

# Bayerisches Ärzteblatt

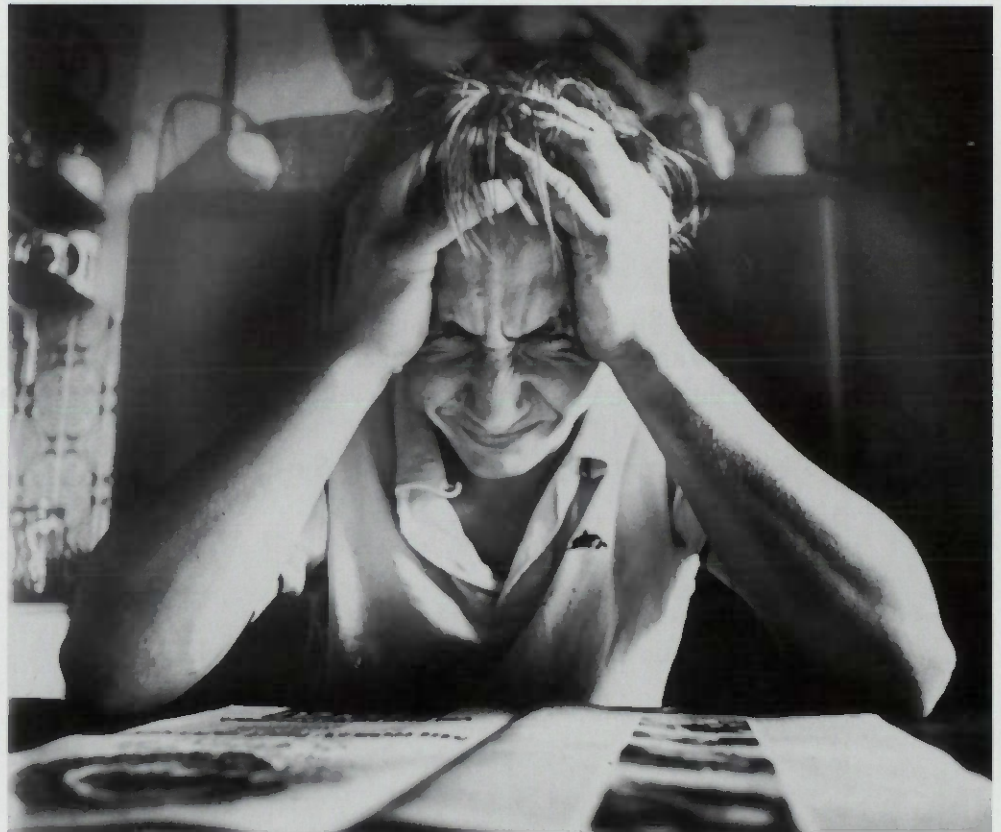
Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

2

**Editorial: „Power to the Patient“  
oder ... alle Macht den Patienten**

**Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“**

**Gastkommentar:  
Theresa Schopper,  
MdL**



**Selbstbewältigungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen**

**Posttraumatischer Kopfschmerz**

**Akupunktur in der Kopfschmerztherapie**



55. Jahrgang/Februar 2000


**Mittelteil:  
Patientenverfügung**

Feedback - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras 2

← Zurück → × Home Suchen \* Favoriten Verlauf W Links >>

Adresse [http://www.blaek.de/presse/pr\\_feedback.htm](http://www.blaek.de/presse/pr_feedback.htm) Wechseln zu Links >>



## Feedback zum Bayerischen Ärzteblatt

Bitte teilen Sie uns Ihre Meinung über unsere neueste Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes, unseren Service, unser Layout oder sonstige Bemerkungen mit. Wir freuen uns über alle Kommentare, Vorschläge oder Leserbriefe.

Welche Art von Kommentar möchten Sie uns senden?

Beschwerde  Vorschlag  Artikel  Leserbrief

Worüber möchten Sie uns etwas mitteilen?  
Geben Sie Ihren Kommentar bitte in folgendes Feld ein:

Teilen Sie uns bitte mit, wie wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen können:

Anrede	<input type="text"/>	
Name (*)	<input type="text"/>	(*) = Mussfeld
E-Mail	<input type="text"/>	
Straße	<input type="text"/>	
PLZ, Ort (*)	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
FAX	<input type="text"/>	

Ab sofort können Sie uns unter [http://www.blaek.de/presse/pr\\_feedback.htm](http://www.blaek.de/presse/pr_feedback.htm) Ihre Meinung oder einen Leserbrief zum Bayerischen Ärzteblatt e-mailen.

# „Power to the Patient“ oder ... alle Macht den Patienten

Wenn das der neue Slogan in der Gesundheitspolitik ist, dann steht das gute Arzt-Patientenverhältnis auf dem Spiel. Hoffentlich nicht, denn ein bisher solch vertrauensvolles Verhältnis sollte nicht aus dem Gleichgewicht kommen. Der Patient stand und steht im Mittelpunkt unseres ärztlichen Bemühens um sein Wohlbefinden und vor allem auch um die Wiederherstellung seiner Gesundheit, um Beistand und Begleitung bei chronischer oder unheilbarer Krankheit. Wörtlich heisst das im SGB V: „um seine Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder seinen Gesundheitszustand zu verbessern“ (§ 1).

Ein Solidarsystem, das gut funktionieren soll, soll auch gleichberechtigte Partner haben und keine Polarisierung mit Sündenbockkonstellationen. Jeder, der Patient, der Arzt und die Krankenkasse soll seinen Beitrag leisten zu diesem über lange Zeit bewährten, jedoch in bestimmten Bereichen reformbedürftigen, Gesundheitssystem. „Die Zeiten ändern sich und wir uns (hoffentlich) mit ihnen“, haben bereits die alten Römer festgestellt und formuliert.

Mit der geforderten Selbstverantwortlichkeit der Patienten sind wir Ärzte auch gefordert, uns in einer anderen Weise mit dem Patienten zu befassen und auseinander zu setzen. Um mit der neuen Wirtschaftssprache zu sprechen, der Arzt wurde zum „Leistungsanbieter“ und der Patient zum „Kunden“ – und dieser Kunde soll König sein. Besser wäre er wohl ein gleichwertiger Partner. Die Gesundheit sollte auch in Zukunft nicht wie eine Ware gehandelt werden.



Dr. Maria E. Fick,  
Vizepräsidentin  
der BLÄK

Patientencharta, Patientenschutz, Patientenrechte, Patientenberatung, Patientenverfügung sind die neuen Schlagworte, die im Gesetz (SGB V, § 65 b und 66) verankert sind. Was wir miteinander daraus machen, hängt von uns Partnern ab. Aber vergessen wir nicht, dass es bei jedem Recht auch eine Pflicht und Mitarbeit gibt, die auch für Patienten gilt, wenn man sie vom Arzt einfordert. Als Ärzte wollen wir nicht für alles einstehen, was die Politik meint, am besten per Gesetz auf unsere Berufsgruppe als „Auftrag, Last, Schuld“ abzuschieben. Die Patienten haben in einer repräsentativen Umfrage von Emnid und emphasis wenig Interesse an einer Rotstiftpolitik im Gesundheitswesen gezeigt; der Patient sieht also nicht ein, dass gerade bei ihm gespart werden soll!

In einer Patientencharta ist nun festgelegt, was der Patient vom System und speziell vom Arzt erwarten und fordern kann, welcher Schutz vor dem Arzt ihm zusteht; eine Patientenberatung soll die Beratung beim Arzt ergänzen oder gar ersetzen. Die Frage ist nun, wer berät bei den „uneigennütigen“ Verbraucherorganisationen? Es

sollte wohl ein unabhängiger Arzt sein, eventuell auch ein Jurist mit medizinischer Grunderfahrung oder ein medizinisch erfahrener Sozialarbeiter, ansonsten ist die Beratung unzureichend wie in der Frauenzeitschrift oder in der Sauna durch Freunde.

Eigentlich ist es beschämend, dass man Gutachter-

und Schlichtungsstellen bei den Kammern ihre Integrität und Zuständigkeit abspricht. Dagegen müssen wir uns wehren. Abqualifizierung von uns Ärzten im Bereich der Aufklärung und Beratung im Krankheitsfall sollten wir uns nicht gefallen lassen, das heisst natürlich auch, dass schwarze Schafe unter den Kollegen es sich zu Herzen nehmen und beispielsweise ihre „Kurzangebundenheit gegenüber den Patienten“ ablegen müssen. Der Patient soll einfach für voll genommen werden, als ein Partner, der eben mittlerweile auf dem Gebiet der Medizin nicht unbeleckt ist.

Eine große Rolle spielen auf dem Sektor Information und Aufklärung natürlich die Printmedien, das Radio und das Fernsehen. Es vergeht keine Woche, in der nicht bestimmte medizinisch relevante Themen mehr oder weniger wissenschaftlich abgehandelt werden. Einen nicht geringen Beitrag zur Aufklärung leisten ebenso die von Patienten initiierten Selbsthilfegruppen, denen wir als Ärzte wohl zur Seite stehen können und auch sollten, mit unserem Rat und unserer Bereitwilligkeit mitzuhelfen verschiedene Krankheiten besser bewältigen zu können.

Der soziale Frieden ist wünschenswert und notwendig. Allerdings wird durch ein verstecktes Hinterfragen, verschärfte Kontrollen und Auflagen oder das Einschleusen von „Testpatienten“ das Vertrauen zwischen Patienten und Arzt nicht gefördert werden, sondern eher das Misstrauen.

Jeder der Beteiligten soll einmal Gewissensforschung betreiben, ob er nicht zur Reform des Gesundheitssystems seinen Teil beitragen kann, um wieder Klarheit, Ehrlichkeit und praktische Durchführbarkeit ins System zu bringen und nicht in Misstrauen und Drohungen zu erstarren und die Fortschritte durch Diskussionen und Verweigerung zu blockieren.



**In der Mitte herausnehmbar:**  
**Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung** (1 mit 8)

**EDITORIAL**

Fick: „Power to the Patient“ oder ... alle Macht den Patienten 45

**TITELTHEMA**

Gessler: Selbstbewältigungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen 47  
 Keidel: Posttraumatischer Kopfschmerz 49  
 Weinschütz: Akupunktur in der Kopfschmerztherapie 55

**BLÄK INFORMIERT**

Feedback zum Bayerischen Ärzteblatt 2. Umschlagseite

**KVB/BLÄK AKTUELL**

Kopecky-Wenzel/Schäfer/Frank: Bayerische Ärzte beurteilen den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ 60

**GLOSSE**

Kopfschmerzen und Gesundheitsreform 63

**KVB AKTUELL**

Mayer: Die ärztlichen Körperschaften – Chance für einen Neubeginn oder Verlust der gestaltenden Selbstverwaltung? 64  
 KV8-Seminare 2000 66  
 Laschet: KVB bietet neuen Service für Patienten: Kostenloser Arztsuchdienst im Internet 67

**GASTKOMMENTAR**

Schopper: Zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss aus der Blockadehaltung führen 68

**GESUNDHEITSPOLITIK**

Nedbal: GKV-Gesundheitsreform 2000 auf einen Blick 69

**ARZT UND WIRTSCHAFT**

Sellerberg: Steuerreform und Aktienmarkt 70

**AKTUELLES**

Lack: Münchner Konferenz für Qualität setzt europäische Akzente 71

**BLÄK AMTLICHES**

Substitutionsgestützte Behandlung mit Codein 71

**RECHTSFRAGEN**

Stössel/Horn/Krauss: Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage eines Facharztes führt nicht zum Wegfall der Geschäftsgrundlage 72

**STICHWORT**

Lassa-Fieber 74

**KONGRESSE**

Fortbildungsveranstaltungen 75  
 „Verkehrsmedizinische Qualifikation“ 79  
 Kurskonzept „Leitender Notarzt“ 83  
 Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ 84  
 Suchtmedizinische Grundversorgung 85

**PERSONALIA** 86

**SCHNELL INFORMIERT**

Bayerische Landesärztekammer begrüßt 58 000stes Mitglied 88  
 Arzthelferinnen – Ausbildung der Ausbilder (Termine 2000) 89

**SICHERER VERORDNEN – 13. FOLGE** 92

**Titelbild:**  
 „Mann mit Kopfschmerzen“,  
 Bilderdienst  
 Süddeutscher  
 Verlag GmbH

**„Bayerisches Ärzteblatt“**

**Inhaber und Verleger:** Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Dr. med. H. Hellmut Koch

**Herausgeber:** Dr. med. H. Hellmut Koch, Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) und Dr. med. Lothar Wittek, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)

**Redaktion:** Dagmar Nedbal (BLÄK – verantwortlich); Dr. med. Enzo Amarotico (BLÄK), Dr. rer. biol. hum. Christian Thieme und Monja Laschet (beide KVB)

**CvD:** Marianne Zadach (BLÄK)

**Redaktionsbüro und Pressestelle der BLÄK:** Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47- 2 74, Fax (0 89) 41 47-2 02

**E-Mail:** aerzteblatt@blaek.de

**Pressestelle der KVB:** Arabellastraße 30, 81925 München, Telefon (0 89) 9 20 96-1 92, Fax (0 89) 9 20 96-1 95; **E-Mail:** presse@kvb.de

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postbank Nr. 5252-802, BLZ 700 100 80, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

**Anzeigenverwaltung:** Kirchheim Verlag + Co. GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz, Telefon (061 31) 9 60 70-34, Telefax (061 31) 9 60 70-80; Ruth Tännly (verantwortlich); Anzeigenleitung: Andreas Görner.

**Druck:** Zauner Druck und Verlags GmbH, Nikolaus-Otto-Straße 2, 85221 Dachau.

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.

Das „Bayerische Ärzteblatt“ wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

ISSN 0005-7126

# Selbstbewältigungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen

Dr. med. Martin Gessler

Voraussetzung zum Erlernen eigener Möglichkeiten um Kopfschmerzen vorzubeugen bzw. sie aktiv bewältigen zu können ist das Wissen um die entsprechenden Vorgänge, die bei der Entstehung, Empfindung und Aufrechterhaltung von Kopfschmerzen beteiligt sind. Hierzu gehören sowohl die körperlichen, als auch kognitiven und affektiven Komponenten die unser Schmerzverhalten bestimmen. Grundlage für dieses Verständnis ist die ausführliche Information des Patienten und auch Vermittlung eines plausiblen Schmerzmodells.

Hierzu dient zunächst Aufklärung über die Vorgänge, Bedingungsmechanismen, Triggerfaktoren usw. bei Kopfschmerzen. Mit Hilfe von standardisierten Anamnesebögen und Tagebüchern wird erarbeitet, eventuell schmerzauslösende und schmerzverstärkende Situationen zu erkennen und zu vermeiden und durch schmerzlindernde Maßnahmen und neue Bewertungs- und Verhaltensmuster zu ersetzen.

Bereits vorhandene Schmerzbewältigungsmöglichkeiten und/oder -techniken werden erfragt, gegebenenfalls aktiviert und verstärkt, neue Möglichkeiten vorgestellt und eingeübt. Die therapeutische Zielsetzung besteht in einer Erhöhung der Selbstkontrollkompetenz des Patienten gegenüber seinen Schmerzen.

Zuerst wird die Methode der progressiven Muskelentspannung erlernt. Wie bei allen Entspannungstechniken werden dabei motorische Schmerzreaktionen



Dr. med. Martin Gessler

gedämpft, der circulus vitiosus aus Schmerz und Verspannung unterbrochen, das physiologische Erregungsniveau gedämpft, autonome Prozesse (Atmung, Herzfrequenz) in Richtung Ruhe und Gelassenheit verändert, es kommt zu Verringerung von Ängstlichkeit und Depression. Die Technik der progressiven Muskelrelaxation ist für Schmerzpatienten besonders geeignet, weil sie körperorientiert ist, der Erfolg sich bereits nach wenigen Übungseinheiten einstellt, sie leicht erlernbar ist und dadurch zusätzlich motivierend wirkt, zumal sie den Patienten dort abholt, wo er sich mit seinen körperlich empfundenen Symptomen befindet. Durch Hinzunahme von autogenen Elementen (zum Beispiel Ruhe-

wort, Ruhebild) kann diese Technik noch erweitert und durch Koppelung an die Atmung eine jederzeitige Verfügbarkeit und Übertragung auf Alltagsbedingungen erreicht werden. Mit Biofeedback-Techniken können solche Lernprozesse ergänzt, die Steuerung von spezifischen Körperfunktionen trainiert werden (zum Beispiel Vasokonstriktionstraining der Hirngefäße).

Diese Entspannungstechniken können zur Kupierung eines akuten Anfalls mit Aufmerksamkeitslenkstrategien verbunden werden:

- Umlenkung der Aufmerksamkeit auf äußere Dinge und auch auf imaginative Inhalte, um zu erlernen, dass Konzentration zu

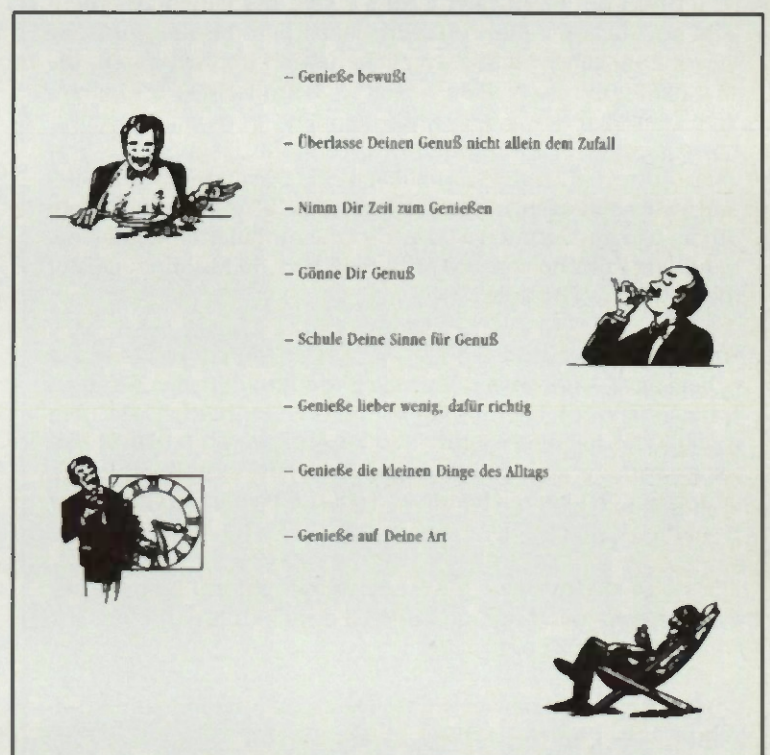


Abbildung:  
Genuss – eine gute  
Medizin

beeinflussen ist und der Selbstkontrolle unterliegt (Aufbau eigener schmerzbezogener Kontrollüberzeugung). Hilfestellung bieten hierfür auch zum Beispiel Sensibilitätsübungen und Bewusstmachung anderer Sinnesempfindungen;

- die Wahrnehmung wird auf andere Erlebnisebenen gelenkt, zum Beispiel Genuß (siehe Abbildung).

