausführl. Stichwortreg., Leinen, DM 18,80. Rosenheimer Verlags-haus Alfred Förg, Rosenheim.

Der Autor dieses Buches hat sich vorgenommen, das, was unsere Vorfahren vom Gesundbleiben bzw. -werden wußten, den Menschen der Gegenwart vor Augen zu stellen und, soweit es sich bewährt hat, unserer Zeit als praktische Lebenshilfe mit auf den Weg zu geben. Er erweist damit zunächst einmal der Volkskunde einen nicht zu unterschätzenden Dienst, da er diese „Mittel und Bräuch“ der einfachen Leute, die im allgemeinen nur mündlich weitergegeben wurden, noch zur rechten Zeit vor dem endgültigen Vergessen bewahrt.

## Deutsche Ferienzele

Eine bunte und moderne Buchreihe, in der kompetente Autoren mit knappen, übersichtlich geordneten Texten über ausgesuchte Feriengebiete in Deutschland informieren.

Jeder Band hat 96 Seiten mit etwa 25 farbigen und 40 schwarz-weißen Fotos, DM 26,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Bisher sind erschienen: Ostseeküste und Holsteinische Schweiz; Nordfriesische Inseln und die Küstenbedeorte; Ostfriesische Inseln; Lüneburger Heide; Westlicher Harz; Sauerland-Siegerland-Wittgenstein; Bodensee; Nördlicher Schwarzwald; Hochschwarzwald; Bayerischer Wald; Allgäu; Bayerische Alpen und Seen zwischen Lech und Inn; Chiemgäu; Berchtesgadener Land

## Viren — Botschafter lebender Systeme

Verl.: Prof. Dr. W. Pollmann, 144 S., DM 12,—. Piper Verlag, München.

Der Autor führt den Leser in dieses wichtige und vielfältige biologische Forschungsgebiet ein. Er bietet — auch für den Nichtwissenschaftler verständlich — das Grundlagenwissen über Aufbau und Funktion der Viren, ihre Wirkungsweise als Krankheitserreger und über therapeutische Möglichkeiten der Virusbekämpfung.

### Ich gehe zum Zahnarzt

Fotobilderbuch aus der Reihe „Ich und die Welt“

Herausgegeben von Antoinette Becker, fotografiert von Elisabeth Niggemeyer, 38 S., lam. Pp., DM 10,80. Otto Maier Verlag, Ravensburg.

Des hier behandelte Thema ist, angesichts des steigenden Zahnverfalls der Bevölkerung, von aktueller Bedeutung. Von dem Gebißverfall sind besonders unsere Kinder betroffen und so wird häufig ein früher Gang zum Zahnarzt notwendig. Dieses Büchlein hilft den Eltern, durch die anschauliche Darstellung des Themas in Wort und Bild ihre Kinder mit sachlicher Information auf diese erste — oftmals für das ganze Leben entscheidende — Begegnung vorzubereiten. Die untheatralischen, nicht gestellten Aufnahmen vermitteln auch dem kindlichen Betrachter ein realistisches Bild von der „Welt beim Zahnarzt“.

### Deutschland

Einleitung: R. Hagelstenge, 32. Aufl., 248 S., 242 Fotos, darunter 24 Farb., Bildunterschriften deutsch, englisch und französisch, Lw., DM 38,—. Umschau Verlag, Frankfurt.

Der Betrachter dieses Bildbandes begegnet der Schönheit des Landes und den Menschen Deutschlands, schaut in das Herz der heutigen Großstadt und dann — hinüber über jenen Zeun, der heute noch Deutsche von Deutschen trennt. Den Kunstfreund erwarten Bilder ehrwürdiger Dome, Kirchen und Burgen. — Nichts ist vergessen, was Deutschland war und ist: Riesengebirge, Schwarzwald, Spessart, Harz . . .

Die einleitenden Worte schrieb der Dichter Rudolf Hagelstenge, und Helmut Dohmke gab den Bildern die knappen, gehaltvollen Erläuterungen.

### Wir wollen Frieden

Bilder und Gedichte von jüdischen und arabischen Kindern aus Israel. 96 S. mit mehrfarb. Zeichnungen, geb., DM 19,80. Kinderbuch ab 8. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Tausende von Kindern in Israel beteiligten sich 1974 an einem einzigartigen Wettbewerb. Sie schrieben und malten zum Thema „Wir wollen Frieden“. Eine gedrängte Auswahl davon zeigt dieses Buch.

Seine Autoren: Kinder aus jüdischen und aus arabischen Familien, Kinder, die in Israel geboren wurden und aufgewachsen sind, und andere Kinder aus soeben eingewanderten Familien. Untereinander könnten die Gegensätze nicht größer sein, doch eines ist ihnen allen gemeinsam: die Erfahrung des Krieges. Gemeinsam ist ihnen aber auch dies: die inständige Hoffnung auf den Tag, wo die Waffen schweigen!

Die manchmal ungelungenen, aber immer aufrichtigen und euförtelnden Verse und Bilder der Kinder aus Israel bezeugen in unserer Gegenwart diesen uralten Menschheits Traum.

## Therapeutika

### Androcur Depot

Zusammensetzung:

Eine Ampulle Androcur Depot zu 3 ml enthält 300 mg Cyproteronacetat in öliger Lösung.

Indikationen:

Triebdämpfung bei Sexualdeviationen und/oder Hypersexualität des Mannes.

Kontreindikationen und Risiken:

Leberkrankheiten, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, konsumierende Krankheiten, schwere chronische Depressionen, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie. Die triebdämpfende Wirkung kann durch Alkoholabusus aufgehoben werden.

Besondere Hinweise und Nebenwirkungen:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Siehe Packungsbeilage oder Prospekt. Ölige Lösungen wie Androcur Depot sind ausschließlich intramuskulär zu injizieren; insbesondere ist eine intravasale Injektion zu vermeiden.

Handelsformen und Preise:

3 Ampullen zu je 3 ml mit 300 mg DM 78,50

Hersteller:

Schering AG, 1000 Berlin 65

### Coldastop® — apothekenpflichtig

Zusammensetzung:

1 ml Lösung enthält: 15 000 I. E. Vitamin-A-palmitat, 20 mg Vitamin-E-acetat, 4 mg Ol. Citri, 2 mg Ol. Aurantii Pericarp., 2 mg Terpeneol.

Anwendungsgebiete:

Zur Regenerationsbehandlung der akut und chronisch geschädigten Nasenschleimhaut; zur Therapie der Rhinitis sicca, Epipharyngitis sicca und Pharyngitis sicca; zur Intervallbehandlung bei Therapie mit Vasokonstriktoren; zur Dauerbehandlung der Ozeena.

Begleiterscheinungen: Nicht bekannt.

Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Mehrmals täglich 2 bis 3 Tropfen mit der Pipette in jedes Nasenloch einträufeln.

Packungsgröße:

Pipetten-Flasche mit 20 ml Nasenöl

Hersteller:

Destin-Werk Carl Klinke GmbH, 2000 Hamburg 63

### Hildicon®

Zusammensetzung:

1 Hildicon-Kapsel enthält: Hydroxocobalamin-Monoacetat 0,515 mg, Coenzym B<sub>12</sub> 0,500 mg, Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumseiz-Dihydrat 2,500 mg.

1 Ampulle mit 47,031 mg Trockensubstanz enthält: Hydroxocobalamin-monoacetat 1,031 mg, Coenzym B<sub>12</sub> 1,000 mg, Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat 5,000 mg.

1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält: Lidocain-hydrochlorid 20,000 mg, Natriumchlorid 5,000 mg, Wasser für Injektionszwecke (Ph. Eur. II) ad 2 ml.

**Indikationen:**

Perniziöse Anämie, Vitamin B<sub>12</sub>-Mangelerscheinungen, katabole Stoffwechsellage, allgemeine Erschöpfungszustände, Rekonvaleszenz.

**Dosierung und Anwendungsweise:**

Kapseln zum Einnehmen: Erwachsene 2 x täglich 1 bis 2 Kapseln, Kinder über 3 Jahren 2 x täglich 1 Kapsel, Kinder unter 3 Jahren 1 x täglich 1 Kapsel. Bei Einnahmeschwierigkeiten kann nach Öffnen der Kapsel der Inhalt mit Flüssigkeit gemischt werden.

Injektionslösung (Trockensubstanz und Lösungsmittel zur i.m. Injektion): Erwachsene 1 x täglich 1 Ampulle i. m., Kinder über 3 Jahren jeden zweiten bis dritten Tag 1 Ampulle i. m., Kinder unter 3 Jahren jeden dritten Tag 1 Ampulle i. m. — Die Injektionslösung sollte unmittelbar vor Gebrauch hergestellt werden.

**Packungsgrößen, Darreichungsformen und Preise:**

Originalpackung mit 20 Kapseln DM 18,80, Originalpackung mit 100 Kapseln, Originalpackung mit 5 Ampullen Trockensubstanz und 5 Ampullen Lösungsmittel DM 18,60, Anstaltspackung mit 50 Ampullen Trockensubstanz und 50 Ampullen Lösungsmittel.

**Hersteller:**

H. Trommsdorff, 5110 Alsdorf

# Aminophyllin<sup>®</sup> retard

## erweitert gleichmäßig und anhaltend verlegte Bronchien und verengte Arterien im pulmonalen Kreislauf.

Behinderungen im Lungenkreislauf aufgrund verminderter Durchlüftung, Asthma bronchiale, spastische Bronchitis, chronische Bronchitis und obstruktives Emphysem werden durch Aminophyllin<sup>®</sup> nachweislich gebessert.

Bei 2–3 Applikationen am Tag ist die bronchospasmolytische und atemanaleptische Wirkung 24 Stunden gesichert.

**Aminophyllin<sup>®</sup> - reine Wirksubstanz.**

**Transparenz für den Arzt.  
Vertrauen für den Patienten.**



Aminophyllin<sup>®</sup> ist ein geschütztes Warenzeichen.



**Indikationen:**  
Bronchitisches Syndrom.  
Asthma bronchiale,  
chronische Bronchitis,  
Lungenemphysem,  
dyspnoische Zustände  
pulmonaler, kardialer  
und cerebraler Genese.  
Asthma cardiale,  
chronisches Cor pulmonale.

**Zusammensetzung:**  
Aminophyllin besteht aus 80,5  
Teilen Theophyllin-Monohydrat  
und 19,5 Teilen Athylendiamin.

**Nebenwirkungen:**  
Gastrointestinale und zentral-  
nervöse Beschwerden können  
gelegentlich bei hoher Dosierung  
oder bei besonderer individueller  
Empfindlichkeit, z. B. bei Leber-  
insuffizienz und Störungen der  
Nierenausscheidung, auftreten.

**Kontraindikationen:**  
Frischer Herzinfarkt

**Handelsformen:**

**Dragees retard:**  
zu 350 mg  
20 St. = DM 11,45  
50 St. = DM 25,75  
zu 175 mg  
20 St. = DM 8,55  
50 St. = DM 19,05

**Tabletten:** zu 100 mg  
20 St. = DM 5,30  
50 St. = DM 11,95

**Ampullen:**

a) – 0,12 g i.v. 5 St. = DM 5,85  
b) – 0,24 g i.v. 5 St. = DM 7,55  
c) – 0,36 g i.m. 5 St. = DM 7,60

**Suppositorien:**

a) – 80 mg 10 St. = DM 7,05  
b) – 120 mg 10 St. = DM 7,40  
c) – 360 mg 10 St. = DM 8,40  
und Klinikpackungen



# Concentrin®

mit dem natürlichen **AFP**-Wirkstoff-Komplex\*  
\* Aescin + Flavonole + Phosphatide

bei Varizen, Thrombophlebitis, Ödemen und Stauungen der Extremitäten – Prellungen, Quetschungen, Hämatomen – (durch Spiel-, Sport- und Unfallverletzungen); zur Prophylaxe und Behandlung venöser Stasen.

in drei  
Formen

## Concentrin

zur Einreibung mit 5% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)  
Packung mit

50 ml DM 5,90 m. U.  
250 ml DM 24,75 m. U.  
Anstaltspackungen

## Concentrin Spezial

zur Einreibung, für Teilbäder und Kompressen mit 10% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)  
Packung mit

100 ml DM 9,35 m. U.  
Anstaltspackungen

## Concentrin Gel

mit 15% AFP-Wirkstoff-Komplex zur modernen perkutanen Therapie  
100 g Gel enthalten: 15 g Extr. Hippocast. e sem. spissum (mit 1,8 g Aescin), 10 g 1,2-Propylenglykol  
Tube mit 50 g DM 8,30 m. U.  
Anstaltspackungen  
Kontraindikationen: Keine



Proß & Tempelhof

## Omniseden® duplex

Zusammensetzung je Kapsel:

Grüne Tegkapsel: Methylpentinol 100 mg, Bromisoval 100 mg, Meprobumat 75 mg = Omniseden®

Blaue Nachtkapsel: Methaqualon in Retardform 300 mg

Anwendungsgebiete:

Nervöse Störungen und Übererregbarkeit, Unruhe, Angstgefühle, nervöse Herz- und Magenbeschwerden, verbunden mit Einschlaf- und Schlafablaufstörungen.

Unverträglichkeiten und Risiken:

Akute Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel- sowie Alkoholvergiftungen. Über einen bestehenden Diabetes oder eine Polyneuropathie sollte der Arzt informiert werden.

Eine Anwendungsdauer von 4 bis höchstens 8 Wochen, sowie die angegebene Dosierung pro Tag sollten nicht überschritten werden, falls vom Arzt nicht ausdrücklich anders verordnet.

Eigenschaften, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, zu jeder Mahlzeit (morgens, mittags, abends) je eine grüne (Teg-)Kapsel, eine halbe Stunde vor dem Zubettgehen eine blaue (Nacht-)Kapsel unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen.

Darreichungsform und Packungsgröße:

OP zu 24 Kapseln (18 Tag- und 6 Nachtkapseln) DM 8,85

Hersteller:

Taeschner & Co., 8831 Kipfenberg

## Ulcus-Tablinen®

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: Cerbenoxolon-Na 50 mg.

Anwendungsgebiete:

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen, Unverträglichkeiten, Risiken und Eigenschaften:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Als Normdosis nimmt man in der 1. Woche 3 x täglich 2 Tabletten in der 2. bis 4. Woche 3 x täglich 1 Tablette unzerkaut ein. Bei Magengeschwüren ist die Einnahme nach dem Essen angezeigt; bei Zwölffingerdarmgeschwüren jedoch ca. 15 Minuten vor dem Essen. In diesem Fall sollte sich der Patient nach der Einnahme 10 Minuten auf die rechte Seite legen. Da das Präparat in vielen Fällen sehr schnell wirkt, können manche Patienten dazu verleitet werden, die Einnahme abzubrechen. Dies ist auf keinen Fall anzuraten und die Gesamteinnahmezeit sollte mindestens 4 bis 6 Wochen dauern.

Handelsform und Preis:

O. P. mit 50 Tabletten DM 22,—.

Hersteller:

Senorenle Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28

## Nerisona — Nerisone C

### Zusammensetzung:

Nerisona Creme, -Salbe, -Fettsalbe: 1 g enthält 1 mg (0,1 %) Diflucortolon-21-valerianat.

Nerisone C Creme: 1 g enthält 1 mg (0,1 %) Diflucortolon-21-valerianat und 10 mg Chlorquinaldol.

### Indikationen:

Nerisone Creme, -Salbe, -Fettsalbe: Alle auf eine lokale Corticoid-Behandlung ansprechende Hautkrankheiten wie: Kontaktdermatitis, Kontaktekzem, Gewerbeekzem, vulgäres, nummuläres, degeneratives und seborrhoisches Ekzem, dyshidrotisches Ekzem, Ekzem bei varikösem Symptomenkomplex (jedoch nicht direkt auf Ulzera), Analekzem, Ekzeme bei Kindern, Neurodermitis, Psoriasis, Lichen ruber planus et verrucosus, Erythematodes chronicus discoides, Verbrennungen ersten Grades, Sonnenbrand, Insektenstiche.

Nerisona C Creme: Nerisona-C-Creme ist wegen ihres Zusatzes an Chlorquinaldol besonders zur Anfangs- und Zwischenbehandlung von bakteriell und/oder durch Pilze infizierten Hautkrankheiten bestimmt, solange entzündliche Begleiterscheinungen im Vordergrund stehen. Hierzu gehören: von Bakterien und/oder Pilzen überlagerte Ekzeme und deren Streureaktionen, wie nummuläres, seborrhoisches und dyshidrotisches Ekzem, Ekzem bei varikösem Symptomenkomplex (jedoch nicht direkt auf Ulzere), Bakterioid, Ekzematid; Hautinfektionen wie Pyodermie (Follikulitis, Impetigo), Erythrasme; Dermatomykosen, hervorgerufen durch Dermatophyten, Heten und hefeähnliche Pilze, wie Tinea, Candidosis, Pityriasis versicolor. Außerdem wird Nerisona-C-Creme angewendet, um bei entzündlichen und allergischen Hautkrankheiten den genannten Intektionen durch Bakterien und Pilze vorzubeugen.