Es wird Zugang zu positivem Erleben vermittelt, Freude und Lebensqualität gefördert, um so vom depressiven Zustandsbild wegzukommen, aktiv und gezielt selbst für mehr angenehme Erlebnisse im Alltag zu sorgen. Da häufige Auslösemechanismen im Bereich der Lebensführung zu finden sind (Aufregung, Zeitdruck, Überanstrengung, gestörter Schlaf-/Wachrhythmus, unregelmäßiges Essen) oder durch starke Sinnesreize bedingt sind (Flackerlicht, Lärm, Gerüche), werden hierfür

ebenfalls entsprechende Kontrollmechanismen eintrainiert.

Für das Schmerzempfinden sind Hilflosigkeit und erlebter Kontrollverlust wichtige kognitive Ursachen. Hier gilt es, die Gedanken gegenüber dem Schmerz und der belastenden Situation zu erkennen, um diese dann zu unterbrechen und durch Gedanken zu ersetzen, mit denen man sich selbst Mut zusprechen und beruhigen kann, um Kontrolle über diese Gedanken und die Situation zu erreichen und das Bewusstsein zu stärken, dass man selbst aktiv etwas zur Bewältigung beitragen kann. Der Patient entwickelt so das Gefühl aktiver Beeinflussbarkeit seiner Schmerzen.

Durch kognitive Methoden wird die Überzeugung von der Kontrollierbarkeit von Schmerzen und Gedanken vertieft. Das Gefühl von Hilflosigkeit und Kontrollverlust wird abgebaut, ebenso wie eine eventuell dadurch

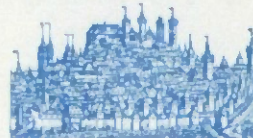
### Wirksame Migränetherapie auch volkswirtschaftlich sinnvoll

In Deutschland leiden etwa zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung, etwa fünf Millionen Menschen, an Migräne. Das Gewitter im Kopf beeinträchtigt das Leben der Patienten erheblich und belastet die Volkswirtschaft. Für die medizinische Versorgung geben Krankenversicherungen und Patienten, die sich häufig mit frei verkäuflichen Arzneimitteln selbst behandeln, zur Zeit etwa 930 Millionen DM pro Jahr aus. Der Löwenanteil – 570 Millionen DM – entfällt dabei auf die Ausgabe für frei verkäufliche Medikamente. Die ärztlich verordneten Mittel schlagen hingegen nur mit 130 Millionen DM zu Buche. Hinzu kommen Kosten für die ambulante Migränebehandlung in Höhe von 180 Millionen DM, 50 Millionen kostet die stationäre Therapie.

Ungleich höher sind jedoch die Kosten durch Fehltag am Arbeitsplatz und eingeschränkte Produktivität: Sie betragen Schätzungen zufolge zusammen über acht Milliarden DM. „Ein erheblicher Teil dieser indirekten Kosten“, vermutet Dr. Stefan Evers von der Neurologischen Universitätsklinik Münster, „dürfte durch unzureichende und falsche Therapien verursacht werden.“

Die Mitgliederliste der DMKG und weitere Informationen über Kopfschmerz und Migräne finden Sie auch unter:  
<http://www.dmk.org>

Quelle: Kopfschmerz-News 4/99, Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)



Das Bayerische Ärzteblatt veröffentlicht über das Jahr verteilt Beiträge aus der Vortragsreihe des 50. Nürnberger Fortbildungskongresses. Die Artikel sollen den Leserinnen und Lesern das breite Themenspektrum des Kongresses aufzeigen und gleichzeitig Interesse für den 51. Nürnberger Fortbildungskongress wecken.

Dazu zählen die Beiträge der drei Autoren zum Titelthema.

bedingte depressive Verstimmung.

Vor allem im klinischen Bereich können operante Programme angewendet werden wie zum Beispiel Nicht-Beachtung aller verbalen und nonverbalen Schmerzäußerungen und andererseits Belohnung und Förderung aller Ansätze in Richtung schmerzinkompatibles Verhalten (zum Beispiel körperliche Aktivität, Interessen-Förderung usw).

Die erlernten Techniken können zu Stichpunkten zusammengefasst werden und im Bedarfsfall, also bei akutem Auftreten oder Verstärkung von Schmerzen dann von einer Liste abgearbeitet werden, um so das Gelernte in der tatsächlichen Schmerzsituation anwenden zu können.

Ziel ist, sich aktiv zu distanzieren, trotz Schmerzen Lebensqualität empfinden zu können und auch einer eventuellen weiteren Chronifizierung Einhalt zu gebieten.

Oft hilft es auch, sich dann einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, um dort die erlernten Fähigkeiten und Methoden gemeinsam zu trainieren und weiter zu verbessern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Martin Gessler,  
Neurologe, Cosimastraße 4,  
81972 München

# Posttraumatischer Kopfschmerz

Privatdozent Dr. med. Dipl. Psych. Matthias Keidel

## Zusammenfassung

Posttraumatische Kopfschmerzen (PK) treten meist in Verbindung mit Nackenschmerzen nach Schädel-Trauma, Schädel-Hirn-Trauma (SHT), direkter HWS-Distorsion oder HWS-Beschleunigungsverletzung in ca. 90 % der verunfallten Patienten auf und chronifizieren bei ca. 10 % der Patienten mit PK.

Die *Basisdiagnostik* bei PK nach SHT besteht in der Durchführung eines kranialen CTs zum Nachweis intrakranieller Traumafolgen (Kontusion, Blutung, Ödem) mit Knochenfenster zum Ausschluss knöcherner Traumafolgen (Kalotten-, Gesichtsschädel- oder Schädelbasisfrakturen). Bei begleitendem posttraumatischem Nackenschmerz oder nach HWS-Beschleunigungsverletzung ist Nativ-Röntgen der HWS in Neutralstellung und Dens-Darstellung erforderlich. Zusätzliche, passiv gehaltene Funktionsaufnahmen in maximaler Re- und Inklination der HWS sind sinnvoll. Weitere apparative Zusatzdiagnostik richtet sich nach der individuellen Befundkonstellation und dem individuellen Verlauf.

Der *akute* PK wird mit Analgetika/Antiphlogistika (zum Beispiel ASS, Paracetamol, Diclofenac, Ibuprofen) behandelt. Hinzu treten physikalische Maßnahmen (Kälte, Wärme, möglichst kurze initiale HWS-Immobilisation), krankengymnastische Maßnahmen (Lockerung der paravertebralen HWS-Muskulatur, isometrische Anspannung, komplexe Bewegungen, Haltungsaufbau), roborierende Maßnahmen (Meidung von Genussmitteln, geregelter Tagesablauf mit ausreichendem Schlaf, Wechselduschen, Bürstenmassagen und regelmäßig Ausdauersport). Die multiaxiale Therapie

sollte psychosoziale Aspekte einbeziehen.

Der *chronische* PK wird medikamentös mit Antidepressiva behandelt (Amitriptylin, Amitriptylin-N-Oxid). Die Vermeidung der Chronifizierung des PK ist von besonderer therapeutischer Bedeutung. Hier empfiehlt sich: aufgeschlossene Annahme des Patienten; Aufklärung über Verlauf und in der Regel gute Prognose; kontrollierte Führung des Patienten mit initial engmaschigen Wiedervorstellungen; HWS-Immobilisation und AU-Schreibung so kurz wie möglich; Analgetika und Antiphlogistika nicht länger als vier Wochen (Entwicklung eines medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes!!); frühzeitiger Beginn mit nicht-medikamentösen Therapieverfahren inklusive Krankengymnastik und physikalischer Therapie; frühzeitige Einbeziehung des Patienten in die aktive Mitgestaltung der Therapie; rasche Klärung forensischer und psychosozialer Problemstellungen; verzögerungsfreie, verlaufsabhängige Anpassung bzw. Erweiterung der therapeutischen Maßnahmen und rechtzeitige Einleitung einer interdisziplinären Betreuung.

neurologische Untersuchung, Nativ-Röntgen-Aufnahmen des Schädels (oder der HWS), kraniale (und zervikale) bildgebende Verfahren, neurophysiologische Untersuchungen (evozierte Potentiale, Vestibularisfunktionstests), neuropsychologische Untersuchungen oder eine Li-  
quoruntersuchung.

c) Der akute PK tritt innerhalb von 14 Tagen nach dem Trauma (ohne Bewusstlosigkeit) oder nach Wiedererlangung des Bewusstseins bei einem Trauma mit Bewusstlosigkeit auf.

d) Er klingt innerhalb von acht Wochen wieder ab.

Der *chronische* PK hält länger als acht Wochen nach Wiedererlangung des Bewusstseins oder nach einem Trauma ohne Bewusstlosigkeit an, sonst wie a) bis c) <sup>3,4,9)</sup>.

## Inzidenz

Bis zu 90 % der leichtgradigen SHT oder HWS-BV sind von einem PK gefolgt. In Deutschland leiden ca. 270 000 Patienten pro Jahr neu an einem PK nach SHT (Inzidenz 313/100 000/Jahr) <sup>9)</sup>. PK nach leichtgradigem SHT sind häufiger und länger anhaltend als nach schwerem SHT. Ein sicherer Zusammenhang zwischen der Länge der posttraumatischen Bewusstlosigkeit oder der bildgebend nachweisbaren, pathologischen Hirnveränderungen einerseits und der Häufigkeit des Auftretens des PK andererseits ließ sich nicht aufzeigen.

Der Kopfschmerz vom Spannungstyp ist mit ca. 85 % der häufigste Kopfschmerz aller posttraumatischen Kopfschmerz-Typen. Mit 8 % treten akute posttraumatische zervikogene Kopfschmerzen (nach IHS-Kriterien) nur selten auf. Die Inzidenz eines posttraumatischen Kopfschmerzes vom Migränetyyp liegt



Privatdozent Dr.  
med. Dipl. Psych.  
Matthias Keidel

## Definition

Gemäß Definition der „International Headache Society“ <sup>3)</sup> muss bei *akutem* PK

a) Anamnestisch ein SHT oder eine Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule (HWS-BV) definierten Schweregrades mit Angaben zur Bewusstlosigkeit oder posttraumatischer Amnesie für mehr als zehn Minuten vorliegen.

b) Zumindest zwei der nachstehenden Untersuchungsverfahren müssen pathologische Auffälligkeiten aufweisen: klinisch-

allenfalls bei ca. 2,5 % (Kinder und Jugendliche bevorzugt). Exakte Häufigkeitsangaben bezüglich posttraumatischen Cluster-Kopfschmerzes liegen nicht vor<sup>9</sup>.

## Klinik

Pathogenese und Kopfschmerzcharakteristik bedingen eine vielfältige klinische Phänomenologie des PK mit entsprechender Typologie: Migräne-, Cluster- oder Spannungskopfschmerz, zervikogener Kopfschmerz, sekundärer Kopfschmerz bei intrakranieller Blutung (epi-/subdurale, subarachnoidale, intrazerebrale/-ventrikuläre Blutung) bzw. Druckerhöhung, bei knöcherner HWS- bzw. Schädelverletzung oder Skalperverletzung.

Posttraumatische Kopfschmerzen, insbesondere der PK vom Spannungstyp, treten als Folgen eines SHT oder einer HWS-BV meist in dem Rahmen eines *posttraumatischen Syndroms* mit folgenden charakteristischen Beschwerden auf: begleitender Nackenschmerz sowie vegetative und neurasthenische Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Müdigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Verhaltens- und Stimmungsänderungen mit Depressivität, Dysphorie, Reiz- und Erregbarkeit, Ängstlichkeit sowie Störungen im Leistungsbereich mit Auffälligkeiten von Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis und kognitiven Fähigkeiten. Symptome seitens der Sinnesorgane wie Seh-, Geruchs- und Geschmacksstörungen können hinzutreten<sup>5, 10</sup>.

Der PK vom *Spannungstyp* ist durch einen dumpf-drückenden, ziehenden oder pressenden Schmerzcharakter, der holozephal, bandförmig oder helmartig, meist nucho-occipital betont, episodisch oder kontinuierlich in Erscheinung tritt, gekennzeichnet.

Der *Kopfschmerz nach leichtgradiger HWS-BV* ist mit einem be-

gleitenden Gefühl der Kopfschwere (49 %) verbunden, tritt im Mittel fünf Stunden nach dem Ereignis auf, ist von dumpf-drückendem bzw. ziehendem Charakter (77 %), zeigt ein abendliches Maximum mit einer initialen Frequenz von acht Stunden/die und dauert in der Regel drei Wochen (maximal 64 Tage)<sup>9</sup>.

Abzugrenzen ist der *posttraumatische zervikogene Kopfschmerz* mit ziehendem Schmerzcharakter, streng einseitigem Auftreten, Schmerz-Provokation oder Exazerbation durch definierte Kopfstellungen sowie erhöhter Druckschmerzempfindlichkeit des N. occipitalis-Austrittspunktes als Hinweis auf eine C2-Irritation<sup>12</sup>.

Die Klinik der *posttraumatischen Migräne* und des *posttraumatischen Cluster-Kopfschmerzes* entspricht derjenigen der primären Kopfschmerz-Formen. Jede gestellte Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerz-Typs sollte im Verlauf immer dann kritisch überprüft werden, wenn sich neurologische Symptome einstellen oder ändern und insbesondere wenn sich ein Wandel bestehender oder ein Hinzutreten neuer Kopfschmerzsymptome erfragen lässt.

## Diagnostik

Die differenzierte apparative Zusatzdiagnostik richtet sich nach der Befundkonstellation und der klinischen Verdachtsdiagnose. Diese beinhaltet nach SHT das kraniale CT (CCT) inklusive Ausspielung im Knochenfenster zum Nachweis intrakranieller Traumafolgen (zum Beispiel Hämatom, Kontusionsherd, Zeichen erhöhten intrakraniellen Druckes) sowie ossärer Verletzungen (Kalotte, Schädelbasis). Das CCT mit Knochenfenster hat die hergebrachte Schädel- und Schädelbasis-Nativ-Röntgendiagnostik ersetzt. Auch wenn zum Nachweis nicht-hämorrhagischer Kontusionsherde die kraniale Kernspintomographie sensitiver ist, ist das CCT als Erstdiagnostikum und zur Entscheidung, ob eine neurochirurgisch operative Intervention erforderlich wird, völlig ausreichend<sup>5</sup>.

Bei SHT mit Begleit-Distorsion der HWS oder bei isolierter HWS-Beschleunigungsverletzung wird zusätzlich erforderlich (Tabelle 1):

a) Nativ-HWS-Röntgenaufnahmen in vier Ebenen (lateral, p. a., Schrägaufnahmen) zum Nachweis von Fraktur, Luxation oder Knickbildung;

**Tabelle 1:**  
**Diagnostik nach HWS-Beschleunigungsverletzung. Symptom geleitet ist frühe interdisziplinäre Diagnostik und Versorgung anzustreben**

### Diagnostik nach HWS-Beschleunigungsverletzung

#### Anamnese

#### Allgemeine Untersuchung

HWS-Beweglichkeit, HWS-Kopf- und Druckschmerz, Palpation (Etagediagnostik)

#### Neurologische Untersuchung

Neurologische Zeichen für Wurzelschädigung, Plexusaffektion oder (seltener) zerebrale oder spinale Schädigung

#### Nativ-Röntgenuntersuchung

HWS in vier Ebenen mit Funktionsaufnahmen und Dens-Darstellung

#### Zusätzlich entsprechend Befundkonstellation

#### Medulläre Läsion

Spinales NMR, fraktionierte evozierte Potentiale, transkranielle Magnetstimulation

Traumatisches Dissekat (Vertebralis/Karotis)

Doppler, NMR, Angiographie

Zervikale Wurzelschädigung

Spinales CT, eventuell Myelo-CT, EMG

Plexus brachialis Affektion

Elektroneurographie (inklusive F-Welle), EMG, evoz. Potentiale (Medianus, Ulnaris)

Thoracic outlet Syndrom

Doppler, F-Welle (Ulnaris)

Hörstörung/Schwindel

HNO-Untersuchung: Audiogramm, Elektronystagmographie, kalor. Vestibularisprüfung

Sehstörung

Ophthalmologische Untersuchung: Fundoskopie, Perimetrie



b) nach Ausschluss von Fraktur oder Gefügeschaden in Neutralstellung zusätzlich (passiv gehaltene!) HWS-Funktionsaufnahmen in maximaler Re- und Inklination zum Nachweis indirekter Zeichen ligamentärer Läsionen (vorderes oder hinteres Längsband, Ligamentum interspinosum) oder eines traumatischen Gefügeschadens (Spondylolistesis, Subluxation);

c) im Bedarfsfall ergänzend perorale Dens-Darstellung (Fraktur, Luxation, atlanto-dentale Bandlockerung) <sup>2,4)</sup>.

Zusätzliche Diagnostik wird auf Grund der spezifischen Kopfschmerzcharakteristik und Lokalisation erforderlich sowie bei über das zerviko-zephal Schmerzsyndrom hinausgehenden Reiz- oder Ausfallserscheinungen, meist auf neurologischem Gebiet (Wurzelschädigung, Plexus-Läsion, medulläre/zerebrale Schädigung, „Thoracic outlet“ Syndrom), auf HNO-ärztlichem Gebiet (Schwindel, Hörminderung, Tinnitus) oder

auf ophthalmologischem Gebiet (Sehstörung). <sup>9, 13, 15)</sup> – siehe Tabelle 1.

Kontrollierende oder erweiterte Diagnostik wird im Verlauf erforderlich bei Änderung von Kopfschmerzcharakter, -lokalisierung und -intensität (zum Beispiel mögliche Entwicklung eines Subduralhämatoms), bei generellem Symptomenwandel oder bei Auftreten neuer fokalneurologischer Zeichen <sup>14)</sup>.

## Differentialdiagnose

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten, die im Rahmen der posttraumatischen Kopfschmerzabklärung auftreten können, sind in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt. Es sollte abgegrenzt werden:

- a) einseitiger oder seitenbetonter nuchaler Schmerz als Ausdruck eines Vertebralisdissekates <sup>15)</sup>;
- b) einseitiger Hals- und Gesichtsschmerz als Ausdruck ei-

nes posttraumatischen A. carotis-Dissekates;

c) lokaler zirkumskripter Kopfschmerz als Ausdruck einer isolierten Contusio capitis;

d) halbseitiger oder seitenbetonter Kopfschmerz bei intrakranieller Blutung (zum Beispiel epi- oder subdurale, subarachnoidale oder intrazerebrale Blutung);

e) holozephaler Kopfschmerz mit (vegetativen) Hirndruckzeichen (Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen) als Ausdruck intrakranieller Druckerhöhung – siehe Tabelle 2.