### Kontraindikationen und Risiken:

Spezifische Hautprozesse (Lues, Tuberkulose), Verzellen, Vekzinationsreaktionen. Mit Ausnahme der Nerisona-C-Zubereitung ist bei bakteriell infizierten Hautkrankheiten und/oder bei Pilzbetaal zusätzlich eine spezifische Therapie erforderlich.

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft sollten grundsätzlich keine Corticoid-haltigen Zubereitungen zum äußeren Gebrauch in großen Mengen oder über längere Zeit angewendet werden.

### Nebenwirkungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

### Dosierung:

Anfangs 2x, eventuell 3x täglich dünn auftragen. Sobald sich das Krankheitsbild gebessert hat, genügt oft eine Anwendung am Tag. Säuglinge und Kleinkinder bis zu vier Jahren sollen besonders im Bereich der durch Windeln bedeckten Hautpartien nur bis zur Dauer von höchstens drei Wochen behandelt werden.

### Handelsformen und Preise:

#### Nerisone Creme, -Salbe, -Fettsalbe:

Tube mit 15 g DM 10,40, Tube mit 30 g DM 19,05, Tube mit 60 g DM 33,80, A. P. jeweils 10 Tuben zu 15 g, 30 g oder 60 g.

#### Nerisona C Creme:

Tube mit 15 g DM 10,40, Tube mit 30 g DM 19,05, Tube mit 60 g DM 33,80, A. P. 10 Tuben zu 15 g, 30 g oder 60 g.

### Hersteller:

Schering AG, 1000 Berlin 65

Bayerisches Ärzteblatt 6/77



# Psicosoma<sup>®</sup> 600

Tagestranquilizier

schafft wieder Ordnung  
zwischen Psyche + Soma

#### Indikationen für Erwachsene

- psychosomatische Störungen
- neurotisch bedingte Versagenszustände
- nervöse Erschöpfungszustände
- Zustände bei Zerebralsklerose
- Angst- und Spannungszustände
- gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus

#### Indikationen für Kinder

- Verhaltensstörungen
- Schul- und Lernschwierigkeiten
- erethische Zustände

Psicosoma<sup>®</sup> Kapseln und Saft für Kinder

#### Zusammensetzung

1 lackierte Tablette Psicosoma<sup>®</sup> 600 enthält:  
Magnesiumglutamat-hydrobromid · 1 H<sub>2</sub>O — 600 mg

#### Dosierung

3 bis 4 x täglich 1 lackierte Tablette  
Die Reaktionsfähigkeit bleibt bei der empfohlenen Dosierung erhalten.

#### Kontraindikationen

Oekompensierte Niereninsuffizienz,  
Gromüberempfindlichkeit

#### Handelsformen und Preise

20 lackierte Tabletten  
OM 9,40 mit MwST  
50 lackierte Tabletten  
OM 19,40 mit MwST



H. Trommsdorff  
Arzneimittelfabrik  
Trommsdorffstraße 2-6  
5110 Alsdorf, Rhl 1

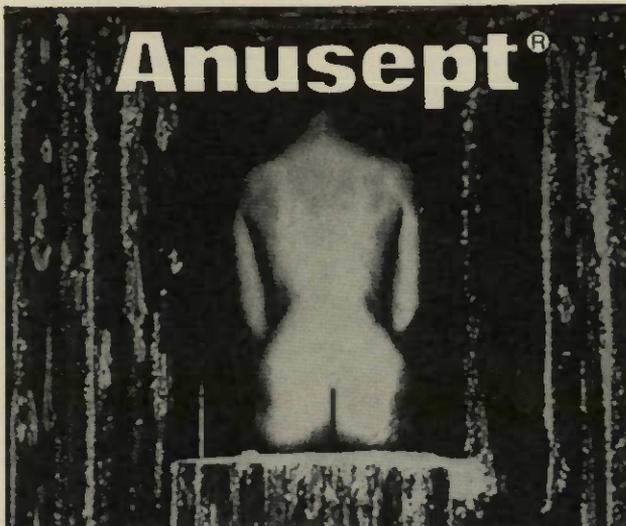
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unsere Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

## 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.

### Juli 1977

- 2.-3. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 2.-3. **Würzburg:** 2. Sportmedizinisches Seminar. — Auskunft: Professor Dr. K. W. Schneider, Josel-Schnelder-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 2.-6. **Prag:** XIX. Pädiatrischer Kongreß. — Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 28 Prehe.
- 3.-8. **Sydney:** 3. Internationaler Kongreß für Immunologie. — Auskunft: Professor Dr. A. L. de Weck, Institut für Klinische Immunologie, Inselspital, CH-3010 Bern.
- 4.-8. **München:** 18. Internationaler Montessori-Kongreß. — Auskunft: „Montessori-Kongreß München“, c/o Kinderzentrum München, Güllstraße 3, 8000 München 2.



## Die Lösung eines brennenden Problems

**Zusammensetzung:**  
100 g Salbe enthalten:  
Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyl. balsam. var. pereir. 2 g, Zinc. oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea pura 1 g, Natriumtetraborat 2 g.  
1 Suppositorium enthält:  
Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyl. balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc. oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.  
**Indikationen:**  
Äußere und innere Hämorrhoiden, Analfissuren, Aneljuckreiz, Proktitis

**Unverträglichkeiten und Risiken:**  
Nicht bekannt.  
**Dosierung:**  
Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.  
**Handelsformen:**  
Tube mit 40 g OM 7,20  
Anusept Salbe  
Packung mit 10 DM 5,80  
Anusept Zäpfchen  
Kombi-Packung mit 40 g  
Anusept Salbe und  
10 Anusept Zäpfchen OM 11,50

**Anusept® - Neu von Kanoldt**

- 7.-9. **Erlangen:** EKG-Kurs (Grundkurs) für Sportärzte. — Auskunft: Dr. B. Moser, Östliche Stadtmauer Straße 29, 8520 Erlangen.
9. **München-Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung „Sporttraumatologische Gespräche“. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 10.-16. **München-Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 21.-23. **Bern:** 54. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen mit schweizerischer und österreichischer Beteiligung. — Auskunft: Professor Dr. F. Holle, Pettenkoterstraße 8 e, 8000 München 2.
25. 7.-8. 8. **Davos:** VII. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
25. 7.-6. 8. **Montreux:** 4. Seminer-Kongreß — Diagnostice — Therapeutice — Technica. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.

### August 1977

- 12.-16. **Erlangen:** 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Professor Dr. V. Becker, Krankenhausstraße 8-10, 8520 Erlangen.
- 19.-26. **Warschau:** 4. Internationaler Kongreß für Parasitologie. — Auskunft: Professor B. Bezubik, Dept. of Parasitology, Univ. of Warsaw, Warsaw-Polen.
- 21.-27. **Norderney:** Fortbildungskurs für Ärzte. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
26. 8.-9. 9. **Sent' Angelo:** Psychosomatisch-rheumatologisches Seminar. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach.
27. 8.-2. 9. **Karlsruhe:** 29. Therapiekongreß und 29. Heilmittel-ausstellung. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Kaiser-allee 30, 7500 Karlsruhe 1.
28. 8.-3. 9. **Honolulu:** 6. Weltkongreß für Psychiatrie. — Auskunft: American Psychiatric Ass., 1700 Eighteenth St. N. W., Washington, D. C. 20 009, USA.
- 28.-31. **Basel:** 6. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für experimentelle Hämatologie. — Auskunft: Kongreß-Sekretariat I. S. E. H., Postfach 129, CH-4004 Basel.
29. 8.-10. 9. **Meren:** XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
29. 8.-10. 9. **Pörschach:** 26. Internationaler Seminerkongreß für ärztliche Fortbildung des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adollsellee 25, 6200 Wiesbaden.
30. 8.-2. 9. **Basel:** 4. Europäischer Kongreß für Anatomie. — Auskunft: Professor Dr. W. Heidegger, Pestalozzi-straße 20, CH-4056 Basel.