## Verlauf

Im Verlauf leiden 90 % der Patienten nach einem leichtgradigen SHT innerhalb des ersten Monats an posttraumatischem Kopfschmerz, nach einem Jahr 35 %, nach zwei Jahren 22 % und nach drei Jahren nur noch 20 %. Nach einem halben Jahr sind ca. 80 % der Patienten nach SHT kopfschmerzfrei. Ca. 20 % blei-

**Tabelle 2:**  
**Differentialdiagnostische Aspekte auf Grund unterschiedlicher Lokalisation und Charakteristik posttraumatischer Nacken-Kopfschmerzen (nach <sup>7)</sup>)**

Posttraumatische Kopfschmerzen – Differentialdiagnostik nach Lokalisation und Charakter			
Lokalisation	Charakteristik	Differentialdiagnose	DD-Kriterien
holozephal	dumpf-drückend, ziehend	PK vom Spannungstyp (90 %) Hirndruck  Subarachnoidalblutung Analgetika induzierter Dauerkopfschmerz intrakranielle Blutung	Occipitale Betonung (67 %) Bewusstseinslage (vegetative Hirndruckzeichen, Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel) Nackenbeugezeichen, Fokalneurologie Medikamenteneinnahme Seitenbetonung, Fokalneurologie
hemikraniell	pulsierend, stechend, dumpf-drückend, ziehend	PK vom Migränetyp (3 %) Contusio capitis  Kalottenfraktur Skalpverletzung (subgaleales Hämatom) einseitig intrakranielle Blutung	seitenwechselnd, pulsierend  Zirkumskripte Kalotten-Schmerzlokalisierung Röntgenbild kraniales Computertomogramm Fokalneurologie, kraniales Computertomogramm
periorbital, fronto-temporal	stechend, pulsierend, ziehend	PK vom Clustertyp  Karotis-Dissekat  Gesichtsschädelfraktur	Lokales vegetatives Syndrom (Lakrimarrhoë, Rhinorrhoe, konjunktivale Injektion, Horner-Syndrom) Gesichts- und Halsschmerzen, Horner-Syndrom Hämatom, Röntgenbild
nuchal	dumpf-drückend, ziehend	zervikogener Kopfschmerz (B %) Vertebralis-Dissekat  Diskusprolaps Subarachnoidalblutung	ziehend, einseitig, provozierbar Einseitig bzw. seitenbetont, Hirnstammsymptomatik, auch transient Brachialgie, radikuläres Defizit beidseits, allenfalls seitenbetont, eventuell meningiale Dehnungszeichen und Fokalneurologie, ungewöhnlich heftiger Schmerz

ben mit Kopfschmerzen behaftet (Beobachtungszeltraum von vier Jahren). Bestehen Schmerzen nach HWS-BV länger als zwei Jahre, so ist von keiner Besserung mehr auszugehen.

*Prognostisch ungünstige Faktoren* für länger anhaltende posttraumatische Beschwerden nach SHT sind ein Alter über 40 Jahre, geringes intellektuelles und sozio-ökonomisches Niveau, geringer Ausbildungsstand, positive SHT-Anamnese oder Alkoholabusus.

Ungünstige Faktoren bei Kopfschmerz nach HWS-BV sind initial heftigster Kopfschmerz, ausgeprägte Einschränkung der passiven HWS-Mobilität, schlechte Befindlichkeit und depressive Verstimmung, somatisch-vegetative Beschwerden, höheres Alter, Schädel-Hirn-Traumata in der Vorgeschichte, positive Kopfschmerzanamnese (Spannungskopfschmerz), höhergradige HWS-Beschleunigungsverletzungen mit auffälligen HWS-Röntgen-Befunden (Fraktur, Luxation, Knickbildung) und/oder mit neurologischen Auffälligkeiten. Die Risikofaktoren für eine prolongierte Beschwerde-Regredienz oder für die Entwicklung chronischer posttraumatischer Beschwerden nach einer HWS-BV sind in Tabelle 3 wiedergegeben. Die Tabelle sollte als „Check-Liste“ zur Identifizierung des Risikopatienten bei Erstkontakt verstanden werden<sup>6)</sup>. Sie dient der individuellen Anpassung der therapeutischen Optionen an das jeweilige Risikoprofil.

## Therapie

Die Behandlungsmöglichkeiten der unterschiedlichen posttraumatischen Kopfschmerzformen beruhen auf allgemeinen physiotherapeutischen, physikalischen und robrierenden Maßnahmen einerseits sowie auf spezifischen medikamentösen Therapieansätzen andererseits. Bezüglich der medikamentösen Therapie wird sich auf die Empfehlungen der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft bezogen<sup>6)</sup>.

## Medikamentöse Maßnahmen

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach dem Kopfschmerztyp<sup>6,9)</sup>. Die medikamentösen Therapieschemata sind unterschiedlich für den akuten und chronischen PK vom Spannungstyp, für den PK vom Migränetyp, dem PK vom Clustertyp und für den medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz<sup>10)</sup>. Die jeweiligen spezifischen medikamentösen Therapieoptionen sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Bei der Behandlung des chronischen PK<sup>14)</sup> mit Antidepressiva ist insbesondere darauf zu achten, dass diese schleichend zur Minimierung der initial auftretenden Nebenwirkungen aufdosiert werden, dass eine ausreichende Dosis verabreicht wird, und dass diese ausreichend lange, zumindest über zwei Monate, eingenommen wird. Kontraindikationen (unter anderem

**Tabelle 3:**  
„Checkliste“  
anamnestischer  
und klinischer  
Risikofaktoren der  
protrahierten  
Remission des  
posttraumatischen  
Syndroms nach  
HWS-Beschleunigungs-  
verletzung;  
(modifiziert und  
erweitert nach<sup>6)</sup>)

### Posttraumatisches Syndrom nach HWS-Beschleunigungsverletzung Risikofaktoren der protrahierten Remission

#### Patienten-Angaben

##### Allgemeine Anamnese

- Höheres Alter
- Weibliches Geschlecht
- Prätraumatisches SHT
- Prätraumatischer Spannungskopfschmerz

##### Unfallanamnese

- Inklinierte Kopfhaltung
- Rotierte Kopfposition
- Unerwarteter Aufprall

##### Spezielle Anamnese

- Hohe Nackenschmerzintensität
- Hohe Kopfschmerzintensität
- Schlechte Befindlichkeit
- Depressive Verstimmung
- Somatisch-vegetative Beschwerden
- Interskapulärer/lumbaler Schmerz
- Parästhesien
- Multiple Symptome

#### Untersuchungs-Befunde

##### Klinische Befunde

- Deutliche Einschränkung der HWS-Mobilität
- Neurologische Defizite

##### Radiologische Befunde

- Degenerative HWS-Veränderungen
- Enger zervikaler Spinalkanal
- Traumatischer HWS-Gefügeschaden:
  - HWK-Fraktur
  - HWK-Luxation
  - HWS-Knickbildung

Prostataleiden, Glaukom) sind hierbei zu beachten. Vor Therapie ist die Ableitung eines EKGs zum Ausschluss kardialer Kontraindikationen erforderlich. Die Gabe von MAO-Hemmern bei Unwirksamkeit von Amitriptylin oder Amitriptylin-N-Oxid sollte nur streng indiziert und kontrolliert durchgeführt werden.

Nicht sinnvoll sind eine lokale nuchale Salbenbehandlung, systemische Behandlung mit Steroiden und Antihistaminika oder die Gabe von Neuroleptika, Vitaminpräparaten oder Opioiden. Lokal invasive Anästhesie-maßnahmen wie Infiltrationen oder Quaddelung sind meist nicht erforderlich.

## Allgemeine Maßnahmen

Bei zerviko-zephalen Schmerzen nach Schädel-Hirn-Trauma mit begleitender HWS-Distorsion oder nach HWS-Beschleunigungsverletzung werden empfohlen:

a) Kurzzeitige Immobilisation des Kopfhalteapparates mittels „Halskrause“;

b) ergänzende physikalische Maßnahmen wie lokale Kälte oder trockene bzw. feuchte Wärme (Rotlicht, Heißluft, Heizkissen, Fango);

c) krankengymnastische Behandlung (passive und aktive Bewegungsübungen der HWS, isometrische Spannungsübungen, komplexe Bewegungen, Haltungsaufbau, Einbezug des Schultergürtels);

d) robrierende Maßnahmen (Ausdauersport, Meidung von Genussmitteln wie Alkohol/Nikotin/Drogen, vegetative Stabilisierung mit zum Beispiel Wechselduschen und Bürstenmassagen, geregelte Lebensführung);

e) manualmedizinische Therapieansätze bei Schmerzpersistenz unter strenger Indikation;

f) Anwendung muskelzentrierter Relaxationstechniken (zum

Akuter PK vom Spannungstyp	<b>Analgetika/Antiphlogistika</b> Acetylsalicylsäure (ASS) 500 bis 1000 mg/die, max. 1500 mg/die Alternativ: Paracetamol 500 bis 1000 mg, max. 2000 mg/die Alternativ: Ibuprofen 400 bis 600 mg/die Alternativ: Naproxen 500 bis 1000 mg/die	<b>Cave</b> ASS nur nach Ausschluss intrakranieller Blutung Keine Mischpräparate Gefahr eines Analgetika-induzierten Dauerkopfschmerzes bei Gabe > 4 Wochen
Chronischer PK vom Spannungstyp	<b>Antidepressiva</b> Amitriptylin: abendliche Gabe von 25 bis 100 mg/die oder 25 - 0 - 75 mg/die Alternativ: Amitriptylin-N-Oxid 30 bis 90 mg/die 2. Wahl: Doxepin 50 bis 100 mg/die, max. 150 mg/die 2. Wahl: Imipramin 75 bis 100 mg/die, max. 150 mg/die	<b>Cave</b> Schleichende Aufdosierung, ausreichende Dosis ausreichend lange Gabe (Therapieerfolg erst nach 8-wöchiger Einnahme beurteilbar) Kontraindikationen (u. a. Prostataleiden, Glaukom; vor Verschreibung EKG)
	<b>MAO-Hemmer</b> Tranylcypromin 20 bis 40 mg/die	Gabe der MAO-Hemmer nur streng indiziert und kontrolliert
PK vom Migränetyp	<b>Attackencouplierung</b>  <b>Antiemetika</b> Metoclopramid 10 bis 20 mg oral Alternativ: Domperidon 10 bis 20 mg oral  <b>Analgetika</b> ASS 1000 mg als Brausetabletten gelöst (20 Minuten nach Antimetikum) Alternativ: Ibuprofen 600 mg gelöst Alternativ: Paracetamol 1000 mg supp  <b>Attackenprophylaxe</b>  <b>Betablocker</b> Metoprolol bis 200 mg/die Alternativ: Propranolol bis max. 240 mg/die	
PK vom Clustertyp	<b>Attackenbehandlung</b> Inhalation von 100-%igem Sauerstoff (7 Liter/Min.) über 15 Minuten Alternativ: nasale Instillation von 4 % Lidocain Alternativ: DHE (1 bis 2 mg) s. c. Alternativ: Sumatriptan (6 mg) s. c.  <b>Prophylaxe</b> Verapamil, Aufdosierung bis 3 x 80 mg/die Alternativ: Lithium 600 bis 1500 mg/die (< 1,2 mmol/l) mit Verapamil Alternativ: „Durchbrechungsversuch“ mit Steroiden per os: Prednison 60 mg für 3 Tage; ausschleichendes Absetzen über 14 Tage	
Medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz	Absetzen der Analgetika, Antiphlogistika, Muskelrelaxantien oder Ergotaminpräparate Ausschleichen von Barbituraten oder Benzodiazepinen Bei Bedarf Gabe von Antiemetika Zur Überbrückung initialer Kopfschmerz-exazerbation: Naproxen 2 x 500 mg/die Eventuell Einleitung einer Prophylaxe eines Spannungskopfschmerzes	<b>Cave</b> Provokation zerebraler Krampfanfälle (zu rasches Absetzen von Benzodiazepinen)

**Tabelle 4:**  
 Differenzierte medikamentöse Therapieschemata zur Behandlung der einzelnen posttraumatischen Kopfschmerz-Typen (in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft<sup>9</sup> nach<sup>7)</sup>)

Beispiel nach Jacobson) der Schulter-Nacken-Muskulatur, eventuell in Verbindung mit EMG Biofeedback;

g) bei Chronifizierung schmerzpsychologische Behandlung (unter anderem kognitive Schmerzbewältigung mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen, Stressbewältigungstraining), siehe Tabelle 5.

Der Patient sollte verständnisvoll mit annehmender Aufgeschlossenheit und initial engmaschigen Kontrolluntersuchungen geführt werden<sup>11)</sup>. Er sollte zur aktiven Mitgestaltung der Therapie (wie etwa durch Automobilisation der HWS, eigenständige rasche Reduzierung der Tragedauer der Zervikalstütze, robrierende und sportliche Tätigkeiten oder Entspannungstechniken) ermuntert werden. Eine rasche Erledigung forensischer Angelegenheiten sollte zur Vermeidung möglicher Schmerzchronifizierung angestrebt werden. Bezüglich der Problematik der Begutachtung posttraumatischer Kopfschmerzen wird auf Referenz<sup>10)</sup> verwiesen.

Bei der nicht-medikamentösen Therapie des PK nach HWS-BV oder nach SHT sollte auf folgende Punkte geachtet werden:

a) Zervikalstütze zur Vermeidung inaktivitätsbedingter Hypotrophie der Nacken-Hals-Muskulatur so kurz wie möglich und nur so lange wie nötig verordnen (meist nicht länger als einige Tage);

b) Arbeitsunfähigkeit so kurz wie möglich, Verlängerungen über jeweils kurze Zeitspannen von ca. fünf Tagen und nur bei somatischer Begründbarkeit;

c) möglichst frühzeitiger Beginn mit HWS-Mobilisation und kräftigungsgymnastischer Behandlung;

d) keine manuellen Traktionen der HWS mit strenger Indikation manual-medizinischer Therapieoptionen (cave: Vertebrales Dissekret). Nicht sinnvoll sind Massagen der akut gezeirten Muskulatur, Reflexzonenmassagen,

Akupunktur, Akupressur sowie Frischzellen- oder Ozontherapie. Bei PK nach leichtgradigem SHT genügt lediglich klinische Beobachtung über 24 Stunden. Bei der früher üblichen längeren Bettruhe ist die Gefahr der Chronifizierung des posttraumatischen Syndroms mit posttraumatischem Kopfschmerz gegeben <sup>6,9)</sup>.

Die präventive Reduktion der Chronifizierungsrate der posttraumatischen Beschwerden ist eine besondere ärztliche Aufgabe in der Behandlung der Patienten mit akuter HWS-Beschleunigungsverletzung. Hierbei sollten die „Do's“ der Therapie (Tabelle 6) beachtet werden.

**Literatur**

1. Diener, H.C., Wilkinson, M. (Hrsg.): Drug-induced headache. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio 1988.  
 2. Grifka, J., Hedtmann, A., Pape, H.G., Witte, H., Tyws, J.: Diagnostik und Therapie bei Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule. Dtsch. Ärztebl. 95 (1998) 152-155.

**Posttraumatischer Kopfschmerz  
Nicht-medikamentöse Therapie**

- Physikalische Therapie  
– Wärme-/Kälteapplikation
- Krankengymnastische Behandlung  
– Lockerung der paravertebralen HWS-Muskulatur  
– Haltungsaufbau
- Muskel-zentrierte Relaxationstechnik nach Jacobson
- EMG-Biofeedbacktraining
- Stressbewältigungstraining
- Roborierende Maßnahmen mit vegetativer Stabilisierung
- Schmerzpsychologische (kognitiv-behaviorale) Behandlungskonzepte
- Rasche Klärung forensischer Angelegenheiten

3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988) Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8 (Suppl 7): 1-96.  
 4. Keidel, M., Pearce, J.M.S.: Whiplash injury. In: Brandt, Th., Caplan, L.R., Dichgans, J., Diener, H.C., Kennard, Ch. (eds); Neurological disorders: course and treatment; pp. 65-76. Academic Press, San Diego 1996.

**Tabelle 5:  
Nicht-medikamentöse Therapie  
posttraumatischer  
Kopfschmerzen  
vom Spannungstyp  
(nach <sup>6)</sup>)**

5. Keidel, M., Poremba, M.: Schädel-Hirn-Trauma. In: Brandt, Th., Dichgans, J., Diener, H.C. (Hrsg.); Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen; 5. 535-552. Kohlhammer, Stuttgart (1998).  
 6. Keidel, M., Neu, I.S., Langohr, H.D., Göbel, H.: Therapie des posttraumatischen Kopfschmerzes nach Schädel-Hirn-Trauma und HWS-Distorsion. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzes. Schmerz 12 (1998) 350-367.  
 7. Keidel, M., Diener, H.C.: Diagnostik und Therapie posttraumatischer Kopfschmerzen. MMW – Fortschr. Med. 22 (1999) 45/289 - 47/291.  
 8. Keidel, M.: Chronisches posttraumatisches Syndrom nach HWS-Beschleunigungsverletzung: Organizität versus Psychogenie. In: Wallesch, C.W., Diener, H.C., Felgenhauer, K., Wiegand, F. (Hrsg.); Neurologie '99, Sonderband Aktuelle Neurologie; 12/1 - 12/9. Thieme, Stuttgart, New York 1999.  
 9. Keidel, M., Ramadan, N.: Acute post-traumatic headache. In: Olesen, J., Welch, K. M. A., Tfelt-Hansen, P. (eds); The Headaches (2nd edition); pp. 765-770. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 2000.  
 10. Keidel, M.: HWS-Beschleunigungs-trauma. In: Rauschelbach, Jochheim, Widder (Hrsg.) Das neurologische Gutachten (4. Aufl); im Druck. Thieme, Stuttgart, New York 2000.  
 11. Kügelgen, B.: Ärztlich-therapeutische Begleitung und Basistherapie beim HWS-Schleudertrauma. In: Castro, W.H.M., Kügelgen, B., Ludolph, E., Schröter, F. (Hrsg); Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule. Beschleunigungseinwirkung – Diagnostik – Begutachtung; S. 55-62. Enke, Stuttgart 1998.

12. Pöhlmann, W., Keidel, M., Pfaffenrath, V.: Headache and the cervical spine: a critical review. Cephalalgia 17 (1997) 801-816.  
 13. Puhlmann, H.-U.: Neurologische Sicherung des primären Schadensbildes. In: Castro, W.H.M., Kügelgen, B., Ludolph, E., Schröter, F. (Hrsg); Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule. Beschleunigungseinwirkung – Diagnostik – Begutachtung; S. 36-43. Enke, Stuttgart 1998.  
 14. Ramadan, N., Keidel, M.: Chronic posttraumatic headache. In: Olesen, J., Welch, K.M.A., Tfelt-Hansen, P. (eds); The Headaches (2nd edition); pp. 771-780. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 2000.  
 15. Welter, E.L., Berwanger, C.: Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule. Beitrag der Neurologie zu Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Orthopäde 27 (1998) 834-840.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias Keidel, Neurologische Klinik der Universität Essen, Universitätsklinikum, Hufelandstraße 55, 45122 Essen, E-Mail: keidel@uni-essen.de Fax 02 01/7 23-59 19

**Tabelle 6:  
„Do's“ der Therapie  
des posttraumatischen  
Kopfschmerzes, die zur  
Vermeidung pro-  
longierter Verläufe  
der Beschwerde-  
rückbildung beach-  
tet werden sollten.**

## HWS- Beschleunigungsverletzung

### Do's der Therapie

- Aufgeschlossene Annahme
- Aufklärung gute Prognose
- Kontrollierte Führung
- Keine/kurze Immobilisation
- Keine/kurze AU-Schreibung
- Analgetika < 4 Wochen  
Med. induz. Dauerkopfschmerz!
- Aktive Patientenbeteiligung an Therapie
- Rasche Klärung  
Forensik  
Psychosoziale Probleme
- Rascher Beginn  
Physikalische Therapie  
Physiotherapie  
Roborierung
- Interdisziplinäre, multimodale Therapie

# Akupunktur in der Kopfschmerztherapie

Dr. med. Thomas K. Weinschütz

## Zusammenfassung

Die Langzeitbehandlung chronischer Schmerzen und insbesondere der Kopfschmerzen ist häufig schwierig. Als eine Alternative zur Medikamentenbehandlung wird die Akupunktur von immer mehr Patienten als Therapiemethode nachgefragt und von Ärzten eingesetzt. Auch bei der Anwendung der Akupunktur ist die genaue Schmerzanalyse unabdingbare Voraussetzung vor ihrem Einsatz. Die Akupunktur ist im Prinzip nebenwirkungsarm setzt aber selbstverständlich genaue anatomische Kenntnisse und eine entsprechende Ausbildung voraus.

Die Akupunktur stellt noch keine wissenschaftlich anerkannte Methode der Schmerztherapie dar. Bei der wissenschaftlichen Betrachtung gelten die wichtigsten Fragen dem reproduzierbaren klinischen Erfolg und einer möglichen Erklärung der Wirkungsweise der Akupunktur. Zur Zeit werden durch medizinische Fachgesellschaften für Akupunktur Richtlinien für die Ausbildung der Anbieter (Qualitätssicherung) ausgearbeitet. Dabei entsteht der Eindruck, dass neben der Qualifikation der Therapeuten (zum Patientenschutz) auch Eigeninteressen der Ausbildungsgesellschaften eine wichtige Rolle spielen.

Die Akupunktur stellt grundsätzlich betrachtet ein Therapieverfahren dar, welches auf der Reizung von Punkten der Körperoberfläche zur Erzielung von therapeutischen Effekten beruht. Die Akupunktur ist ein Teil aus dem Medizinsystem der traditionellen chinesischen Medi-



Dr. med. Thomas K. Weinschütz

zin (TCM) und stellt durch ihre Art der Anwendung eine zwenungsorientierte Therapie dar. Das macht die Erfassung sogenannter therapiebegleitender Effekte (Plazebo-Effekt) schwierig. Anders als in der Forschung zur Wirksamkeit von Medikamenten stellt die Realisierung von adäquaten Plazebokontrollbedingungen in der Akupunkturbehandlung ein Problem dar. In der Abhandlung wird über eine Metaanalyse klinisch-experimenteller Studien zur Akupunktur berichtet.

Insgesamt sprechen die bisher vorliegenden Resultate für eine Wirksamkeit von Akupunkturbehandlungen auf die Migränesymptomatik, auch über einen Plazebo-Effekt hinaus.

Bei der Erklärung der Wirkungsweise werden neben segmentalen Effekten, deszendierend hemmenden Einflüssen auch die Beeinflussung zentraler Neurotransmittersysteme diskutiert.

**Tabelle 1:**  
Akupunktur-  
therapie bei  
Schmerz-  
syndromen

**Chronischer Kopfschmerz:**  
Migräne/Spannungskopfschmerz/  
Clusterkopfschmerz/Medikamentenentzug

**Chronischer Gesichtsschmerz:**  
Myofaszielles Syndrom/Trigeminusneuralgie

**Neurogene Schmerzsyndrome:**  
Stumpf- und Phantomschmerz/Polyneuropathie/  
Postherpetische Neuralgie/Interkostalneuralgie/  
Ischialgien

**Schmerzsyndrome der Wirbelsäule:**  
Zervikalsyndrom (HWS)/Thorakalsyndrom (BWS)/  
Lumbalsyndrom (LWS)/Postnukleotomie-Syndrom

**Schmerzsyndrome bei Erkrankung von Gelenken:**  
Schulter-Gelenk/Ellenbogen-Gelenk/Hand-Gelenk/  
Hüft-Gelenk/Knie-Gelenk/Sprung-Gelenk

**Schlüsselwörter:**  
Akupunktur, Kopf-  
schmerztherapie,  
Forschung, Kon-  
zepte, Integration

**Akupunktur im medizini-  
schen Versorgungssystem in  
Deutschland?**

Die Akupunktur stellt grundsätzlich betrachtet ein Therapieverfahren dar, welches auf der Reizung von Punkten der Körperoberfläche zur Erzielung von therapeutischen Effekten beruht. Dabei stellt die Akupunktur nur ein Behandlungsverfahren – neben der Kräutermedizin (Phytotherapie), Atemtherapie (Qi-Gong) und Bewegungstherapie (Tai-chi) – in dem System der TCM dar. Die TCM hat, beeinflusst durch das Gedankengut des Taoismus und Konfuzianismus über mehr als 3000 Jahre hinweg ein von der abendländischen Medizin unterschiedliches Medizinsystem mit eigener Pathophysiologie, Nosologie und Diagnostik entwickelt. Dabei wird von Ärzten, die Akupunktur in Deutschland anwenden, in sehr unterschiedlichem Ausmaß auf das Gedankengut der TCM im Rahmen der Therapie zurückgegriffen.

Die Langzeitbehandlung chronischer Kopfschmerzen ist häufig schwierig. Als eine Alternative zur Medikamentenbehandlung wird die Akupunktur von immer mehr Patienten als Therapiemethode nachgefragt und von Ärzten in stark wachsendem Umfang eingesetzt. (Zur Indikation bei Schmerzkrankungen vergleiche Tabelle 1). Dabei zeigten die Leistungsanbieter starke Qualitätsunterschiede. Zwei Landesärztekammern (Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe) haben deshalb ein Zertifikat über 140 Stunden zur Akupunktur-(Mindest)Qualifikation eingeführt. In den Gremien der Bundesärztekammer wird zur Zeit beraten ob die Akupunktur im ärztlichen Weiterbildungsrecht verankert werden soll. Dabei bilden das Wissenschaftlich-

keitsprinzip und die Qualität der Patientenversorgung die zentralen Entscheidungskriterien.

*Ungeachtet dieser Kriterien entsteht zur Zeit der Eindruck, dass die medizinischen Fachgesellschaften für Akupunktur versuchen, die Richtlinien und den Umfang der Akupunktur-Ausbildung mit Hinweis auf die Relevanz der TCM (von 140 Stunden auf 350 Stunden = 250 %) zu erhöhen. Das Pikante an der Situation ist die Tatsache, dass für diese Argumentation keine klinischen Studien vorliegen bzw. diese noch nicht abgeschlossen sind. Es wird auch argumentiert, die TCM lasse sich nur schwer durch eine wissenschaftliche Betrachtung erfassen.*

#### **Akupunktur in der Migränetherapie**

Auch bei der Anwendung der Akupunktur in der Migränetherapie ist die genaue Schmerzanalyse unabdingbare Voraussetzung vor ihrem Einsatz.

Die Akupunktur stellt noch keine wissenschaftlich anerkannte Methode der Migränetherapie dar, daher muss sich ein Therapieverfahren, wenn es eine Aufnahme in unser Medizinsystem beansprucht, auch mit den wissenschaftlich fundierten Methoden dieses Medizinsystems beurteilen lassen können. Die wichtigsten Fragen gelten dabei dem reproduzierbaren klinischen Erfolg und einer möglichen Erklärung der Wirkungsweise.

Die Behandlung der Migräne basiert auf den Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Hierbei wird zwischen einer Anfallsbehandlung und einer Intervallbehandlung unterschieden. Eine Intervallbehandlung ist angezeigt, wenn mehr als zwei bis drei Anfälle pro Monat auftreten, die einzelne Migräneattacke länger als 48 Stunden anhält, mit neurologischen Defiziten einhergeht oder vom Patienten als subjektiv besonders schwer empfunden wird. Im Langzeitverlauf kommt es bei den chronischen Migränepati-

enten zum Teil zu beträchtlichen Einbußen an Lebensqualität. Häufig kommt es als besondere Komplikation zur Ausbildung von medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen und Organfolgeschäden.

Die Erfolgsrate und die Wirkungsweise der Akupunktur in der Intervalltherapie der Migräne sind bislang unklar und umstritten. Aus tierexperimentellen Untersuchungen zur analgetischen Wirkung der Akupunktur und der Anwendung der Akupunktur zu Narkosezwecken wissen wir, dass durch Stimulationsakupunktur sowohl eine Hemmung nozizeptiver Impulse auf spinaler Ebene, als auch eine Aktivierung deszendierend hemmender supraspinaler Strukturen stattfindet. Weiterhin wird eine naloxonreversible Erhöhung von Endorphinen und Enkephalinen in ZNS und Rückenmark nach Stimulationsakupunktur beschrieben.

Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf eine anhaltende Wirkung im Sinne einer Intervallprophylaxe sind jedoch nur bedingt möglich. Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, dass manche Patienten zum Beispiel nach einer achtmaligen Akupunkturbehandlung zum Teil noch zehn Monate nach Therapieende über deutlich weniger Migräneanfälle klagen.

### **Experimentelle Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit von Akupunktur**

Es existiert mittlerweile eine umfassende Literatur zur Methodik der Durchführung klinischer Studien am Menschen zur Beurteilung von Therapieverfahren (GCP, Good-Clinical-Practice). Diese wurden schwerpunktmäßig für die Beurteilung der Wirkung und Nebenwirkung bei der Einführung neuer Pharmaka gewonnen und sehen die Plazebokontrolle und die Erfassung der Versuchsleiter- und Thera-

peuteneffekte (Doppelblindstudie) als besonders wichtig an.

Innerhalb der Forschungsarbeiten zur Beurteilung der Effektivität von Medikamenten zur Reduktion der Kopfschmerzsymptomatik hat sich eine Versuchsdurchführung unter Doppel-Blind-Bedingungen allgemein zur Kontrolle von Erwartungseffekten seitens der Forscher wie auch der Patienten durchgesetzt. Obwohl Gerber et al. (1987) kritisch hinterfragen, ob in klinisch-pharmakologischen Studien dieser Doppel-Blind-Charakter überhaupt eingehalten werden kann, schlagen sie doch eine Möglichkeit vor, die Einflüsse einer Hypothesenbildung seitens der Prüfer und Patienten zu minimieren.

Anders als in der Forschung zur Wirksamkeit von Medikamenten stellt die Realisierung von adäquaten Plazebokontrollbedingungen in der Akupunkturbehandlung ein großes Problem dar. Während es – in Relation – einfach erscheint, einem Patienten ein Plazebomedikament zu verabreichen, ohne dass er den Unterschied zum richtigen Medikament bemerkt, dürften Praktiken wie das Reiben der Nadeln an den Hautstellen der Akupunkturpunkte oder das Aufkleben von Nadeln auf die Haut, wie sie von Vincent & Richardson (1986) referiert werden, heute kaum noch Glaubwürdigkeit als echte Behandlung für Patienten besitzen, da mittlerweile in der Öffentlichkeit durch den Einfluss der Medien gewisse Vorstellungen über Akupunkturbehandlung existieren.

Vermutlich auch aus diesem Grund gibt es immer mehr Studien, die zur Kontrolle von Plazeboeffekten Akupunkturadeln in Punkte einstechen, denen im Rahmen der Theorie der TCM keine Bedeutung beigemessen wird, deren Stimulation jedoch dem Patienten auch keinen Schaden zufügen kann. Zusätzlich wird in diesen Kontrollbedingungen häufig auf die Auslösung des Nadelungsgefühls (De-Quì) verzichtet (zum Beispiel Vincent

**Als eine Alternative zur Medikamentenbehandlung wird die Akupunktur von immer mehr Patienten als Therapiemethode nachgefragt und von Ärzten in stark wachsendem Umfang eingesetzt.**

**Auch bei der Anwendung der Akupunktur in der Migränetherapie ist die genaue Schmerzanalyse unabdingbare Voraussetzung vor ihrem Einsatz.**

**Insgesamt sprechen die bisher vorliegenden Resultate für eine Wirksamkeit von Akupunkturbehandlungen auf die Migränesymptomatik, auch über einen Plazeboeffekt hinaus.**

1989, Weinschütz et al. 1991 und Streitberger et al. 1998).

Ein Problem bei dieser Art von Plazebokontrolle ist, dass es Hinweise darauf gibt, dass diese undifferenzierte periphere Stimulation durch Nadelung selbst einen therapeutischen Effekt produziert (zum Beispiel Lewith & Machin 1983). Wenn dem so ist, führt dies zu größeren Schwierigkeiten, die spezifische Wirksamkeit echter Akupunkturbehandlung nachzuweisen. Bei Methoden der statistischen Datenauswertung wären dann sehr hohe Fallzahlen erforderlich, damit eine echte Akupunkturbehandlung sich als überlegen erweisen könnte (Lewith & Machin 1983). Wichtig zur Abschätzung der Größe des Effekts der undifferenzierten peripheren Stimulation wäre ein direkter Vergleich zum Beispiel eines medikamentösen und eines Nadelungsplazebos.

Letztendlich gibt es zur Lösung dieses Problems keinen Kardinalweg – auch die neueste Literaturanalyse von Resch & Ernst (1995) mit Schwerpunkt auf methodischen Problemen liefert keine weiterführenden Vorschläge. Möglicherweise werden in Zukunft über eine Anzahl gut kontrollierter und methodisch vergleichbarer Studien Aufschlüsse über die Effektivität der Stimulation falscher versus echter Akupunkturpunkte gewonnen werden können. Ad minimum scheint es von Bedeutung, die Studien nur mit solchen Patienten durchzuführen, die bis

zum Beginn der Untersuchung noch keine eigenen Erfahrungen mit Akupunkturbehandlungen aufweisen oder aber die Glaubwürdigkeit einer Plazebostimulation als echte Akupunkturbehandlung zu überprüfen.

**Metaanalytische Beurteilung von 13 durchgeführten Studien zur Akupunktur der Migräne**  
Nach ausführlicher Würdigung der Ergebnisse von insgesamt 13 Studien – publiziert von 1985 bis 1995 – die sich mit der Wirkung von Akupunktur auf die Migränesymptomatik befassen, können folgende Angaben als gesicherte erste Eindrücke (zitiert nach Sawatzki 1996), der Effektivität einer Serie von Akupunkturbehandlungen gelten:

- In der Reduktion der Migränefrequenz hat sich eine Serie von Akupunkturbehandlungen bei 44 bis 65 % der behandelten Patienten als wirksam erwiesen. Diese Reduktion bewegt sich mutmaßlich in der Größenordnung von mindestens 30 % gegenüber den Ausgangswerten.

- Eine Reduktion der Intensität der Migränekopfschmerzen in ähnlicher Größenordnung konnte in den betrachteten Studien bei mindestens 20 und höchstens 60 % der behandelten Patienten beobachtet werden.

- Eine signifikante Reduktion der zur Anfallskupierung eingenommenen Medikamente wurde zum Ende einer Behand-

lungsserie bei 40 bis 50 % der Migränapatienten festgestellt. Drei Monate nach dem Ende der letzten Behandlung kann sich der prozentuale Anteil an erfolgreichen Patienten auf 60 bis 65 % erhöhen.

- Bezüglich der zeitlichen Stabilität erzielter Behandlungserfolge können ein halbes Jahr nach Beendigung einer Serie von Nadelakupunkturbehandlungen bei 45 % einer Stichprobe von Migränapatienten noch signifikante Verbesserungen gegenüber der Baseline in der Frequenz der Migräneattacken, der Intensität der Migränekopfschmerzen oder der Reduktion ihres Analgetikakonsums nachgewiesen werden.

- Bezüglich einer Langzeitstabilität zeigen sich auch ein Jahr und zwei Jahre nach einer Behandlungsserie noch Erfolge – zum Teil bei über 50 % der Personen einer Stichprobe.

- Serien von Nadelakupunkturbehandlungen haben sich bei Migräne- bzw. Kombinationskopfschmerzpatienten als ähnlich effektiv in der Reduktion der Symptomatik erwiesen wie ein verhaltensmedizinisches, migränespezifisches Behandlungsprogramm oder eine Behandlung mit Metoprolol nebst Plazebokupunkturstimulation.

- In drei von vier Studien erwies sich eine Akupunkturbehandlung der Behandlung mit Plazebostimulation signifikant überlegen – zumindest im Vergleich von Baseline- und Therapiephar-

**Tabelle 2:**  
**Migränestudien**  
**der Kieler**  
**Arbeitsgruppe**  
**Akupunktur**

(1988 bis 1995 Klinik für Neurologie/Institut für Medizinische Psychologie)

Studie	Anzahl (n)	Diagnose	Technik	Design	Art der Kontrollgruppe	Klinische Zielvariable	Weitere Evaluations-Ebene
I.	(n=40)	Migräne	Nadel	Einfachblind-Plazebo-Kontrolle	Invasives Plazebo	Migränetag Migränedauer Kopfschmerztage	Fremdraiting: Partner Hausarzt
II.	(n=41)	Migräne	Nadel	Einfachblind-Plazebo-Kontrolle	Invasives Plazebo	Migränetag Migränedauer Kopfschmerztage	Neuronal (CNV) Vaskulär (TCD) Befinden (Test)
III.	(n=52)	Migräne	Laser	Doppelblind-Plazebo-Kontrolle	Nicht-Invasives Plazebo	Migränetag Migränedauer Kopfschmerztage	Neuronal (CNV) Humoral Peripher-autonom

se. Zwei dieser drei Studien sind nicht bzw. nur geringfügig mit methodischen Unzulänglichkeiten belastet.

#### Beurteilung

Insgesamt können die Ergebnisse der 13 vorliegenden Studien als ermutigend für die Befürworter der Akupunktur gewertet werden, müssten jedoch durch die Ergebnisse weiterer Studien erhärtet werden. Allerdings sind relativ geringe Anstrengungen zur Kontrolle von Versuchsleitereffekten zu konstatieren, hier sollte eine Trennung von Therapie und Therapiebewertung durchgeführt werden.