- 4.-8. **Kyoto:** 27. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Attn. Mr. Yenaguimoto, c/o Mainichi Daily News, 1-1-1, Hitotsubashi, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan 100.
- 4.-9. **Amsterdam:** 9. Internationaler Kongreß für klinische Neurophysiologie. — Auskunft: Dr. F. Lopes da Silva, Medisch Fysisch Instituut TNO, da Costekade 45, Utrecht, Holland.
- 4.-9. **Helsinki:** 25. Internationaler Kongreß für Luft- und Raumfahrtmedizin. — Auskunft: Dr. Kumlin, c/o Finnair, Mannerheimintie 102, SF-00250 Helsinki.
- 4.-10. **Dublin:** 31. Generaterversammlung des Weltärztebundes. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-17. **Gredo:** Xf. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-18. **Veiden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 7.-10. **Neptun:** VIII. Europäischer Kongreß für Klinische Gerontologie. — Auskunft: Nationalinstitut für Gerontologie und Geriatrie, Ministeria Celdarusani, Straße Nr. 9, Sector 8, Postfach 1004, R-78.178, 7000 Bukarest, Rumänien.
- 9.-10. **Barcelona:** Jahrestagung der Europäischen Neuro-radiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Wende, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 9.-10. **Bonn:** 12. Fortbildungskurs für Endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastroskopie-Diagnostik. — Auskunft: Privatdozent Dr. R. Gugler, Medizinische Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 9.-10. **Hannover:** Internationales Luftrettungssymposium. — Auskunft: Dr. H. Brüggemann, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover-Kleefeld.
- 9.-11. **Ambach:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 9.-11. **Amsterdam:** 13. internationaler Kongreß für Epilepsie. — Auskunft: Federatie voor Epilepsiebestrijding, Brigittenstraat 22, Utrecht, Holland.
- 10.-24. **St. Moritz:** II. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 11.-16. **Amsterdam:** 11. Weltkongreß für Neurologie. — Auskunft: Organisationszentrum, 16, Lange Voorhout, Den Haag, Niederlande.
- 12.-14. **Kiel:** 74. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. H.-R. Wiedemann, Fröbelstraße 15, 2300 Kiel 1.
- 12.-16. **San Francisco:** V. Internationaler Kongreß über Arbeitsmedizin in der chemischen Industrie MEDICHEM. — Auskunft: Professor Dr. A. M. Thiess, BASF AG, 6700 Ludwigshafen.
- 13.-16. **Groningen:** 15. Internationale Jahrestagung der Gesellschaft für Nuclearmedizin. — Auskunft: Professor Dr. M. Woldring, 59 Oostersingel, Groningen, Holland.
- 13.-17. **Düsseldorf:** 11. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 13.-17. **Genf:** 15. Zentraleuropäischer Kongreß für Anästhesie. — Auskunft: Institut für Anästhesiologie der Universität, Kantonsspital, CH-1211 Genf 4.
- 13.-17. **Würzburg:** 64. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Rütt, Brettreichstraße 11, 8700 Würzburg.
- 14.-17. **Heigotand:** 10. Herbstsymposium. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 14.-17. **Philadelphia:** 9. Internationaler Kongreß für pädiatrische Onkologie. — Auskunft: Children's Hospital, 34 Civic Center Bldg., Philadelphia, Pa. 19146, USA.
- 15.-17. **Erlangen:** 3. Ärztetagung in der präklinischen und klinischen Geriatrie. — Auskunft: Arbeitsgemeinschaft Geriatrietagung, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen.
- 15.-17. **Linz:** 9. Gemeinsame Tagung der Österreichischen und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Professor Dr. W. Herlinger, Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz.
- 16.-17. **Köln:** 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie. — Auskunft: Neuroradiologie des Radiologischen Institutes der Universität, Joseph-Stelzmann-Straße 9, Haus 12/30, 5000 Köln 41.
- 17.-24. **Freudenstadt:** 53. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt.
17. 9. — 1. 10. **Ischia:** 10. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 18.-21. **Heidelberg:** 75. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. Straub, Robert-Koch-Straße 4, 3550 Marburg.
- 18.-23. **Zürich:** 10. internationaler Kongreß für Chemotherapie. — Auskunft: Dr. R. Lüthy, Dept. für innere Medizin der Universität Zürich, Kantonsspital, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich.
- 18.-24. **Interlaken:** Fortbildungswoche des Europaeum Medicum Collegium. — Auskunft: Chefarzt Dr. R. Eglin, Höhenklinik Velbella, CH-7270 Davos.
- 19.-23. **London:** Tagung der Europäischen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Mr. I. A. Banks, Wembley Conference Centre, Wembley Middlesex, London HA9 0DW, England.

- 20.–24. **Hamburg:** 15. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik. — Auskunft: Dr. F. W. Rösing, Von-Melle-Park 10, 2000 Hamburg 13.
- 20.–24. **Stuttgart:** XXIX. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Professor Dr. Arnoldt, Katharinen-Hospital, Kriegsbergstraße 60, 7000 Stuttgart 1.
- 21.–23. **Wien:** Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Angiologia. — Auskunft: Professor Dr. E. Batz, Physiologisches Institut der Universität, 7400 Tübingen.
- 21.–25. **Malente:** 15. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. — Auskunft: Dr. I. Retzlaff, Königstraße 77, 2400 Lübeck.
- 23.–25. **Augsburg:** 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 23.–25. **Augsburg:** VI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.–27. **Schleswig:** 60. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik a. V. — Auskunft: Dr. Ch. Hünemörder, Bundesstraße 55, 2000 Hamburg 13.
- 24.–25. **Bad Nauheim:** Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin, Ostenallee 80, 4700 Hamm.
- 24.–25. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung „Freizeit, Fitneß und Familia“. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 24.–25. **Innsbruck:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Chefsekretariat Frau Boida, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 24.–25. **Kempten:** Unfallmedizinische Tagung LV Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. — Auskunft: Privatdozent Dr. J. Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik, 8110 Murnau.
- 24.–28. **Hamburg:** 7. Internationaler Kongreß der Gesellschaft für forensische Blutgruppenkunde. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. H. Hoppe, Friedrichsberger Straße 60, 2000 Hamburg 76.
- 26.–28. **Göttingen:** 22. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik. — Auskunft: Professor Dr. C. Th. Ehlers, Büsgenweg 4, 3400 Göttingen.
- 26.–28. **Lübeck-Travemünde:** 36. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. — Auskunft: Professor Dr. R. Preunar, Medizinische Hochschule Ost, Abt. für Hygiene, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck.
- 28.–30. **Genf:** 13. Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft zum Studium des Diabetes. — Auskunft: Institut für klinische Biochemie, Sentier de la Roserale, CH-1211 Genf 4.
28. 9.–2. 10. **Göttingen:** 32. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. W. Crautzfeldt, Humboldtallee 1, 3400 Göttingen.
- 29.–30. **Düsseldorf:** Seminar für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Organisation des Gesundheitswesens in benachbarten Ländern. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf 1.
29. 9.–1. 10. **Heidelberg:** Symposion Ganzkörper-Computer-Tomographie. — Auskunft: Professor Dr. P. Gerhardt, Chirurgische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg.
30. 9.–2. 10. **Mainz:** Internationaler Kongreß über Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Professor Dr. R. Frey, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.

#### Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist je ein Prospekt beigelegt der Firmen:  
**Deutsche Wellcome GmbH, Burgwedel**  
**Desitin-Wark, Hamburg.**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 -1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich 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. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharf-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 Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

ISSN 0005-7128

Der

### Landkreis Rottal-Inn

sucht für die **Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung** beim  
**Kreis-Krankenhaus Eggenfelden**

## 1 deutschen Oberarzt mit Facharzt- anerkennung für Gynäkologie

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Das Kreis-Krankenhaus in Eggenfelden mit 300 Plätzen – Gynäkologie-Geburtshilfe 49 Plätzen – wurde im Mai 1974 in Betrieb genommen. Es hat folgende Fachdisziplinen:

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

Dem Haus ist ein Personalwohnheim und eine Pflegeschule angeschlossen.

Eggenfelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum mit allen Schulen, eigenem Theater. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

### Geboten werden:

- Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT
- Rufbereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht
- Nebeneinnahmen durch Pool-Beteiligung
- sowie alle Vorteile des öffentlichen Dienstes und Wohnmöglichkeit im modernst ausgestatteten Personalwohnheim.