#### Eigene Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe Akupunktur CAU Kiel

Durch die Arbeitsgruppe Akupunktur wurden von 1988 bis 1998 mehrere Studien zur Akupunktur durchgeführt (Details vergleiche Tabelle 2). Ergänzend zu obigen Überlegungen wurden aus unserer Sicht weitere methodische Anstrengungen unternommen (siehe auch Tabelle 3):

- **Einheitliche Kopfschmerzdiagnostik:** Einstufung des Kopfschmerzsyndroms nach den Kriterien der IHS (International Headache Society).

- **Datenerhebung/Datenanalyse:** Systematische, mehrdimensionale Verlaufsaufzeichnung mit Schmerztagebüchern. Auswertung von Verlaufsdaten mittels gruppenbezogener Inferenzstatistik und einzelfallbezogene Zeitreihenanalyse. Die Zeitreihenanalyse erlaubt eine Unterscheidung in Responder und Non-Responder der Akupunkturtherapie, die wiederum in ihren Häufigkeiten pro Behandlungsgruppe dargestellt werden können. Diese können dann zwischen verschiedenen Treatment-Gruppen durch einfache Chi-Quadrat-Tests verglichen werden.

- **Festgelegte Punkteauswahl und Anzahl der Behandlungen:** Hierbei wurden in allen Studien das gleiche Vorgehen bei der Diagnostik der Kopfschmer-

zen und der Auswahl der Akupunkturpunkte durchgeführt.

- **Subjektive Therapieeinschätzung der Akupunktur durch Patienten:** Zur Vermeidung induzierter systemischer Effekte durch den Akupunkteur wurde anhand einer zusätzlichen Befragung (Petersenn, Med.Diss) eine subjektive Einschätzung der Therapie durch die Patienten durchgeführt. Dabei zeigte keiner der untersuchten Parametergruppen wie zum Beispiel Individualität der Therapie, ärztliche Betreuung während der Therapie oder Konsequenz der Therapiedurchführung einen Unterschied zwischen Verum und Kontrolle. Die Behandlung wurde von beiden Gruppen als gleichwertig erlebt.

- **Andere Evaluationsebene/Quasi-Doppelblind-Design:** Studiendesign stellt eine Vergleichstudie zwischen einer Körperakupunktur an klassischen Akupunkturpunkten und einer Nadelreizung an Nicht-Akupunkturpunkten durch. Dabei wurden als weitere Evaluationsebenen neuronale (CNV) und neurovaskuläre (TCD) Parameter erhoben. Durch die perso-

**Tabelle 3:**  
**Konzept und Methodik der Kieler Arbeitsgruppe Akupunktur**

- **Klare Kopfschmerzdiagnose nach IHS** (Neurologische Ausschlussdiagnostik bei Bedarf)
- **Klare Definition des Studiendesign** (Verum/Plazebogruppe und Einfach/Doppelblind)
- **Verzicht auf Diagnostik nach Syndromen der TCM** (Diagnostik nach Meridian und Modalitäten)
- **Systematik der Reizparameter** (max. zehn Nadeln/gleiche Nadelanzahl der Plazebogruppe/Begrenzung auf acht Sitzungen im Wochenabstand/max. 40 häufig benutzte Punkte)
- **Validierung durch andere Evaluationsebenen (apparative Messung)**
  1. CNV (Neurophysiologische Parameter)
  2. Doppler (Neurovaskuläre Parameter)
  3. Serum-Katecholamine (Neurohumorale Parameter)
- **Trennung von Therapie und Evaluation** (Reduktion des Versuchsleitereffektes)
- **Methodisch gleiche Datenanalyse** (Kopfschmerz-Tagebuch, Fremdbeurteilungsskalen)

nelle Trennung von Therapie (Akupunktur) und Therapieevaluation (Tagebuch, CNV, TCD) wurde eine „quasi Doppelblind“ Situation erreicht.

#### Beurteilung

Bei den von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Studien fanden sich klinische Ergebnisse in einer Größenordnung von 65 bis 75 % als Erfolge. Diese sind durchaus im Bereich der Erfolgsraten anderer medikamentöser Therapien. Weiterhin ist die Verum-Akupunktur (65 bis 76 % Erfolg) einer Plazebo- oder Kontroll-Akupunktur (38 bis 40 % Erfolg) in zwei von drei Studien überlegen (siehe dazu auch Tabelle 4). Weiterhin finden sich nur in der Verum-Gruppe eine Beeinflussung neurovaskulärer Parameter.

#### Ausblick

In der nahen Zukunft sind folgende Bereiche von großer Bedeutung:

**Wissenschaftlichkeitsprinzip:** Es sollte auch weiterhin die Wirkung der Akupunktur als Neuro-Regulative Therapie bei chronisch-funktionellen Erkrankungen – die in unserer Gesellschaft stark zunehmen – bearbeitet werden. Zukünftig sollte noch ein Direktvergleich einer Akupunktur und einer medikamentösen Therapie angestrebt werden. Weiterhin sollte in diesem Zusammenhang die methodische Forschung der Äquivalenzprüfung gegenüber der bisher in Medikamentenstudien üblichen konfirmatorischen Prüfung ausgebaut werden.

#### Qualität in der Akupunktur-Anwendung:

Die Akupunktur ist ein Heilsystem, welches auf der Basis der chinesischen Kultur sich entwickelte und einen Stellenwert in unserem westlichen Medizinsystem beansprucht, also: Welche Erkrankungen sollen mit Akupunktur behandelt werden? Ist in der Praxis die maximal mögliche Effektivität einer Akupunkturbehandlung auch ohne Berücksichtigung der Nosologie



Autor	Therapie-Intervention	Zielvariable	Responder-prozentraten
Gerber (1987)	- Medikamente - Metoprolol Propranolol Cyclandelat Flunarizin DHE Plazebo	Anfallshäufigkeit	64 %
			43 %
			55 %
			42 %
			33 %
			30 %
	- Akupunktur -		Verum/Kontrolle
Vincent (1986)	Nadelakupunktur	„Score“ aus Anfallshäufigkeit und Schmerzintensität	65/43 %
Weinschütz et al. (1995)	Nadelakupunktur (Studie 1)	Anfallshäufigkeit	65/40 %
Weinschütz et al. (1996)	Nadelakupunktur (Studie 2)	Anfallshäufigkeit	75/38 %
Weinschütz (1997)	Laserakupunktur (Studie 3)	Anfallshäufigkeit	39/15 %

der traditionellen chinesischen Medizin gewährleistet oder sind die Annahmen der traditionellen chinesischen Medizin für die Therapie unverzichtbar?

#### Qualität in der Akupunktur-Ausbildung:

Welche Ausbildung benötigt der Arzt, der diese Erkrankungen behandelt? Wie ist eine solche Ausbildung zu strukturieren? Wie gestaltet man die Akupunktur lehr- und lernbar? Welches sind adäquate Qualitätskriterien für die Lehre? Wie ist das Verhältnis von Theorie und Praxis zu gestalten? Wie ist die Kursgröße zu definieren? Welche Ausbildungszeit ist dem Verfahren der Akupunktur und der Ausübung als Reiztherapie mit ihren theoretischen Implikationen angemessen?

#### Kriterien für qualitativ hochwertige Akupunkturausbildung:

Für eine qualitativ hoch stehende Ausbildung sollten folgende Kriterien erfüllt sein:

- Klar strukturiertes Curriculum/ Ausgabe von Begleitskripten
- Maximal 40 Teilnehmer pro Dozent bei den Theorieanteilen

#### Tabelle 4: Studien zur Migräneprophylaxe: Erfolgsraten für Therapieinterventionen im Intervall nach drei Monaten

- Maximal 20 Teilnehmer pro Dozent/Tutor bei den praktischen Übungen
- Maximal zehn Teilnehmer bei der klinisch-praktischen Ausbildung
- Zertifikat/Prüfung bei einer Ärztekammer

Es wäre sehr schade, wenn ein Verfahren, das sich anschießt in unserem Medizinsystem zunehmend akzeptiert zu werden durch Lobbyismus seinen Kredit zu verspielen.

#### Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen gehört daher zwingend in die Hände der ärztlichen, demokratisch gewählten Selbstverwaltung.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Thomas K. Weinschütz,  
Institut für Auto-regulativmedizin,  
Ohlandbogen 18,  
24161 Altenholz/  
Kiel,  
E-Mail: weinschuetz@t-online.de  
Fax 04 31/32 16-25

#### Literatur:

Gerber W.D., Soyka D, Niederberger U., Haag G. (1987) Probleme und Ansätze zur Anlage und Bewertung von Therapiestudien bei Kopfschmerzpatienten. Der Schmerz 1: 81-91.

Niederberger, U.; Weinschütz, T. und Gerber W.D. (1997) Methoden der klinischen Kopfschmerzforschung zur Evaluation der Akupunktur: Migräne-Kopfschmerz-Tagebücher. AKU 25:190-197.

Resch K.L. & Ernst E. (1995) Wirksamkeitsnachweise komplementärer Therapien – Literaturanalyse am Beispiel der Akupunktur. Fortschritte der Medizin, 113:49-53.

Sawatzki I. (1996) Prädiktoren des Therapieerfolges für Migränepatienten in Akupunkturbehandlung. Dipl. Arbeit Psychologisches Institut der CAU Kiel.

Streltberger K., Kleinhenz J. (1998) Introducing a placebo needle into acupuncture research. The Lancet 352:364-365.

Vincent C.A., Richardson P.H. (1986) The evaluation of therapeutic acupuncture: Concepts and methods. Pain 24: 1-13.

Weinschütz T. (1990) Akupunktur bei Kopfschmerzen – chinesische und westeuropäische Sicht. Akupunktur-Theorie und Praxis, 18:18-24.

Weinschütz T., Niederberger U. (1991) Therapieverlaufskontrolle durch Migränetagebücher: Validierung durch Selbst- und Fremdbeurteilung. Der Schmerz 5:190.

Weinschütz T. (1992) Acupuncture in western societies: Is there any relevance using the ancient concept of seven emotional factors of traditional Chinese medicine? Ppmp-Diskjournal Vol. 3 Nr. 4, p. 445.

Weinschütz T. (1994) Schmerztherapeutische Basis und Konzepte in der Akupunktur. In: Beck R., Heydenreich A., Pothmann R., Ots T., Weinschütz T. (Hrsg) Akupunktur in der Neurologie. Hippokrates, Stuttgart, S 59.

Weinschütz T., Niederberger U. (1995) Zum Stellenwert der Akupunktur in der Migränetherapie. Methodische Grundlagen und Ergebnisse zweier kontrollierter, prospektiver klinischer Studien. Nervenheilk. 14: 295-301.

Weinschütz T., Johnsen S., Niederberger U., Kropp P., Wallasch T.M., Gerber W.D. (1996) Modulation der Contingenten Negativen Variation (CNV) bei Migränepatienten durch Akupunktur? Akt. Neurologie 23: 12.

Weinschütz, T. (1996) Akupunktur bei Kopfschmerzen. Methodische Grundlagen und Ergebnisse klinischer Untersuchungen. Der Schmerz 10: 149-155.

Weinschütz, T. (1997) Akupunktur und wissenschaftliche Forschung: Fragen, Konzepte, Methoden. AKU 25:181-189.

Weinschütz, T. (1998) Akupunktur in der (Kopf-)Schmerztherapie: Placebo oder mehr? Nervenheilk. 17: 168-172.

Weinschütz, T. (1998) Qualitätssicherung in der Akupunktur am Beispiel der Schmerztherapie. Erfahrungsheilkunde 10:149-155.

Weinschütz, T. (1999) Akupunktur zwischen Qualitätssicherung und Kommerz. Oder welche Ausbildung braucht der Akupunkturarzt der Zukunft? AKU 27:5-8.

# Bayerische Ärzte beurteilen den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ \*)

Dr. Marie Kopecky-Wenzel, Rainer M. Schäfer, AiP,  
Privatdozent Dr. Reiner Frank

Der „Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern – Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ wurde im Mai 1998 im Rahmen einer Festveranstaltung in München vorgestellt. Die ursprüngliche Version des Leitfadens war in Hamburg entwickelt worden. In verschiedenen Bundesländern gibt es inzwischen Nachfolgeversionen. Leitlinien zu den Themen „Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch“ wurden im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erarbeitet (Frank 1999, Fegert et al. 1999).

Die bayerische Version des Leitfadens wurde durch Vertreter des Sozialministeriums, des Berufsverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde- und Jugendmedizin, Landesverband Bayern, des Gesundheitsamts der Stadt München, durch Mitarbeiter von Beratungsstellen und vom Jugendamt, durch Kinder- und Jugendpsychiater und Juristen auf die regionalen Gegebenheiten hin bearbeitet.

Er enthält eine Darstellung von Definitionen und Häufigkeitsangaben von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch von Kindern, beschreibt körperliche Symptome, die bei Gewaltanwendung entstehen können, und schließt differentialdiagnostische Überlegungen ein. Der Teil „Grundlagen für das Fallmanagement in der Kinderarztpraxis“ wurde in

der bayerischen Version um die Beurteilung der psychischen Situation des Kindes (Verhaltensbeschreibung), der Interaktion zwischen Eltern und Kind (Beziehungsproblematik) und der möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren in einer Familie ergänzt. Die Herausgeber waren der Meinung, dass neben der körperlichen Symptomatik die Beurteilung des Entwicklungsstandes und der emotionalen Situation eines Kindes, der Beziehungen innerhalb der Familie und des familiären Umfeldes eine wichtige Rolle in Diagnostik, Therapie und Prävention von Gewalt gegen Kinder spielen.

Der Abschnitt „Umgang mit der Problematik in der Praxis“ hat zum Ziel, Hilfen für Familien in Konfliktsituationen anzubieten. In der Arbeit mit Familien mit Gewaltproblematik sind Kinderärzte auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe angewiesen. Im zweiten Teil werden deshalb die Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Praxis und anderen Stellen (Jugendamt, Beratungsstellen und andere) dargestellt. Der Adressenteil schließlich enthält einen Namen, Adressen und Telefonnummern von Personen und Institutionen, die eine Hilfestellung im konkreten Fall geben können.

Die beiden Facharztgruppen Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater erhielten im Sommer letzten Jahres in ganz Bayern ein Exemplar des Leitfadens durch die Bayerische Landesärztekammer kostenlos zugesandt.

\*) Aus dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Innenstadt der LMU München (Komm. Direktor: Professor Dr. Hans-Jürgen Möller)

Praxisempfehlungen, Leitlinien und Leitfäden bilden einen Baustein in einer Reihe qualitätssichernder Maßnahmen. Die Wahrscheinlichkeit einer Leitlinie, effektiv zu sein, hängt von mehreren Bedingungen ab (Gerlach et al., 1998). So umfasst die Verbreitungsstrategie Schritte wie Veröffentlichung in Fachzeitschriften (niedrige Effektivität), Anschreiben der Zielgruppe, Fortbildungsmaßnahmen, und ein spezifisches Training (hohe Effektivität). Die Umsetzungsstrategie reicht von allgemeiner Erinnerung (niedriger Effekt) über ein patientenspezifisches Feedback und patientenspezifische Erinnerung während der Behandlung (hohe Effektivität). Nach diesen Kriterien ist bei dem Leitfaden für Kinderarztpraxen mit einer niedrigen bis mittleren Effektivität zu rechnen.

Medizinische Leitlinien bedürfen einer Evaluation anhand von

Tabelle:  
Verbreitung und  
Umsetzung des  
Leitfadens

Angeschrieben	684
Geantwortet	487
Leitfaden erhalten	371
Leitfaden gelesen	297
Leitfaden beurteilt	290
Leitfaden benutzt	86
Kinder mit Gewaltproblematik in der Praxis gesehen	341

wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 1999). Die Herausgeber des Leitfadens waren sich einig, dass in eine geplante zweite Auflage des Leitfadens Erfahrungen aus der Praxis mit eingearbeitet werden sollten. Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität München wurde mit der Untersuchung beauftragt. Die **Fragestellung** lautete: wie nützlich ist der Leitfaden für Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in der Praxis?

Die Evaluation bestand aus zwei Projekten:

An alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater Bayerns wurde ein Fragebogen zur Beurteilung des Leitfadens geschickt (**Fragebogen-Aktion**). Parallel dazu wurde eine nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Gruppe von 5 % der Ärzte telefonisch durch die Erstautorin befragt (**Telefon-Interview**).

Insgesamt 684 Ärzte wurden in der ersten Hälfte des Jahres 1999 bis zu dreimal (Erinnerungseffekt!) angeschrieben und erhielten **einen strukturierten Fragebogen**, der ausgefüllt zurück gefaxt oder per Post geschickt wurde. Es handelte sich um 636 Kinderärzte, 43 Kinder- und Jugendpsychiater und fünf Kollegen mit Zulassung für beide Fachgebiete.

Von den angeschriebenen 684 Ärzten haben 487 Kollegen geantwortet, das heisst die Rücklaufquote für die Fragebogen-Aktion beträgt 71 %.

Die Telefon-Interviews fanden zwischen der ersten und der zweiten Welle der Fragebogen-Aktion statt. Alle 35 kontaktierten Ärzte (32 Kinder- und Jugendärzte und drei Kinder- und Jugendpsychiater) waren bereit an der Befragung teilzunehmen (Teilnahmequote für die Telefonbefragung 100 %).

**Der Leitfaden enthielt Fragen nach Häufigkeiten von Gewaltfällen, die in der Praxis gesehen werden (siehe Tabelle).**

## Ergebnisse

### 1. Verbreitung und Umsetzung des Leitfadens

Relativ viele Ärzte, nämlich 116 von 487 (siehe Tabelle) gaben an, den Leitfaden nicht erhalten zu haben. Die Lücken bei der Verschickung konnten inzwischen geschlossen werden.

Von den Ärzten, die den Leitfaden erhalten haben, gaben 80 % (297 von 371) an, ihn gelesen zu haben und 78 % (290 von 371) gaben eine Beurteilung des Leitfadens ab. Die Frage „Haben Sie den Leitfaden im aktuellen Fall benutzt?“ bejahten 23 % (86 von 371).

### 2. Situation in der Praxis

Der Leitfaden enthielt Fragen nach Häufigkeiten von Gewaltfällen, die in der Praxis gesehen werden (siehe Tabelle). 341 aller antwortenden Ärzte (70 %) gaben an, im Jahr 1998 mindestens ein Kind mit Symptomen von körperlicher Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Misshandlung oder sexuellem Missbrauch in ihrer Praxis gesehen zu haben. Die Angaben variierten stark zwischen ein bis zehn Kindern pro Jahr und Praxis mit Hinweisen auf körperliche Misshandlung bzw. sexuellen Missbrauch und 1 bis 200 Kindern pro Jahr und Praxis bei Hinweisen auf emotionale Misshandlung bzw. Verdacht auf körperliche Vernachlässigung. 13 % der Ärzte hatten keinen einzigen Fall gehabt, 17 % machten zu dieser Frage keine Angaben.