In der großzügig eingerichteten Abteilung der Gynäkologie werden alle vaginalen und abdominalen Operationsmethoden einschließlich Mammechirurgie, Memmographie und Laparoskopie, sowie moderne Geburtshilfe (CTG, MBU, Videoson) durchgeführt. Mithilfe bei zytologischen und eventuell auch endokrinologischen Untersuchungen ist erwünscht, aber nicht Bedingung. Ein junges Team würde sich über einen engagierten Mitarbeiter auf partnerschaftlicher Basis freuen.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit dem ab 1. 6. 1977 tätigen Chefarzt für Gynäkologie, **Dr. med. Wolfgang Siabart, Telefon (0 87 21) 801** (Kreis-Krankenhaus Eggenfelden).

Bewerbungen sind erbeten an:

**Landratsamt Rottal-Inn – Personalabteilung –  
Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Tel. (0 85 61) 60 71**

Beim Landkreis Regen (Bayer. Wald) ist zum  
**1. 1. 1978** die Stelle des

## Anästhesisten

am Kreis-Krankenhaus Zwiesel zu besetzen. Das Krankenhaus umfaßt 102 chirurgische, 86 Internistische und 30 gynäkologische Plätzen. Das Haus, das im Krankenhausbereich des Freistaates Bayern in der Versorgungsstufe I ausgewiesen ist, ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen.

Die Anstellung erfolgt auf der Grundlage eines privatrechtlichen Dienstvertrages mit Festvergütung nach Vergütungsgruppe I e BAT, Liquidation bei Wahlleistungspatienten, Nebentätigkeit im ambulanten Bereich und Zuschuß zur Altersversorgung.

Der Bewerber muß die Anerkennung als Facharzt für Anästhesie besitzen und eine entsprechende praktische Erfahrung auf seinem Fachgebiet nachweisen.

Die Stadt Zwiesel (ca. 9000 Einwohner) hat ein Luftkurort im Arbergebiet einen entsprechend hohen Freizeitwert. Am Ort befindet sich ein Gymnasium (math.-naturw. und neusprachl. Zweig) und eine Staatl. Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, beglaubigte Ablichtungen der Approbation und der Facharztanerkennung, lückenlosem Nachweis der bisherigen beruflichen Tätigkeit durch Zeugnisse und Angabe von Referenzen sind innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige beim **Landratsamt, Schulgasse 2, 8370 Regen**, einzureichen.



**Städt. Krankenhaus Schweinfurt**  
7 Fachabteilungen

Für die **Kinderabteilung** (Chefarzt Dr. H. Drube) wird zum  
1. 8. oder 1. 9. 1977

## 1 Assistenzarzt (-ärztin)

gesucht.

Die Abteilung verfügt zur Zeit über 110 Betten, nach Fertigstellung des Neubaus über 135 Betten.

Der leitende Arzt ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Vergütung nach II BAT, gegebenenfalls Trennungentschädigung und Umzugskosten, auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das **Personalamt der Stadt Schweinfurt** (eventuelle Rückfragen an Herrn Chefarzt Dr. Drube, Telefon-Nr. (0 97 21) 5 22 39).  
**Stadt Schweinfurt, Postfach 4440, 8720 Schweinfurt**

Der **Bezirk Oberbayern** sucht für das Bezirks-Krankenhaus Haar b. München (Stadttrand)

## eine med.-techn. Assistentin

oder

## med.-techn. Radiologie-Assistentin

für die Röntgenabteilung (Schwerpunkt Neuro-radiologie, Isotopendiagnostik im Ausbau) zum frühestmöglichen Eintritt.

Außer der tariflichen Vergütung nach BAT VI b/V b werden die besonderen sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (zusätzliche beitragsfreie Altersversorgung, Beihilfen, 13. Monatsgehalt) gewährt. Kost und Unterkunft für Ledige gegen geringes Entgelt im Hause möglich. Arbeitszeit 40 Stunden (5-Tage-Woche).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Schul-, Prüfungs- und Arbeitszeugnisse) werden erbeten an das

## Bezirks-Krankenhaus Haar 8013 Haar bei München

Telefon (0 89) 41 30 - 22 94

Am **Kreis-Krankenhaus, 8483 Vohenstrauß**, Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab, ist ab sofort oder später auf der **Chirurgischen Abteilung** die Stelle eines

## Medizinassistenten (-assistentin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach VergGr. II BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung.

Der Chefarzt ist zum D-Arztverfahren zugelassen.

Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Hallenbad im Ort, Gymnasium kann mit Schulbus erreicht werden.

Bewerbungen bitte an den **Chefarzt des Kreis-Krankenhauses Vohenstrauß, 8483 Vohenstrauß/Opf.**

Der

**Landkreis Rottal-Inn**  
sucht ab sofort für des  
**Kreiskrankenhause in Simbach/Inn**

**deutsche Assistenzärzte  
und  
deutsche Medizinalassistenten  
für Chirurgie**

Das Kreis Krankenhaus Simbach/Inn mit 250 Planbetten – Chirurgie 73 Planbetten – wurde im Mai 1966 in Betrieb genommen. Es hat folgende Fachdisziplinen:

**Chirurgie, Intern, Gynäkologie, Kinderabteilung**  
Das Haus hat eine Pflegeschule angeschlossen.

Simbach/Inn ist eine aufstrebende Stadt, landschaftlich schön gelegen an der bayerisch/österreichischen Grenze mit allen Schulen. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

**Geboten werden:**

- Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT
- Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes
- Rufbereitschafts- bzw. Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht usw.

Persönliche Vortattung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit dem Chefarzt für Chirurgie, Dr. med. Ant-  
huber, Telefon (0 85 71) 30 31 (Kreis Krankenhaus).

Bewerbungen sind erbeten an:

**Landratsamt Rottal-Inn – Personalabteilung –  
Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Tel. (0 85 61) 60 71**

Das Kreis Krankenhaus Altötting (Oberbayern) sucht für die  
Anästhesiologie

**1 Assistenzarzt (-ärztin)**

Das Kreis Krankenhaus verfügt über 334 Betten mit den Fach-  
abteilungen Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburts-  
hilfe, Innere Medizin und HNO-Belagabteilung.

Ca. 4000 Narkosen jährlich. Der leitende Arzt der Abteilung  
ist zur Facharztweiterbildung in der Anästhesie für zwei Jahre  
ermächtigt.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des  
BAT.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Kreis Kranken-  
hauses, Mühlendorfer Straße 16 a, 8262 Altötting.**



An der Gynäkologisch-geburtshilflichen  
Abteilung (118 Betten) des

**städtischen Marienkrankenhauses  
Amberg**

(Chefarzt Dr. Dietrich Berg)  
ist die Stelle eines

**Assistenzarztes**

ab sofort neu zu besetzen. Der Leitende Arzt der Abteilung  
ist für die Facharztweiterbildung voll zugelassen. Der Stellen-  
plan umfaßt zehn Ärzte. Moderne Geburtshilfe und  
perinatale Medizin (900 Geburten), jährlich etwa 600 mittel-  
große und große Eingriffe. Ausgezeichnetes Arbeitsklima.  
Das städtische Marien Krankenhaus (630 Betten) verfügt über  
sieben Fachabteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und  
Geburtshilfe, Pädiatrie, Radiologie, Anästhesie und  
Pathologie), sowie drei Belegabteilungen (HNO, Urologie,  
Augen) und bemüht sich um die Anerkennung als Lehr-  
krankenhaus für Erlangen. Amberg ist eine hübsche Stadt  
von 50 000 Einwohnern mit mittelalterlichem, mauer-  
umschlossenen Stadtkern in landschaftlich reizvoller Umge-  
bung. Fünf höhere Schulen befinden sich am Ort. Hoher  
Freizeitwert (Sportzentrum, Theater, Hallenbad, Eisstadion,  
Skilifte in der Umgebung).

Ausführliche Bewerbungen sind mit Lichtbild und Unter-  
legen an das **Personalamt der Stadt Amberg, 8450 Amberg,**  
zu richten.

Regionales Energieversorgungsunternehmen  
in Bayrisch-Schwaben sucht

**Ärzte**

zur **nebenamtlichen Betreuung**

salar rund 1600 Mitarbeiter nach dem Arbeitssicher-  
heitsgesetz mit Schwerpunkten in den Räumen Augs-  
burg, Memmingen, Neu-Ulm.

Zuschriften werden erbeten an

**LECH-ELEKTRIZITÄTWERKE AG  
Scheetzlerstraße 3, 8900 Augsburg 1**

Die rationelle Problemlösung für Neueröffnung und Umgestaltung

**SYSTEM  
Arztform**

**Einrichtung mit plansystem 4000  
Kompakt-Funktionen auf kleinstem Raum**

Fordern Sie unverbindlich

**Arztform - Information**

Einrichtung mit plansystem 4000  
Ideen Preise - Möglichkeiten

**System-Praxismöbel**

direkt aus der Spezialfabrik  
mit interessanten ab Werk-Preisen

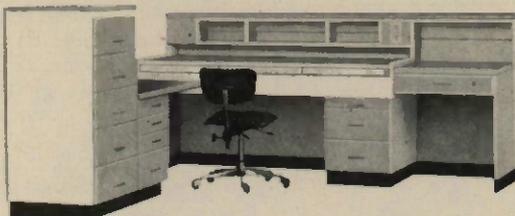
Rufen Sie bitte Tel. 02166/46061

**Planungsbüro mit Ausstellung**

direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

**Arztform-Spezialfabrik**

Postf. 313, 405 Mönchengladbach 2



**Anmelde-Kartei-Zentrale**

Bitte Prospekt AZ

Preis-Beispiel Karteitrogisch 155cm - 3,5lfdm 592,-

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie mit Ihrem Raum-Grundriß zu uns

**Erfahrung und Ideen aus 4000 Praxis-Planungen**

**1 funktionelle Praxis-Planung**

vom leeren Raum-Grundriß bis zur  
optimalen Praxis-Funktion  
mit architekturengerechten Zeichnungen

**2 System-Praxis-Möbel**

im Baukasten-Kompakt-System  
Funktionen auf kleinstem Raum  
für die gesamte Einrichtung der Praxis

**3 Medizin-Technik**

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern sucht für die **Untersuchungsstelle** und den **Obergutachterdienst** in München

## Nervenärzte und Orthopäden

### Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmaßnahmen, ferner Stellungnahmen für die Verwaltung.

### Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

### Vergütung:

Bezahlung nach BAT I b/1 a bzw. bei Übernahme in das Beamtenverhältnis Bes.-Gr. A 14 (Obermedizinalrat).

Ausübung einer Privatpraxis ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

## Landesversicherungsanstalt Oberbayern Ärztlicher Dienst

z. H. Herrn ärztl. Abt.-Direktor Dr. Deckstein  
Thomas-Dehler-Straße 3, 8000 München 83  
Telefon (0 89) 67 81 21 33

## JOSEF PONGRATZ

### Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

individuelle und rationelle Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Rasche Versorgung mit dem fälligen Praxisbedarf. Durch unser umfangreiches Angebot sind wir stets darum bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen. Besuchen Sie unsere Ausstellungensräume

Grallinger Straße 108, 8360 Deggendorf,  
Telefon (09 91) 59 72

## Frauenärztin

zur Mitarbeit drei- bis viermal wöchentlich oder halbtags in große, modernst eingerichtete gynäkologisch geburtshilfliche Praxis in Kaufbeuren gesucht.

Zuschriften erbeten an Dr. med. Eberhard Welger, Ludwigstraße 7, 8950 Kaufbeuren.

## Dokumentation-Assistentin

sucht Stelle in Dokumentations-Bibliothek.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/593 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Cand. med., diplomierter MTA,

sucht in Privat-Röntgenpraxis entsprechende Beschäftigung während der Sommersemesterferien 1977.

Telefon: (0 89) 46 62 64,  
Dr. B. Gehrke

## Neu: Euro-Signal

Und Sie sind immer zu erreichen



Sie sind künftig überall in Europa telefonisch erreichbar. Das handliche, flache Gerät tragen Sie in der Westentasche oder stecken es in die Autohalterung.

- Anwählbar vom Telefon, mehr nicht! Eine feine Sache.
- Lösen Sie Ihre Kommunikationsprobleme, wählen Sie (09 11) 45 40 71

## DEISS

Elektronik

Breitscheldstr. 53, 8500 Nürnberg

## Räumlichkeiten für Arztpraxis

in der Kreisstadt Pfaffenhofen/Ilm (40 km vor München), in hervorragender Lage zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/590 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthme - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.

Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.

Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreofoxi-kose, schwere organische Herzkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage. Packung mit 20 Ttbl. 4,55 DM, 50 Ttbl. 9,90 DM.

Arztemuater durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

## Gewerberäume, geeignet für Arztpraxen

Germering, 16 km westlich vom Stadtzentrum München, S-Bahn, ca. 35 000 Einwohner (Großgemeinde Germering/Unterpfaffenhofen), repräsentativer Neubau, 1. Obergeschoß, im Erdgeschoß Lebensmittelgroßraumladen, Sparkasse und diverse Läden, Fertigstellung November 1977, Raumaufteilung beliebig möglich, monatliche Miete pro qm 9,50 bis 10,- DM.

Josef Wimmer, RDM, Friedensstraße 7, 8034 Unterpfaffenhofen,  
Telefon 84 75 41

# Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

Ausstellung kompletter Praxen aller Fachrichtungen

Nutzen Sie den Vorteil der Lieferung und späteren Betreuung aus einer Hand. Unsere Referenz: über 90 Praxiseinrichtungen in 30 Monaten.

# HÖLLERER KG

Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostika

## 85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

Norikerstraße 2 · Telefon (09 11) ☉ 49 20 02

Süddeutscher Raum, Universitätsstadt Regensburg

## Praxisräume

Ca. 100 qm, 1. Etage, beste Verkehrslage mit großem Einzugsgebiet, in Apothekengebäude, günstig zu vermieten. Gut geeignet für Hauterzt, Allgemeinarzt, Augenarzt. Parkplätze vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/503 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Alteingeführte und gutgehende

## Allgemeinpraxis

In Stadt mit ca. 35.000 Einwohnern, allen Schulen und besten Verkehrsverhältnissen, nahe Großstadt, in Mittellanden umgehend und nahtlos zu übergeben. Geregelt kollegiale Urteilsvertretung. Wohnung vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/585 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Sehr gut eingeführte

## Allgemeinpraxis

In einer Kreisstadt Niederbayerns, noch ausbaufähig, wegen Erreichung der Altersgrenze sowie auch krankheitshalber äußerst günstig abzugeben. Alle höheren Schulen sowie ein modern eingerichtetes Kreis Krankenhaus sind vorhanden. Sehr gut eingearbeitete Sprechstundenhilfe.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/582 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Von Privat in Grafing (8000 Einwohner), Einzugsgebiet 22.000 Einwohner, Kreis Ebersberg (85.000 Einwohner), 30 km von München, S 4. Wohnung 90 qm, Zentralheizung, Dachterrasse 90 qm, Garage, zentrale Lage, als

## Praxis für Facharzt

zu vermieten. Preis DM 1000,- monatlich.

An Nervenarzt, Hautarzt (bisher keine Praxis im Landkreis) sowie für Hals-Nasen-Ohrenarzt. Eventuell Wohnung mit 60 qm im gleichen Gebäude möglich.

Auskunft: Telefon (0 80 92) 17 21

## 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

Ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. Iric 3 g, med. Weißöl 78 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50  
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

## Praxisräume

Im Großraum Nbg., in versch. Größen u. guten Lagen zu verm.

Immobilien Dr. Drechsler,  
Bratte Gasse 15, 8500 Nürnberg,  
Telefon (09 11) 22 53 21

## Praktischer Arzt

nach Nord-Oberfranken gesucht.

Praxisräume in Neubau vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/

552 an die Anzeigenverwaltung

BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Chirurgische Fachpraxis

mit Belegbetten im Zentrum von München wegen Todesfalles sofort abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/601 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Praxisräume

### 15 km südlich von München

Für 1978 planen wir ein modernes, zweigeschobiges Gebäude zur Unterbringung von zwei Arztpraxen. Um die Wünsche und Ideen des Mieters voll in die Planung einfließen lassen zu können, suchen wir schon jetzt den geeigneten Partner. Wir denken dabei an einen engagierten praktischen Arzt oder einen Allgemeinarzt, der ca. 15 km südlich von München, in unmittelbarer S-Bahn-Nähe, mit einem jungen Zahnarzt unter einem neuen Dach arbeiten möchte.

Für Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

F. X. Kolb, Dipl.-Ing. Architekt, Königlnetstraße 71, 8000 München 22, Telefon (0 89) 34 92 94.

In unserem neuen Geschäftshaus im Zentrum Markt Bruckmühl (13.000-15.000 Einwohner mit großem Einzugsgebiet) haben wir noch besonders geeignete

## Räume für eine Arztpraxis

Irei. Fertigstellung Ende 1977 - Anfang 1978.

Kontaktaufnahme: Firma Franz X. Heinritz, 8206 Bruckmühl 1, Telefon (0 80 62) 12 58.