In Ergänzung zu den Fragebögen sollte im persönlichen Gespräch während des Telefon-Interviews Einblick in die **Praxissituation** gewonnen werden. Zu diesem Zweck wurde unter anderem gefragt nach

- Fällen, welche die Ärzte als „schwierig“ erleben
- Erfahrungen mit Misshandlungsproblematik

- Umgang mit der Gewaltthematik in der Praxis und

- Fortbildungsgepflogenheiten

#### 2.1 „Was ist für Sie ein ‚schwieriger‘ Fall?“

Besonders häufig wurde als Problem genannt, dass Eltern nicht genügend Einsicht in Auffälligkeiten ihrer Kinder und in die entsprechende Behandlung zeigten.

Belastend empfanden die befragten Ärzte den Umgang mit Familien in einer konfliktbeladenen Trennungs- oder Scheidungssituation, in der das Kind zwischen beiden Eltern steht.

In beiden Fällen handelt es sich um eine Beziehungsproblematik: im ersten Beispiel um ein Problem in der **Eltern-Arzt-Interaktion**, im zweiten Fall um eine spannungsreiche **Eltern-Kind-Interaktion**.

#### 2.2 Gewaltthematik

Mit Ausnahme eines Einzigen konnten alle 35 am Telefon befragten Ärzte sehr eindrucksvoll Fälle von Gewalt gegen Kinder in verschiedensten Ausprägungen schildern.

#### Beispiel:

*Ein Kinderarzt betreut seit langem einen achtjährigen Buben mit Asthma bronchiale und Neurodermitis. Der Krankheitsverlauf ist seit langem unbefriedigend. Der Trennung der Eltern sind schwere – auch tätliche – Auseinandersetzungen vorausgegangen. Durch die Alkoholkrankheit des Vaters besteht eine äußerst schwierige finanzielle Situation. Die Mutter lebt jetzt mit dem Sohn allein und leidet unter der Situation.*

Der **Leitfaden** enthält im Diagnostik-Teil eine Anleitung zur Erhebung des psychischen Befundes eines Kindes. Als weiteres diagnostisches Kriterium wird die Beobachtung der Interaktion zwischen Eltern (hier Mutter) und Kind beschrieben. Gleichzeitig listet der Leitfaden dieje-

nigen Belastungsfaktoren der Familie auf, bei denen gehäuft Misshandlung und Vernachlässigung auftritt. Die zusammenfassende Bewertung der erhobenen Befunde führt zu einer Einschätzung von Belastungen und Stärken der Familie und von fördernden und hemmenden Einflüssen auf die Entwicklung des Kindes. Daraus sollen sich die erforderlichen Hilfen (zum Beispiel Erziehungsberatung, Scheidungsberatung, Jugend- und Sozialhilfe) ergeben.

**Kommentar:**

*Die gestörte Beziehung der Eltern hat seit langer Zeit Auswirkungen auf das Kind, die Mutter kann dem Jungen auf Grund ihrer eigenen Situation keinen emotionalen Halt geben. Es bestehen viele psychosoziale Belastungen. Die Familie braucht Hilfe und Unterstützung auf verschiedenen Ebenen. Bei dem Beispiel handelt es sich um eine emotionale Misshandlung des Kindes.*

Im Praxisalltag klagen die Ärzte über hohe Patientenzahlen und wenig Zeit für Gespräche. Die meisten von ihnen fühlten sich in solchen Situationen verunsichert.

**2.3 Einzelfallberatung**

31 der 35 interviewten Ärzte wünschten sich die Möglichkeit einer Beratung im aktuellen Fall. Sie trägt ihrer Meinung nach ganz entscheidend zur Verbesserung ihrer Arbeitsmöglichkeiten bei Gewaltproblematiken bei.

**2.4 Erfolgreiche Arbeitsmodelle in der Praxis**

Einige Ärzte haben ein festes Konzept für Gewaltproblematik und ein gut funktionierendes Netz an Ansprech- und Kooperationspartnern (Kinderklinik, Jugendamt, Erziehungsberatung). Es gibt regelmäßige lokale Treffen von allen beteiligten Stellen, an denen die niedergelassenen Ärzte teilnehmen. Diese Kollegen gehen sehr kompetent mit der Problematik um.

**2.5 Fortbildungen**

Als Fortbildungsveranstaltungen werden Veranstaltungen mit kleiner Teilnehmerzahl auf lokaler Ebene gewünscht, auf denen die Möglichkeit besteht, eigene Fälle zu diskutieren.

**3. Globalbeurteilung des Leitfadens**

Der Schwerpunkt des Fragebogens ist die Beurteilung des Leitfadens. Er soll insgesamt und in seinen Unterabschnitten nach dem System der Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) beurteilt werden. Gleichzeitig wurden offene Fragen nach Verbesserungsvorschlägen gestellt und Raum für freie Kommentare gelassen (siehe Abbildung).

Eine Beurteilung wurde insgesamt von 290 Ärzten abgegeben. Von allen Ärzten, die den Leitfaden beurteilt haben, haben ihn 69 % mit der Note 2 (= gut) benotet, 17 % fanden ihn sehr gut, 14 % befriedigend, 1 % schlecht. Die Note 5 (= sehr schlecht) wurde von keinem Kollegen vergeben.

**3.1 Formale Beurteilung des Leitfadens**

Es wird vor allem ein kleineres, handlicheres Format (zum Beispiel DIN A5) gewünscht. Die Übersichtlichkeit soll verbessert werden durch Griffregister, tabellarische Darstellung, Inhaltsverzeichnis im Adressenteil und ein Stichwortverzeichnis. Bei Niederlassungen sollen die Kollegen auf den Leitfaden aufmerksam gemacht werden.

**3.2 Rückmeldung zu den Inhalten des Leitfadens**

Es wurden folgende Anregungen abgegeben:

- Flussdiagramme und Checklisten für eigene aktuelle Fälle
- Fotos von körperlichen Symptomen
- Fallbeispiele (insbesondere Darstellung geglückter und missglückter Verläufe)

Gesamtheurteilung: Der Leitfaden ist ...

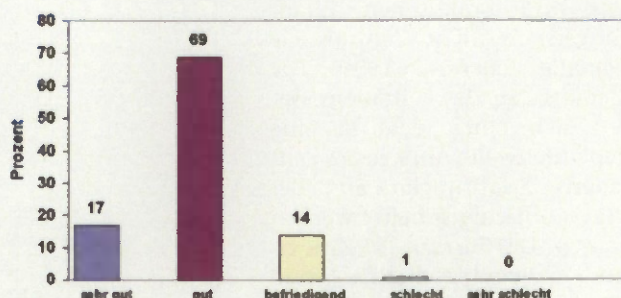


Abbildung: Beurteilung des Leitfadens

- rechtliche Situation (vor allem Problematik der ärztlichen und behördlichen Schweigepflicht und des Elternrechts)

- Darstellung des Themas „Gewalt von Kindern und Jugendlichen untereinander“

- Neuere Literatur mit Kommentierung

**3.3 Kommentare und Vorschläge zur Verbesserung der Situation in der Praxis**

An oberster Stelle steht der Wunsch nach fachlicher Beratung und Austausch im Einzelfall.

- Im Praxisalltag sind Zeitnot und Stress belastend.

- In Kinderkliniken wird ein Ansprechpartner für die Gewaltthematik gewünscht.

- Eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wird als besonders dringlich angesehen. Aus der Sicht der Ärzte besteht ein Bedarf an fallbezogener Rückmeldung durch das Jugendamt.

- An zweiter Stelle folgt der Wunsch nach besserer Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, auch hier wird Austausch und Rückmeldung gewünscht.

- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind sowohl in Kliniken als auch in Praxen die Wartezeiten lang. Mancherorts fehlen niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater.

- Vielfach wurde der Wunsch nach einer regionalen Koordinationsstelle zum Ausdruck gebracht.

## Schlussfolgerungen

### 1. Verbreitung des Leitfadens

Die Zielgruppen wurden bei der Verteilung des Leitfadens nicht in vollem Umfang erreicht. Die Fragebogen-Aktion machte die Ärzte, die den Leitfaden nicht bekommen haben, auf ihn aufmerksam und brachte ihn bei den Ärzten in Erinnerung, die ihn erhalten hatten.

### 2. Umsetzung in die Praxis

Die große Resonanz bei der Beantwortung der Fragebögen und die Bereitschaft zum Telefon-Interview zeigt, dass Gewalt gegen Kinder für die Kollegen ein brennendes Thema darstellt. Viele Ärzte sind mit der Problematik konfrontiert, wie man anhand der Fallzahlen und der Fallbeispiele sehen kann.

### 3. Beurteilung des Leitfadens

80 % der Ärzte (297 von 371), die den Leitfaden erhalten haben, haben ihn gelesen; 23 % (86 vom 371) haben ihn im aktuellen Fall bereits benutzt. Diese Zahlen sind höher als erwartet. Die Leser finden den Leitfaden insgesamt gut und hilfreich.

#### Literatur bei den Verfassern

#### Anschrift der Verfasser:

**Dr. Marie Kopecky-Wenzel, Rainer M. Schäfert, AIP, Privatdozent Dr. Reiner Frank, Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Innenstadt der LMU München, Nußbaumstraße 7, 80336 München**

### 4. Weiterentwicklung des Leitfadens

Die Rückmeldungen aus der Praxis ergeben konstruktive Vorschläge für die Weiterentwicklung des Leitfadens. Die Darstellung von Fallbeispielen steht dabei an oberster Stelle. Die von den Kollegen geschilderten Beispiele eignen sich außerdem hervorragend für die Ausarbeitung von praxisbezogenen Fortbildungsprogrammen.

Darüber hinaus wurden Vorschläge für strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Einzelfallberatung durch regionale Koordinationsstellen gemacht.

Die Evaluation mit den Teilprojekten „Telefon-Interviews“ und „Fragebogen-Aktion“ wurde finanziell gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, den Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Landesverband Bayern, die Stiftung Kindergesundheit, die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Referates für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, und unterstützt durch Sachmittel der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

## Kopfschmerzen und Gesundheitsreform

*Darf eine Bundesgesundheitsministerin die Gesundheit – bekanntlich das höchste Gut – gefährden? Eine heikle Frage, wiederholt auftaucht in der Debatte um die Gesundheitsreform, bis heute nicht höchstrichterlich beantwortet. Eines steht inzwischen fest: zumindest Kopfschmerzen löst diese Stückwerks-Gesundheitsreform aus, bei den Heilberufen ebenso wie bei den Patienten. Wer Ausgaben begrenzt, der schränkt auch Leistung ein. Jetzt und wohl auch in naher Zukunft werden wir – Ärzte wie Patienten – mit dieser dilettantischen Gesundheitsreform leben müssen, die übrigens überhaupt kein einziges Strukturproblem der medizinischen Versorgung löst, sondern nur neue Probleme schafft.*

*Da kann sich aus Kopfschmerzen schnell eine Migräne entwickeln. Kopfschmerzen vergehen meist wieder, Migräne nicht so ohne weiteres. Zu befürchten bleibt, dass es wohl eine Migräne mit Aura werden wird, die durch die Kriterien unilateral, temporal und frontal definiert ist. Zurück zur Migräne auslösenden Ursache, der Gesundheitsreform: unilateral ist sie angelegt, zweifelsohne, begünstigt sie doch einseitig die Krankenkassen. Temporal wird sie wohl auch bleiben, denn bald wird eine neue Reform folgen, dieses Stückwerk kann einfach nicht lange halten. Und frontal ist das Ganze erst recht: entstanden unter abenteuerlicher Umgehung parlamentarischer Spielregeln, durchgepeitscht im Bundestag mit nie gekannten Pannen und völlig am Bundesrat vorbei.*

*Gegen Kopfschmerzen, gegen Migräne, aber auch gegen AIDS, Krebs, Alzheimer und viele andere Krankheiten werden ständig neue und bessere Präparate entwickelt. Nur, was nutzt es, wenn diese Chancen nicht mehr allen zur Verfügung stehen, weil künftig die Krankenkasse entscheidet, welche Innovationen welchen Versicherten zustehen?*

Herzlichst  
Ihr

MediKuss



Zeichnung:  
Dr. M. Oberhauser, Egling

# Die ärztlichen Körperschaften – Chance für einen Neubeginn oder Verlust der gestaltenden Selbstverwaltung?

Dr. Egon H. Mayer, Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)



Dr. Egon H. Mayer

(Foto: Klaus Brenninger)

Nicht erst im Zusammenhang mit den Geburtswehen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 sind die ärztlichen Körperschaften in die Diskussion geraten, wurde die Status-, ja sogar die Existenzfrage gestellt.

In einer Krise befinden sich dabei weniger die Landesärztekammern als vielmehr die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Dies hat natürlich auch damit zu tun, dass sich eine Landesärztekammer an den Vorgaben und Gesetzen des Bundeslandes orientiert (zum Beispiel Heilberufe-Kammergesetz), während wesentliche Inhalte einer KV (zum Beispiel Satzung und Wahlordnung) durch die Sozialgesetzgebung vorgegeben werden und bekanntlich ist dies Sache des Bundes.

## Ärztliche Körperschaften in der Krise?

Man muss sich fragen, ob in unserer Zeit es sich bei der ärztlichen Selbstverwaltung um ein morsches Gemäuer mit unsicherer Statik oder um den Fels in der Brandung handelt. Wird ein zentralistisches Europa die ärztliche Selbstverwaltung überrollen? Oder wird gerade die ärztliche Selbstverwaltung einen zentralen Baustein in einem bürgernahen, organisierten Europa darstellen?

Es sind zwiespältige Gefühle, die der ärztlichen Selbstverwaltung entgegengebracht werden. Ist sie verlängertes Arm des Staates, was häufig von der sogenannten ärztlichen Basis unterstellt wird, oder ist sie ein Instrument der kollegialen ärztlichen Selbstkontrolle – vorgesetzte Behörde oder Mittel autonomer Entscheidungsteilhaber der unmittelbar Betroffenen? Der ehemalige Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, hat die Problematik prägnant formuliert: „Es sei zwischen freiheitsvernichtender Ordnung und gesellschaftsvernichtender Unordnung die vernünftige Mitte zu finden!“

Es könnte also heißen: „sowohl als auch“ oder „ja, aber“. Da die Selbstverwal-

tung in der Übergangszone zwischen staatlich bürokratischer und gesellschaftlich privater Aufgabenerfüllung steht, hängt ihre Einschätzung als freiheitliches Organisationsprinzip nicht zuletzt davon ab, ob der Betrachter die Selbstverwaltung mehr als ein Instrument der Eindämmung von Verstaatlichungstendenzen oder mehr als Instrument zur Einschränkung privatautonomer Räume ansieht.

Hier ist festzuhalten, dass das Grundgesetz die Selbstverwaltung und den mit ihr verknüpften Autonomiegedanken grundsätzlich anerkennt.

Selbstverwaltung bedeutet aber auch Machtausübung, berührt also die Frage der Gewaltenteilung und verlangt nach Machtkontrolle und Machtbegrenzung und hier steht natürlich der Staat Gewehr bei Fuß. Uns allen ist ja bekannt, dass jede ärztliche Körperschaft eine sogenannte Aufsicht hat, das heißt ein Ministerium, das die ärztliche Körperschaft, man möchte nicht sagen kontrolliert, aber kritisch beobachtet.

Dies nicht zuletzt deswegen, weil die Selbstverwaltung eine auch der Allgemeinheit und dem Gemeinwohl verpflichtete Institution ist.

Berufsständische Selbstverwaltung bedeutet Stärkung

der Demokratie von unten, Aktivierung gesellschaftlicher Kräfte durch Teilhabe an der Entscheidungsfindung.

Der Europagedanke und dessen Umsetzung hat das Wort „Deregulierung“ gewissermaßen zu einem Modewort werden lassen, dessen Inhalt sich mit Definition und Aufgaben der Selbstverwaltung gut decken könnte. Es ist wenig mehr als ein Jahr her, seit der deutsche Gesetzgeber mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz ein flammendes Bekenntnis zur Vorfahrt für die Selbstverwaltung abgegeben hat. In der Politik wird Allgemeingültigkeit und Dauerhaftigkeit jedoch schnell zu den Akten gelegt, wenn es – aus welchen Gründen auch immer – opportun erscheint. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen der amtierenden Regierungskoalition haben dies eindeutig belegt.

Ärztliche Selbstverwaltung verlangt natürlich auch Selbstverantwortung. Es kommt ganz wesentlich darauf an, was der Berufsstand selbst aus seiner Selbstverwaltung macht. Selbstverwaltung ist nämlich kein Selbstläufer, sondern ein Ergebnis von Verantwortung und ein Medium für Verantwortung. Im Zusammenhang mit den Kammerwahlen in Bayern am 30. Januar 1999 haben einige Kandidaten, die sich um das Präsidentenamt bewarben,

ihre Vorstellung von der Kammer als dem schlafenden Riesen gesprochen. Man scheint also zu wissen, dass in den Selbstverwaltungsorganen grundsätzlich ein nicht unbedeutendes Potential enthalten ist.

Es mag sein, dass die Selbstverwaltung allgemein und die Ärztekammer vielleicht im besonderen in den letzten Jahren zu sehr regulierend (Weiterbildungsordnung!) und wenig deregulierend gewirkt hat. Gemeint ist damit nicht, dass ich der Qualitätssicherung und einem hohen Leistungsniveau bei der ärztlichen Berufsausübung nicht den nötigen Stellenwert einräume. Ich meine viel eher, dass die Beiträge zur Fortentwicklung des Gesundheitswesens effektiver hätten sein können. Die Außendarstellung der ärztlichen Körperschaften könnte eindrucksvoller sein. Dies gilt sowohl für den Kammerbereich, als auch für den Bereich der KV. Vielleicht hat aber die Ärzteschaft mit ihren Selbstverwaltungsorganen mit der Selbstdarstellung ihre Schwierigkeiten, weil ihr fast immer in diesem Zusammenhang unterstellt wird, ihr ginge es dabei nur ums Geld und um die Ausschaltung von konkurrierenden Berufen bzw. Einrichtungen. Umgekehrt bedeutet es aber einen Missbrauch des ärztlichen Berufsethos durch die Gesellschaft, wenn ärztliche Leistungen gewissermaßen zum Nulltarif verlangt werden, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass in der Höhe des Entgelts für eine Leistung – das gilt für alle Berufe – auch die Wertschätzung zum Ausdruck kommt, die man dieser Leistung entgegenbringt.

Wenn die Selbstverwaltung zu wenig Freiräume hat und die Rechtsordnung den Berufsstand darauf beschränkt, nur rein interne ärztliche Angelegenheiten zu regeln,

dürften die Belange der Patienten und des Gesundheitssystems insgesamt im Hintertreffen bleiben, weil hier niemand, es sei denn der Staat, die Verantwortung dafür übernimmt.

Nun zum Status Quo und möglichen Perspektiven. Der berufspolitische Alltag belegt es immer wieder, dass die Ärzte selbst – offenbar sich über die Konsequenzen nicht ganz bewusst – die Axt an die Wurzeln der Selbstverwaltung legen. So hat der Berufsverband niedergelassener Fachärzte in seinen Überlegungen zur Strukturreform der KVen festgestellt, dass die Vertreterversammlungen der KVen völlig verändert werden müssen, die Ärzte auf Landes- und Bundesebene Aufsichtsräte wählen, der Aufsichtsrat einen hauptamtlichen Vor-

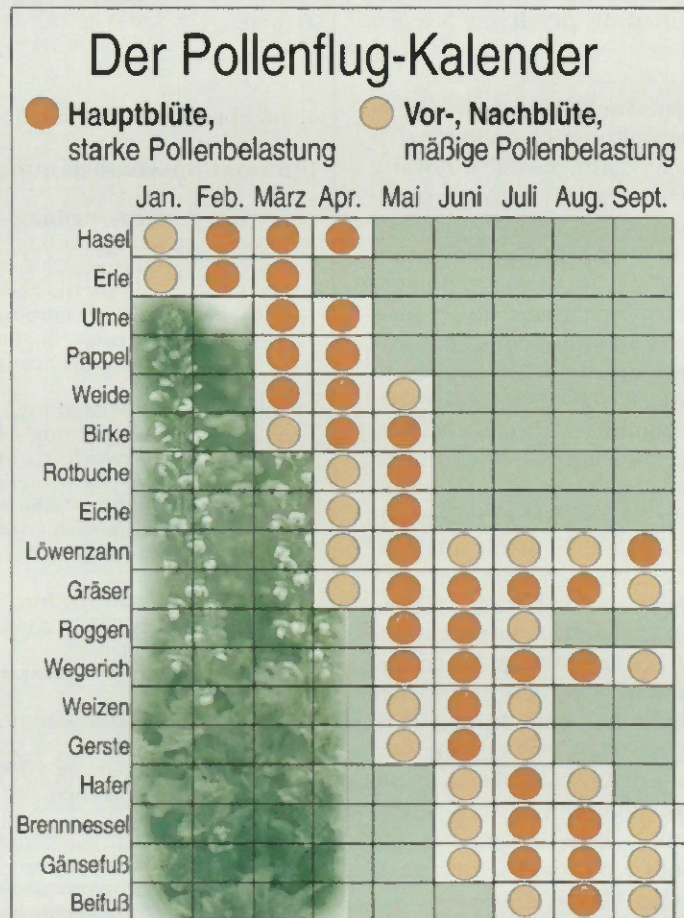
stand überwacht, in dem auch nichtärztliche Fachleute vertreten sind, schließlich das alleinige Vertragsabschlussrecht der KVen mit den Krankenkassen abgeschafft werden soll. Dafür sollten Arztgruppen in Zukunft mit den Krankenkassen auch ohne Zustimmung der KVen Verträge abschließen können, die KV soll allenfalls Notariatsfunktionen haben.

Das sind inhaltsgleich die gleichen Vorstellungen, die die Regierungskoalition in das Gesetz geschrieben hatte. Es gibt auch Berufsverbände (zum Beispiel der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands), die die Strukturen der ärztlichen Körperschaften, hier der KVen grundsätzlich verändert haben möchten.

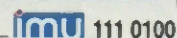
In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Satzungsautonomie der Selbstverwaltungskörperschaft KV bereits durch das Psychotherapeutengesetz ausgehebelt worden ist. In diesem Zusammenhang könnte man auch von einer drohenden Italianisierung des ärztlichen Selbstverwaltungsparlamentarismus sprechen.

In Bayern scheiterten zwei Versuche (Vertreterversammlung der KVB am 21. November 1998 und 12./13. Dezember 1998) der KVB eine neue Struktur zu geben. Auf Grund des bekannten Schicksals der Gesundheitsreform 2000 wird dem Vernehmen nach die Regierungskoalition eine Umgestaltung der ärztlichen Körperschaft KV zunächst zwar nicht weiter verfolgen, aber was heißt ein solches Statement in der Politik schon? Insbesondere die Selbstverwaltungskörperschaft KV müsste die Zeit nutzen, das Gesetz des Handelnden zu übernehmen. Das Problem in den vergangenen Jahren war, dass die Selbstverwaltung nicht agiert, sondern reagiert hat. Es wäre fatal, wenn hier kein Umdenken erfolgen würde. Die Diskussion im neu installierten Satzungsausschuss der KVB zeigt, dass man sich offenbar von den Zwängen und Vorstellungen der Vergangenheit noch immer nicht frei gemacht hat. Freilich sollte man, bevor man hier unüberlegt Schuldzuweisungen erfindet, bedenken, dass der Satzungsausschuss im abschließenden Jahr einer so wieso verlängerten Legislaturperiode tätig ist.

Dennoch ist es notwendig, dass die Selbstverwaltung das Gesetz des Handelnden zu übernehmen anstrebt und sich Fremdbestimmungen widersetzt, wie sie exemplarisch im Entwurf des Gesundheitsgesetzes 2000 vorgegeben war. Fremdbestimmung hat überhaupt nichts mehr mit dem



Quelle: BKK



ursprünglichen Postulat der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ zu tun. Es ist der Einstieg in das Staatsgesundheitswesen! Da durch gesetzliche Regelungen der Rechtsanspruch für jede Interessengruppe innerhalb der Zwangsmitglieder der KVen im Sinne einer Gleichbehandlung besteht, wird es wegen der da-

Teil wünschen und auch planen.

Eine funktionierende ärztliche Selbstverwaltung kann auch als ein zentraler Baustein im bürgernah organisierten Europa verstanden werden, besonders im Hinblick darauf, dass in den Zentren Luxemburg und Brüssel

„Wir sollten insbesondere im Bereich der KVen die Steine aus dem Weg räumen, die wir uns selbst zum Teil in den Weg gelegt haben und uns nicht auf Nebenkriegsschauplätzen verzetteln.“

aus resultierenden Partikularinteressenvertretung zu einer Störung des ärztlichen Parlamentarismus im Bereiche der KVen kommen. Auf einem Symposium „Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?“ hat der ehemalige Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erst 1997 unter dem Postulat der Politik „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ gemeint, dass die ärztlichen Körperschaften als Beitrag zur Rationalisierung im Gesundheitswesen weiter entwickelt werden könnten und sollten.

„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ würde schließlich bedeuten:

1. Rückzug der Politik aus dem Gesundheitswesen und

2. Erweiterung der Gestaltungskompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Ich hatte schon vorhin erwähnt, dass im Rahmen der europäischen Einigung das Wort „Deregulierung“ zum geflügelten Begriff geworden ist. Die Erfahrungen mit dem gescheiterten Gesetzgebungsverfahren haben aber gezeigt, dass die Politiker genau das Gegenteil zum

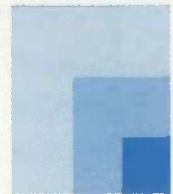
nicht nur vermehrt Bürokratie, sondern auch Korruption eingezogen sind.

International gesehen zeigt sich, dass berufsexterne Einflüsse auf die Selbstverwaltung zunehmen. Die Absichten bezüglich der Umstrukturierung der KVen belegen dies.

Eine funktionierende Selbstverwaltung dokumentiert sich auch darin, dass sie innovativ ist, die politische Ausgangssituation analysiert und sich mit Perspektiven auseinandersetzt. Dass die ärztlichen Körperschaften im neuen Jahrtausend nicht grundsätzlich auf dem Abstellgleis zu finden sind, zeigen einige Ärztekammern, die zu analysieren begonnen haben und zu reagieren bereit sind. Wir sollten insbesondere im Bereich der KVen die Steine aus dem Weg räumen, die wir uns selbst zum Teil in den Weg gelegt haben und uns nicht auf Nebenkriegsschauplätzen verzetteln. Der Berufsstand der Ärzte hat eine hinreichend große Zahl von engagierten, zu analytischem Denken befähigten Mandatsträgern, die mit Fleiß und Kenntnis des politischen Möglichen die ärztlichen Körperschaften erfolgreich in das neue Jahrtausend führen können!

## KVB-Seminare 2000

### Seminarprogramm Februar/März 2000



#### Wirtschaft für Ärzte

- Thema:** Von Arzt zu Patient – Workshop  
Kundengerecht kommunizieren
- Termin:** Mittwoch, 16. Februar 2000 – 16 bis 21.30 Uhr
- Ort:** KVB-Landesgeschäftsstelle, Arabellastraße 30, B1925 München
- Thema:** Allein oder gemeinsam?  
Gründung, Führung und Beendigung von Praxis-kooperationen
- Termin:** Mittwoch, 16. Februar 2000 – 15 bis 19 Uhr
- Ort:** KVB-Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 97070 Würzburg
- Thema:** Die erfolgreiche Praxisabgabe  
Abgabeplanung, Praxisbewertung, Übergangskooperation, Steuerstrategie
- Termin:** Mittwoch, 1. März 2000 – 15 bis 19 Uhr
- Ort:** KVB-Bezirksstelle München Stadt und Land, Briennerstraße 23, B0333 München
- Thema:** Von Arzt zu Patient – Workshop  
Kundengerecht kommunizieren
- Termin:** Samstag, 18. März 2000 – 10 bis 15.30 Uhr
- Ort:** Landshut (Adresse wird mit Anmeldebestätigung bekanntgegeben)

Teilnahmegebühr je Seminar: 110,- DM

#### Informationsveranstaltungen zur Niederlassung

- Themen:** Sicherstellung – Abrechnung – Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Termin:** Samstag, 26. Februar 2000 – 9 bis 13 Uhr
- Ort:** KVB-Bezirksstelle Straubing, Lilienstraße 5-9, 94315 Straubing  
(Hinweis: für Ärzte nach der Niederlassung und Psychotherapeuten)
- Themen:** Sicherstellung – Abrechnung – Wirtschaftlichkeitsprüfung – Buchhaltung
- Termin:** Mittwoch, 15. März 2000 – 15 bis 19 Uhr
- Ort:** KVB-Bezirksstelle München Stadt und Land, Briennerstraße 23, B0333 München  
(Hinweis: für Ärzte vor und nach der Niederlassung und Psychotherapeuten)

Detaillierte Inhalte können Sie unter  
Fax 0 89/9 20 96-3 15 anfordern.

Teilnahmegebühr je Veranstaltung 80,- DM

Anmeldungen bitte nur schriftlich an:

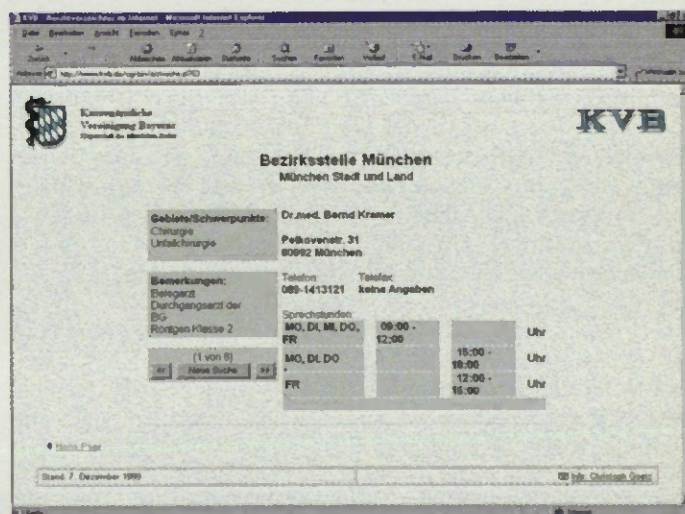
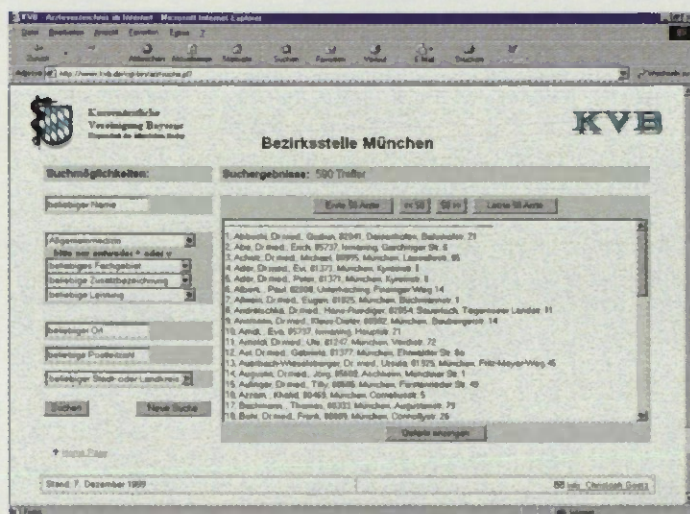
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Ingrid Calmonte, Arabellastraße 30, B1925 München, Fax 0 89/9 20 96-3 15

Falls Sie an dem Jahresprogramm mit weiteren Wirtschafts-Seminaren und Informationsveranstaltungen zur Niederlassung interessiert sind, dann fordern Sie bitte die Broschüre „KVB-Seminare 2000“ unter der oben genannten Adresse an.



# KVB bietet neuen Service für Patienten: Kostenloser Arztsuchdienst im Internet

## Arztverzeichnis aller bayerischen Kassenärzte jetzt im Internet



Mit dem Jahreswechsel bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) für alle Patienten einen kostenlosen Arztsuchdienst im Internet an. Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) kann jeder Internetnutzer über spezielle Suchfunktionen einen für ihn bzw. für seine individuelle Problemlösung geeigneten Arzt oder Psychotherapeuten suchen. Die Kriterien,

nach denen gesucht werden kann, sind: Fachgebiet, Schwerpunkt und Zusatzbezeichnungen, Praxisort oder Straße. Basis für den Service ist das komplette Arztverzeichnis der KVB. Darin sind alle niedergelassenen Vertragsärzte in freier Praxis, die ermächtigten Krankenhausärzte und die Psychotherapeuten in Bayern aufgeführt.

„Die KVB bietet mit dem neuen Arztsuchdienst Patienten eine seriöse Hilfestellung an“, begründet der KVB-Vorsitzende Dr. Lothar Wittek diesen Schritt. „Nur wir haben bayernweit streng kontrollierte Daten über alle Ärzte. Wir bieten mit diesem Service Hilfesuchenden kostenlos die Möglichkeit, aus allen bayerischen Ärzten den für

sie geeigneten zu wählen. Bei uns sind alle Ärzte registriert, die die gesetzlich vorgeschriebene Qualifikation für die Zulassung haben und nicht nur diejenigen, die gegen eine Grundgebühr in die Datenbank von privaten Anbietern aufgenommen wurden.“

mal

Diagnose:  
unbezahlbar  
krank



Der Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten ist ein Menschenrecht. Wir fordern dieses Recht für alle.

Ärzte ohne Grenzen e.V.  
Lieselingsweg 102  
53119 Bonn  
Spendenkonto 97 0 97  
Sparkasse Bonn  
BLZ 380 500 00

Bitte schicken Sie mir

- allgemeine Informationen
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- Die Broschüre „Vermächtnis für das Leben“

Name \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_



MEDECINS SANS FRONTIERES  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

# Zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss aus der Blockadehaltung führen

Theresa Schopper, MdL, Sozial- und gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen im Bayerischen Landtag

In der Gesundheitspolitik standen die Zeichen im Jahr 1999 auf Sturm. Auf der einen Seite empörte Kommentare und Reaktionen zum Entwurf der Gesundheitsreform von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, der Pharmaindustrie, etc. Auf der anderen ein positives Echo bei den Vertretern der Krankenkassen. Ihnen ging der Entwurf oft noch nicht weit genug. Gesundheitspolitik – ein Feld, wo selbst pazifistische Zeitgenossen immer öfter zum Wort „Minenfeld“ greifen.

Doch trotz aller erbitterten Auseinandersetzungen und lauthaler Proteste waren und sind sich die Beteiligten bei der Analyse im Großen und Ganzen einig: Im Gesundheitssystem liegt vieles im Argen. Reformen im Gesundheitssystem waren und sind dringend notwendig.

Mit derzeit etwa 250 Mrd. Mark verfügt die gesetzliche Krankenversicherung über eine Menge Geld. Es ist das Geld der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aus den Beiträgen, das über das System der gesetzlichen Krankenversicherung verteilt wird.

Trotz der beachtlichen finanziellen Mittel, die sowieso Jahr für Jahr erhöht werden, wird der Ruf nach noch mehr Geld immer wieder laut. Mehr Geld bedeutet aber, entweder die Patientinnen und Patienten mehr als bisher zur Kasse zu bitten. Oder weiter an der Beitragsschraube zu drehen. Die negativen Konsequenzen für die Standortfrage und den Faktor Arbeit sind bekannt.

In der aufgeheizten Debatte um das Reformwerk standen vor allem zwei Vorschläge immer wieder im Mittelpunkt des Streits: Die Monistik und das Globalbudget. Beide Punkte sind im verabschiedeten Gesetz nicht mehr enthalten.

Über den Fall der Monistik trage ich persönlich keinen Trauerflor. Ob aber der alte Stand – die von Seehofer erfundenen sektoralen Budgets – den Ärztinnen und Ärzten hilft, möchte ich mit Zweifel verblinden. Denn der Grundsatz, der auch aus Ihren Reihen immer wieder erhoben wird, Geld folgt Leistung, lässt sich im Rahmen der zementierten Sektoren nur sehr schwer umsetzen.

Einiges aus dem ursprünglichen Gesetzentwurf konnte Ende Dezember aber doch noch in einen Gesetzestext gegossen werden. Die wichtigsten Neuerungen möchte ich Ihnen nennen:

- Die strikte Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich kann mit integrierten Versorgungsverträgen weiter abgebaut werden.

- Die Hausärzte sind durch getrennte Honoraranteile, getrennten Kapitel im EBM, einer besseren Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten, gestärkt worden. Zugleich besteht die Möglichkeit seitens der Kassen mittels eines Bonusanreizes das neue Hausarztmodell zu erproben.

- Auch im Krankenhausbereich ändert sich einiges. Es wird ein pauschaliertes Preissystem in fast allen Bereichen eingeführt und die Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Krankenhäusern gestärkt.

- Gesundheitsförderung, Reha und Selbsthilfe bekommen einen neuen und besseren Stellenwert.



Theresa Schopper, MdL  
Bündnis 90/Die Grünen

- Mehr Patientenrechte, mehr Qualität, mehr Kooperation zwischen den Leistungsbereichen, vor allem auch für chronisch kranke Menschen, dürften auch in den Reihen der Ärzteschaft auf Zustimmung stoßen. Meines Erachtens sind dies richtige und wichtige Schritte im neuen Reformgesetz.