## 120 bis 200 qm in Ebersberg

Halbe oder ganze Etage zu vermieten, besonders geeignet für

## Haut- oder Nervenarzt

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/548 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

## Neumarkt bei Nürnberg

Praxisräume in zentraler Lage an Arzt zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/481 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Gute Landpraxis

Im Allgäu, fünf Räume - voll eingerichtet - wegen Todesfalles zu verpachten.

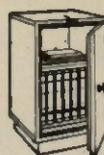
Telefon (0 83 34) 285

## Gegen Enuresis nocturna

Ist HICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. each. 50 mg, Sojaeizthm 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhois arom. 6 mg, Extr. Humull lupull 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 50 Tabl. 0,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Arztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, Am Allen Weg 20, 8024 München-Delaenhofen



## KLEINTRESOR

80 od. 120 x 48 x 55 feuersicher Einbautresor ab DM 313,- Katalog „BY“ Irell

W. Dreisörmer  
6000 Frankfurt/M. 59  
Postfach 50 10 49  
Tel. (06 11) 52 48 44

## Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

● Schlüsselfertige  
Praxisanrichtungen

● Beratung

● Projektierung

● Finanzierung

● Kundendienst

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

## KURT PFEIFFER KG

Burgschmietstraße 42, Postfach 150 160

8500 NÜRNBERG 15

Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

● Röntgen-Apparate und  
Untersuchungsgeräte

● Röntgen-Bildverstärker  
mit Fernsehkette

● Labortechnik

● Hämodialyse

● EKG - EEG - Echo-EEG  
- EMG



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

# Leitsymptom: Der Schock

## Der Notfall: Kardiogener Schock

bearbeitet von Professor Dr. Ludwig Bette, Dr. Dieter Hufnagl

### Symptomatik:

Kaltschweißigkeit, Adrenalin-Blässe des Gesichts und Akrozyanose; leicht unterdrückbare bis nicht tastbare Pulse; Tachykardie, selten Bradykardie, häufig Arrhythmie; nicht meßbarer bzw. erniedrigter Blutdruck mit kleiner Amplitude; Dyspnoe, Tachypnoe; Sistieren der Urinausscheidung; motorische Unruhe, Bewußtseinstrübung bis Bewußtlosigkeit.

### Anamnese:

Akute lebensbedrohliche Beeinträchtigung der Herzfunktion mit konsekutivem Kreislaufversagen hat ihre Ursache in a) Nachlassen der Pumpfunktion, z. B. ausgedehnter Herzinfarkt, Myokarditis, b) mechanische Störungen der Ventrikelfüllung und -entleerung, z. B. Herzbeuteltamponade, Pericarditis constrictiva, Spannungspneu, c) Störungen der Erregungsbildung (z. B. extreme Tachykardie), der Erregungsleitung (z. B. extreme Bradykardie) und der Erregbarkeit (z. B. Elektrolytstörungen).

Angesichts der vital-bedrohlichen Situation: *kein Zeitverlust durch Anamnese!* Daher gezielte Fragen nach: Schmerzlokalisierung, alte Infarkte, Rhythmusstörungen (Adams-Stokes-Syndrom), Thrombosen, frühere Blutdruckwerte, eingenommene Medikamente.

### Sofortdiagnostik:

*Kein großer Zeitverlust!* Kurze Inspektion bei entkleidetem Oberkörper: Beurteilung der Haut und des Bewußtseinsgrades; Kontrolle des Pulses und des Blutdrucks. OP-Narben nach Herzoperation oder Schrittmachereinbau; Zeichen der akuten Rechtsherzinsuffizienz; Auskultation des Herzens: Unregelmäßige oder regelmäßige tachykarde oder bradykarde Herzaktion, Klappen- oder Strömungsgeräusche, Perikarditis; Auskultation der Lunge: Seitengleiches Atemgeräusch (Pneu?, Atelektase?), Lungenödem, Pleurareiben. Evtl. ambulantes EKG: Analyse der Rhythmusstörung? Niedervoltage? Zeichen des Infarktes? Schrittmacherausfall? Ausschluß anderer Schockformen!

## Therapeutische Sofortmaßnahmen:

**Allgemein:** Krankentransport bestellen. Oberkörper des Patienten entkleiden, bei Unterkühlung wärmende Decken, Sauerstoffgabe mit Nasensonde 2-4 L/min. Lagerung in Abhängigkeit von klinischem Befund: Halb- bis hochsitzend (z. B. Lungenödem); Flachlagerung und Beine um 10–20° erhöht; Seitenlagerung (bei Bewußtlosigkeit).

**Medikamentös** (bei Schock nur i.v.-Gabe, z. B. Braunüle): 1. Unruhe - Sedierung: z. B. *Valium* 1 Amp. (2 ml = 10 mg). 2. Schmerz-Analgetika: z. B. *Fortral* 1 Amp. (1 ml = 30 mg), *Dolantin* spez. 1 Amp. (2 ml = 100 mg), *Pantopon* 1 Amp. (1 ml = 20 mg). 3. Hypotonie: Blutdruckanhebung unter ständiger RR-Kontrolle auf 100 bis 120 mmHg systolisch (bei Hypertonikern auf höhere Werte) z. B. *Akrinor* 1-2-5 Amp. (evtl. Inf. – Dosierung nach Wirkung). Persistierende Hypotonie: *Suprarenin* 4 Amp. (1 Amp. = 1 ml = 1 mg) in 500 ml NaCl 0,9% – Tropfgeschwindigkeit nach Wirkung (RR nicht über 100 mmHg systolisch) bei gleichzeitigem *Dopamin-Tropf* 1 Amp. (10 ml = 50 mg) in 100 ml NaCl 0,9% über 4 Std. 4. Intravenöse Infusion: *Macrodex* 6% 500 ml langsam (1-2 ml/min) | Verhalten der Atmung beobachten: Gefahr des Lungenödems. 5. Metabolische Azidose: *Natrium-Bicarbonat* 8,4% 100-250 ml. 6. Herzinsuffizienz: z. B. *Lanitop* 1 Amp. (1 ml = 0,2 mg). 7. Rhythmusstörung: a) höhergradige Tachykardie mit Extrasystolie: *Xylocain* 2%, 1 Amp. (5 ml = 100 mg) in 5 min i.v., evtl. Wiederholung. b) höhergradige Bradykardie: *Atropinsulf.* 1 Amp. (1 ml = 0,5 mg) oder *Alupent* 1 Amp. (1 ml = 0,5 mg). 8. Zusätzliche Schocktherapie: z. B. *Solu-Decortin* 1-2 Amp. (1 Amp. = 250 mg) i.v. Bei Lungenödem: Drosselung der Infusionsmenge, Aderlaß durch Anlegen von Staubinden, *Nitrolingual* 1-2 Kps. (Kps. = 0,8 mg), *Lasix* 2-3 Amp. (1 Amp. = 2 ml = 20 mg), *Vasodilatation* z. B. *Hydergin* 2-3 Amp. (1 Amp. = 1 ml = 0,3 mg), Bolus-Gabe von *Solu-Decortin* (2-3 g), *Dopamin* 1 Amp. (10 ml = 50 mg) in 100 ml NaCl 0,9%ig über 4 Std., Intubation mit Absaugen und Überdruckbeatmung.

Bei Kreislaufstillstand: Lagerung auf harter Unterlage; Hochlagerung der Beine (Autotransfusion); kräftige Faustschläge auf das Sternum: Unterbrechen eines Kammerflimmern; Reinigung der Atemwege; extrathorakale Herzmassage und Beatmung (wichtig: Rückstellkraft des Brustkorbs erhalten). Über Venenzugang (bei Kollaps der peripheren Venen Punktion der großen Hals- und Beinvenen, evtl. intrakardiale Injektion): *Alupent* 1-2 Amp. (1 ml = 0,5 mg), *Natrium-Bicarbonat* 8,4% (pro Min. durchgeführte Reanimation 5-10 ml).

Ergänzende Maßnahmen in der Klinik sind: Elektrolyt- und Säure-Basen-Ausgleich, Antikoagulation (Heparin, Fibrinolyse), intraaortale Gegenpulsation usw.

Indikation für die  
Überweisung an  
Facharzt oder in  
die Klinik:

Jedes Kreislaufversagen stellt eine unbedingte Indikation zur Klinikeinweisung dar.

Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:

Entscheidend ist das rasche und umsichtige Ergreifen der Sofortmaßnahmen durch den Erstbehandelnden. Der Transport sollte kein „therapeutisches Vakuum“ sein. Er erfordert ärztliche Überwachung bei Ausnutzung der Möglichkeiten, die ein Sanka-Wagen (O<sub>2</sub>- und Absauggerät, Intubationsbesteck), Infusionen usw.) bietet.

Differentialdiagnostische  
und andere  
Erörterungen:

Die Ursachen, die zur Entwicklung des kardiogenen Schocks führen, sind in der Notfallsituation selten zu differenzieren. Wichtig ist, andere Formen des Schocks abzugrenzen, z. B. Volumenmangel (Blutung in Körperhöhlen, Dehydratation, Tastbefund des Abdomens), Sepsis (gerötete, heiße, trockene Haut), Blutungsneigung als Ausdruck der Verbrauchskoagulopathie, Anaphylaxie (Anamnese, z. B. Bienenstich), Lungenembolie (Varikosis, Thrombose).

# Der Notfall: Der psychogene Schock

bearbeitet von Professor Dr. H.-H. Meyer

## Symptomatik:

Plötzliche Lähmung einzelner oder aller Extremitäten, Sprachverlust oder Veränderungen der Sprache (z. B. Stottern, Flüstern u. a.), Zittern am ganzen Körper, Zuckungen an Kopf, Rumpf oder Extremitäten. Dabei gelegentlich Bewußtseinsveränderungen (von Eintrübung über Dämmerzustände, delirante Bilder u. a. bis zur Bewußtlosigkeit), mit oder ohne Krampferscheinungen. Aber auch schwerste Erregungszustände oder Stuporen, panikartige Wein-, Schrei-, aber auch Lachanfalle, plötzliche Blindheit, Taubheit, mitunter tagträumerisch das bisherige wiedererlebend, wiederholend. Durch Hypoxydase kommt es zu unregelmäßiger Atmung, Gefäßkrisen, zerebralen Störungen. Dabei oft Blässe, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Blutdruckanstieg oder -abfall, Schweißausbruch u. a.

## Anamnese:

Im akuten Zustand meist nur von Außenstehenden zu erfragen! Voraus gehen meist Katastrophen unterschiedlichster Art, wie Erdbeben, Explosionen, Brand, Überschwemmungen, ein Schiffsuntergang, ein Autounfall, der plötzliche Tod eines Angehörigen u. a. Einen psychogenen Schock sieht man aber auch bei Wut und Eifersucht, bei schwersten inneren Konflikten oder freisteigernd ohne faßbares Motiv. Häufig sind Angst und Furcht die wesentlichsten Faktoren eines psychogenen Schocks; es handelt sich um abnorme Erlebnisreaktionen, die nicht nur bei empfindsamen ängstlichen Persönlichkeiten auftreten. Man trifft diese auch als „Primitivreaktionen“. Mitunter sich öfter wiederholend bei beunruhigenden Erlebnissen oder Konflikten, aber auch als Zweckreaktion.

## Sofortdiagnostik:

Überschlägige körperliche Untersuchung soweit möglich, insbesondere von Herz und Kreislauf, Blutdruck, Puls und der vegetativen Verhältnisse, die als Reglersystem für eine Funktionseinheit von neuro-vegetativen und emotionellen Lebensvorgängen sorgen. Notwendig ist eine neurologische Untersuchung, insbesondere bei Funktionsveränderung oder Ausfällen, wie Sprachstörungen, Lähmungen, Krampferscheinungen mit Erhebung der Reflexe, insbesondere pathologischer Reflexe, Pupillenveränderung, Stauungspapille usw. Erste Untersuchung auf psychische Veränderungen, wie Bewußtseinsveränderungen verschiedenster Art, unter Umständen mit Verwirrtheit, Erregungen oder Stuporen und Zustände akuter Suizidalität.

## Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Herausholen aus bedrohlicher Situation (Brandherd, Unfallort usw.), Neugierige fernhalten! Beruhigender, sachlicher Zuspruch, oft genügt bereits die beruhigende und abschirmende Anwesenheit des Arztes. Jede Hektik, jede Kritik unterlassen! Vorsicht vor überraschendem Suizid oder anderen panikartigen Reaktionen, etwa Aggressivität. Sedierende Medikamente oft nützlich: von *Tinctura valeriana*® über *Librium*®, *Melleril*®, *Tranxilium*®, *Valium*® bis zu den Neuroleptika, wie z. B. *Haloperidol*® — je nach Lage der Situation per os, i.m., i.v. Notfalls medikamentöse Versorgung von Herz- und Kreislaufstörungen oder erheblichen vegetativen Störungen.

**Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt bzw. in die Klinik:**

**Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:**

**Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:**

Wenn in kurzer Zeit keine Besserung zu erreichen ist oder wenn es zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt, wie etwa eine Zunahme der Bewußtseinsveränderungen, eine zunehmende Erregung oder steigende Suizidalität, so ist sofort ein Facharzt hinzuzuziehen. Bei akuter Bedrohlichkeit des Zustandes oder weiterer Verschlechterung des Schocks und einer Gefahr des Betroffenen für sich und/oder für die Umgebung ist ein Transport unter Aufsicht in die nächstgelegene Fachklinik nicht zu umgehen.

Stets sind die Angehörigen ausreichend zu orientieren und auf Rückfallgefahr aufmerksam zu machen, insbesondere auf die Möglichkeit des Auftretens von Erregungszuständen, Verwirrtheiten oder Selbstmordversuchen. Medikamentöse Verordnung ist für die nachfolgenden Stunden und für die kommende Nacht immer ratsam (Sedativa, Ataraktika, Neuroleptika u. a.). Es ist auch auf die Notwendigkeit fachärztlicher Untersuchung und Weiterbehandlung strikt hinzuweisen, Kraftfahrzeugführen ist bis auf weiteres zu unterbinden. Alkohol ist verboten. Bei Verschlechterung im Körperlichen oder Seelischen ist sofort der Hausarzt oder bei akuter Gefahr der nächstwohnende Arzt oder Facharzt hinzuzuziehen.

Psychogener Schock ist im Gegensatz zum organischen Schock eine abnorme Erlebnisreaktion mit seelisch entstandenen und körperlich festgehaltenen Funktionsstörungen. Diese Erscheinungen sind im akuten Zustand oft schwer von demonstrativen Begehungsakten, oft auch ohne materielles Gewinnstreben, zu trennen. Neben vorwiegend neurologisch wirkenden Funktionsstörungen treten vegetative Ausfälle oder Veränderungen auf; sie werden häufig von psychischen Ausnahmezuständen, wie Stupor, Verwirrtheit oder Erregung, von Erscheinungen der Astasie oder Abasie begleitet. Vorsicht vor der vorschnellen Diagnose „psychogen“! Exakte körperliche Durchuntersuchung ist stets erforderlich. Häufig gibt ein körperliches Leiden den Boden für eine psychogene Reaktion ab. So können sich nach einem Schädel-Hirn-Trauma, bei entzündlichen oder vaskulären Veränderungen des Gehirns, bei Stoffwechsel- oder endokrinen Störungen psychogene Ausnahmezustände das Bild beherrschend entwickeln. Leichte Bewußtseinsveränderungen sind schwer feststellbar und in ihrer Ätiologie – psychogen oder organisch – schwer zu klären. Erst nach Ausschluß organischer Veränderungen darf man sich mit der Feststellung „psychogener Schock“ begnügen. Vorsicht vor Fixieren dieser Erscheinungen und ihrer neurotischen Weiterentwicklung.

## **Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer**

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

- Band 38 „Neue Erkenntnisse in der Diätetik – Nuklearmedizinische Diagnostik – Bedeutung und Indikation der Hämodialysebehandlung – Technologische Fortschritte und neue Erkenntnisse in der Kardiologie – Differentialdiagnose infiltrativer Lungenerkrankungen – Differentialdiagnose bei den sogenannten Paraproteinämien“ (Vorträge der 14. Bayerischen Internistentagung in München 1974)
- Band 40 „Antikonzeption und Sterilisation – Psychotherapie in der Praxis – Karzinom (Prävention, Diagnostik, Therapie) – Aufklärungspflicht, Schweigepflicht in Theorie und Praxis“ (Vorträge des 26. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1975)
- Band 41 „Langzeittherapie – Falsch positive infarktbilder – Probleme bei Australia-Antigen-Untersuchungen – Toxische Alkoholschäden – Arzneimittelmetabolismus bei Leberschäden – Röntgendiagnostik“ (Vorträge der 15. Bayerischen Internistentagung in München 1975)