Dennoch dürften viele Ärztinnen und Ärzte den Jahreswechsel mit gemischten Gefühlen begangen haben. Fallende Punktwerte, die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern, Zukunftschancen der Medizinstudenten und die Qualität der Ausbildung – für viele Ärztinnen und Ärzte drängende Probleme. Und so bitter wie es ist:

Für manch einen steht zu Beginn des neuen Jahrtausends sogar die Existenzfrage im Raum.

Trotz aller Probleme und Schwierigkeiten: Immer nur mit dem Hammer auf die Politik zu hauen, trifft nicht immer den Schuldigen. Zukunftsfähige Gesundheitspolitik muß aus der Blockadehaltung führen.

Gerade als Mitglied der Bündnisgrünen, deren Wurzeln im Protest liegen, weiß ich, daß nur im Dialog die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung gestaltet werden kann. Reformen stellen nie alle zufrieden, Reformen erproben Neues und schneiden auch alte Zöpfe ab.

Dennoch wird angesichts der Herausforderungen und auf Grund des demographischen Wandels die gesetzliche Krankenversicherung auch zukünftig im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen. Doch die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme kann nicht mit Protest und Verweigerung gestaltet werden: Sie braucht vielmehr eine wirkliche Bündnisarbeit und Kooperation aller Beteiligten.

# GKV-Gesundheitsreform 2000 auf einen Blick

Trotz heftiger Proteste und energischen Widerstandes hat die Regierungskoalition den zustimmungsfreien Teil der GKV-Gesundheitsreform 2000 verabschiedet. Das Gesetz, das zum 1. Januar in Kraft getreten ist, bringt eine ganze Reihe von Änderungen mit sich. Ob es sich um eine echte „Reform“ des Gesundheitswesens handelt bleibt fraglich.

Das Bayerische Ärzteblatt liefert eine knappe Zusammenfassung des „Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) und des „Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

## Die Gesundheitsreform 2000 enthält nicht mehr:

- ☞ Globalbudget
- ☞ Monistische Krankenhausfinanzierung
- ☞ Mehr Datentransparenzgrundlagen
- ☞ Organisationsreform der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ☞ Benchmarkverfahren bei den Arzneimittelbudgets

## Die Gesundheitsreform 2000 enthält noch:

- ☞ Integrierte Versorgung
- ☞ Stärkung der hausärztlichen Versorgung
- ☞ Umfassendere Qualitätssicherung
- ☞ Leistungsorientierte Pauschalvergütung im Krankenhaus
- ☞ Wiedereinführung von Prävention und Gesundheitsförderung
- ☞ Leistungsverbesserungen in der Rehabilitation
- ☞ Förderung von Selbsthilfe und Patientenschutz
- ☞ Positivliste für Arzneimittel
- ☞ Evaluation von Diagnose- und Therapieverfahren sowie Medizintechnik

## Reform 2000 – hausärztliche Versorgung

- ☞ Getrennter Honoraranteil
- ☞ Getrennte Kapitel im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)
- ☞ Funktionale Gliederung Allgemeinarzt/Internist/Kinderarzt
- ☞ Verstärkte Kommunikation zwischen Haus- und Facharzt
- ☞ Beratender Fachausschuss bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- ☞ Zulassungsprivileg für Allgemeinärzte

- ☞ Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Hausarztbetreuung mit Versichertenbonus möglich

## Reform 2000 – Budgets

- ☞ Grundsatz der Beitragsatzstabilität
- ☞ Bundesweite Veränderungsrate
- ☞ Veränderungsrate im Jahr 2000 bemisst sich nach den Ausgabensteigerungen im 2. Halbjahr 1998 und im 1. Halbjahr 1999
- ☞ Veränderungsrate gilt für

jede Vergütungsvereinbarung (Ausnahmen gelten für Krankenhäuser, Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen oder wenn Mehrausgaben in einem Versorgungsbereich durch nachgewiesene Einsparungen in einem anderen Versorgungsbereich ausgeglichen werden können)

☞ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2001

## Was die Reform kostet

### Mehrausgaben durch Leistungsänderungen (geschätzt)

• Mehrausgaben im stationären Sektor (§ 6 Bundespflegesatzverordnung: Ausnahmeetatbestände, BAT-Berichtigung) über die Einnahmeentwicklung von 1,43 % hinaus	ca. 1,2 Mrd. DM
• Ausbau der Gesundheitsförderung (bei in Kraft treten 1. Juli 2000 nach Vorliegen der entsprechenden Richtlinien)	ca. 180 Mio. DM
• Absenkung der Zuzahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	ca. 50 Mio. DM
• Abschaffung der Mindestbeitragsregelung für freiwillig versicherte Kleinrentner	ca. 100 Mio. DM
• Förderung von Selbsthilfegruppen	ca. 50 Mio. DM
• Unterstützung von Verbraucher- und Patientenberatungsstellen	10 Mio. DM
• Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	max. 10 Mio. DM
• Ausbau der Gruppenprophylaxe in der zahnmedizinischen Behandlung	ca. 10 Mio. DM
• Einführung ambulanter Rehabilitation	ca. 2 · 300 Mio. DM
• Verlängerte Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen (für Kinder und indikationsbezogen)	ca. 15 Mio. DM
• Funktionstraining (§ 43)	ca. 5 Mio. DM
• Patientenschulungen (§ 43)	ca. 10 Mio. DM
• Soziotherapie: Die vom Bundesgesundheitsministerium geschätzten ca. 125 Mio. DM beruhen auf einem Modellversuch. In der Realität dürfte die Zahl der anspruchsberechtigten Versicherten zu wesentlich höheren Ausgaben führen. Schätzungen gehen bis zu 1 Mrd. DM	ca. 250 Mio. DM
• Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Gesamtausgaben 144 Mio. im Jahr 2000 gegenüber 72 Mio. DM im Jahr 1999)	ca. 72 Mio. DM
<b>geschätzte Mehrausgaben gesamt</b>	<b>ca. 2,16 Mrd. bis 2,26 Mrd. DM</b>

Quelle: Gesundheit+Gesellschaft, 1/2000, Seite 43

## Reform 2000 – Krankenhaus

- ☞ Schaffung eines umfassenden leistungsorientierten Vergütungssystems
- ☞ Berücksichtigung von Komplexitäten und Comorbiditäten bei den Fallgruppen
- ☞ Ausreichende Praktikabilität des Differenzierungsgrades (nicht unzählige Fallpauschalen)
- ☞ Mengensteuerung
- ☞ Orientierung an einem im vergleichbaren Ausland bereits etablierten System (Diagnosis Related Groups)

## Teil des Reformpakets: Ost-West-Angleichung

- ☞ Einheitliche Rechengrößen im Versicherungs-, Leistungs- und Beitragsrecht
- ☞ Einheitliche Obergrenze für Ausgabenentwicklung
- ☞ Bundesweiter Risikostrukturausgleich (RSA) in sieben Stufen ab 2001
- ☞ Berücksichtigung von Krankenhausinvestitionen im RSA
- ☞ Keine entsprechende Anhebung der Vergütungsvereinbarungen (Ausnahme: Krankenhaus)

ne

# Steuerreform und Aktienmarkt

## Steuerbefreiung bei Beteiligungsverkäufen

Einer der wichtigsten Teile des Reformpakets ist sicher die Steuerbefreiung für Gewinne aus Beteiligungsverkäufen von Aktiengesellschaften. Die auf die Nachkriegszeit zurückgehende oder noch weiter in die Vergangenheit reichenden Beteiligungsstrukturen in Deutschland können jetzt aufgebrochen werden, ohne die bisher immer als Hinderungsgrund geltenden fiskalischen Belastungen.

Umfangreiche Konsequenzen sind vor allem bei den führenden Banken und Versicherungen zu erwarten. Einerseits wegen der vielfältigen Quer- und Schachtelbeteiligungen, andererseits aber auch bei den umfangreichen und teilweise sehr gewichtigen Industriebeteiligungen. Entsprechende Maßnahmen würden nicht nur Milliardengewinne bei den verkaufenden Gesellschaften ergeben. Für die betroffenen Unternehmen ändern sich durch einen neuen Aktionärskreis ebenfalls die Rahmenbedingungen. Eine Welle von Unternehmenszusammenschlüssen und Beteiligungen kann erwartet werden. Die Schlagworte von Fokussierung und Shareholder Value werden eine neue Dimension erhalten.

Dieser Prozess hat auch grenzüberschreitende Wirkungen. Ausländische Konzerne erhalten neue Investitionsmöglichkeiten in Deutschland für strategische Positionierungen. Man kann sich leicht vorstellen, dass der Gedankenprozess bei zahlreichen Unternehmen bereits angelaufen ist.

## Weitere Auswirkungen

Die Pläne zur Steuerreform enthalten indes noch weitere interessante Punkte. Erstens sollen die Unternehmenssteuersätze

gesenkt werden, um die Wettbewerbsnachteile der deutschen Unternehmen im europäischen und internationalen Vergleich zu verringern, den Standort Deutschland attraktiver zu machen und längerfristig ein stärkeres Investitions- und Arbeitsplatzwachstum zu erreichen.

Dieser Punkt ist aber auch kurzfristig für das laufende Geschäftsjahr interessant. Da ab 2001 eine Verschlechterung der steuerlichen Abschreibungsbedingungen vorgesehen ist, wird erwartet, dass Investitionsvorhaben vorgezogen werden, um von den jetzt noch günstigeren Verhältnissen zu profitieren. Dass dieser Effekt bei der immer noch lahmenden deutschen Konjunkturerholung wünschbar wäre, ist selbstverständlich.

## Konsequenzen für die Aktienbörse

Gesamthaft bietet das Steuerreformpaket genügend kurz- und längerfristige positive Aspekte für den deutschen Aktienmarkt. Die praktische Kernfrage ist natürlich, ob sich dadurch eine Neubeurteilung der Kursperspektiven aufdrängt, ob man schon jetzt stärker am einheimischen Aktienmarkt investieren sollte.

In der letzten Dekade hat der DAX einen gewaltigen Kursanstieg realisiert, nur einmal maßgeblich unterbrochen im Som-

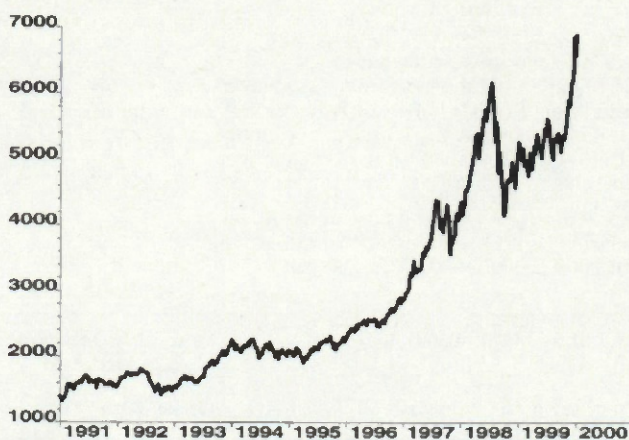
**Die zeitgerecht zum Weihnachtsfest vorgelegten Pläne zur Steuerreform 2000 haben ein kurzfristiges Kursfeuerwerk bei den großen Banken und Versicherungen ausgelöst. Die Vorschläge lassen mittelfristig erhebliche Auswirkungen auf die Struktur der deutschen Unternehmenslandschaft erwarten. Bei den Kursperspektiven des Aktienmarktes dürften sich allerdings im laufenden Jahr keine wesentlichen, zusätzlich positiven Impulse ergeben.**

mer 1998 im Zusammenhang mit der Wirtschafts- und Währungskrise in den Schwellenländern Asiens und Lateinamerikas. Die Bewertung ist hoch und berücksichtigt die Prognosen, dass die Unternehmensgewinne im laufenden Jahr und auch 2001 mit zweistelliger Rate wachsen sollten. Sofern sich diese Schätzungen nicht erfüllen oder sich von der Zinsseite negative Einflüsse ergeben, müsste mit einer zumindest vorübergehenden Korrektur gerechnet werden. Diese dürfte insbesondere die aktuell im Zentrum des Interesses stehenden Wachstumsbranchen erfassen, bei denen der Zukunftsoptimismus besonders ausgeprägt ist.

Für umfangreiche Beteiligungsverkäufe über die Börse besteht, unabhängig von der erst ab 2001 in Kraft stehenden Steuerreform, im laufenden Jahr sowie so nur ein geringer Spielraum. Der Markt dürfte durch das sehr hohe Volumen von geplanten Neuemissionen und Kapitalerhöhungen unter Druck gesetzt werden. Insgesamt wird das Volumen auf rund 70 Milliarden Euro geschätzt, wovon über ein Drittel die Plazierung der Deutschen Telekom beansprucht.

Gesamthaft lässt sich also im gegenwärtigen Zeitpunkt feststellen, dass für Euphorie wenig Anlass besteht. Für die längerfristige Anlagestrategie und die Gewichtung des Aktienanteils im Gesamtdepot drängt sich kein grundsätzlicher Handlungsbedarf auf. Die Steuerreformpläne sind ohne Zweifel positiv und werden zu interessanten Entwicklungen bei einzelnen Branchen oder Unternehmungen führen. Aber die Interdependenzen mit der nationalen und internationalen Wirtschafts-, Zins- und Währungsentwicklung bleiben immer noch maßgebend.

Deutscher Aktienmarkt



Dr. Georg Sellerberg, Bank Julius Bär, Bahnhofstraße 36, CH-8001 Zürich

# Münchener Konferenz für Qualität setzt europäische Akzente

Insgesamt 70 Vertreter der Fachkommissionen und Geschäftsstellen sowie weitere Experten für Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, Neonatologie und operativen Gynäkologie aller Bundesländer trafen sich zu ihrem jährlichen Erfahrungsaustausch im Rahmen der Münchner Konferenz für Qualität (ehemals Münchner Perinatalgespräch) am 11./12. November 1999 im Ärztehaus Bayern.

Erstmals beteiligten sich auch Vertreter aus europäischen Nachbarländern aktiv an der Konferenz. Im Rahmen eines Podiums „Quality assurance programs in Europe“ wurden Ansätze für Qualitätssicherungsmaßnahmen aus Großbritannien (A. Macfarlane), Estland (Dr. H. Wolf), Niederlande (Professor Dr. Jelte de Haan, Maastricht) und Südtirol (Dr. Florian Welponer, Bozen) vorgestellt.


Der Blick über die Grenzen war unter anderem auch deshalb aufschlussreich, weil hierdurch lokale Probleme relativiert erschienen andererseits aber die Sicht für neues erweitert wurde.

Klinische Themen waren „Höhergradige Mehrlinge und fetal outcome“, „Die frühe Entlassung aus der geburts-hilflichen Klinik und ihre möglichen Folgen auf die neonatale Morbidität“ und „Die hypoxisch ischämische Enzephalopathie sub partu in Abhängigkeit von der Klinikstruktur in der Geburtshilfe“.

Ferner wurden Verfahren zur Erstellung bundesweiter Aus-

Qualitätsbericht

Perinatalogie  
und  
Neonatalogie



Bayern

**EAQ**

**Qualitätsbericht  
Perinatalogie und  
Neonatalogie**

Die BAQ hat den Qualitätsbericht 1998/99 für die Qualitätssicherungsmaßnahmen Perinatalogie und Neonatalogie in Bayern neu herausgebracht.

Exemplare können bei der Geschäftsstelle der BAQ, Westenriederstr. 19, 80331 München, Telefax 0 89/21 15 90 20, kostenfrei angefordert werden.

1998/1999

wertungen unter Umgehung einer aufwendigen Zusammenführung von Rohdaten vorgestellt.

## Logistik bei Qualitätssicherungsverfahren

Neben der Erörterung fachlicher Themen bildeten die Berichte aus den bundesweiten Arbeitsgruppen, in denen die Logistik für die Durchführung der Qualitätssicherungsverfahren überregional abgestimmt und erarbeitet werden, den zweiten Schwerpunkt der Konferenz. Nach jahrelanger Vorarbeit konnte mittlerweile nach teilweise zähen Verhandlungen mit der Servicestelle Qualitätssicherung auf Bundesebene unter anderem Einigkeit über die Anforderungen für die Dokumentation, Erfassung und Datenverarbeitung des Datensatzes für die modifizierte Perinatalerhebung her-

beigeführt werden. In der neonatologischen Qualitätssicherung wurde ebenfalls im vergangenen Jahr ein Auswertungskonzept bundesweit harmonisiert. Auch für die Qualitätssicherung in der Operativen Gynäkologie sind positive Entwicklungen zu verzeichnen.

Die Erfolge in der stationären Qualitätssicherung gemäß § 112 in Verbindung mit § 137 SGB V sind Ausdruck bundesweiter Zusammenarbeit im Rahmen einer föderalen Struktur und belegen unter anderem auch überzeugend die Effizienz der alljährlichen Treffen – mittlerweile schon im sechzehnten Jahr.

Die nächste Münchner Konferenz für Qualität findet am 16./17. November 2000 statt.

*Dr. Nicholas Lack, Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ)*

## Substitutionsgestützte Behandlung mit Codein

Das Bayerische Gesundheitsministerium weist auf das Auslaufen der Übergangsvorschrift zur Substitutionstherapie mit Codein oder Dihydrocodein zum 31. Dezember 1999 hin. Danach gilt jetzt, dass zur Substitutionstherapie Codein oder Dihydrocodein nur „in anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen“ verschrieben werden darf.

Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums ist dies nur der Fall wenn

- eine Unverträglichkeit gegenüber Methadon oder anderen Substitutionsmitteln vorliegt,
- die substitutionsgestützte Behandlung unter Codein deutlich besser verläuft oder
- nach mehrjähriger Substitution mit Codein der Patient zur Umstellung auf Methadon oder ein anderes Substitutionsmittel nicht motiviert werden kann.

Die nachvollziehbare fachliche Begründung und Dokumentation derartiger Ausnahmefälle ist nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unverzichtbar. Eine neue substitutionsgestützte Behandlung muss grundsätzlich zunächst mit Methadon begonnen werden.

Für die substitutionsgestützte Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Untersuchung sind darüber hinaus die NUB-Richtlinien in der am 18. Juni 1999 in Kraft getretenen Fassung (Deutsches Ärzteblatt Nr. 25/1999) zu beachten.

# Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage eines Facharztes führt nicht zum Wegfall der Geschäftsgrundlage

Die Bayerische Landesärztekammer informiert im nachfolgenden Bericht über das Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 17. September 1998 zur Frage, ob eine nach Abschluss eines langfristigen Miet- und Wartungsvertrags für einen Computertomographen durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 eingetretene Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage eines Facharztes zum Wegfall der Geschäftsgrundlage führt.

## Leitsatz

Eine nach Abschluss eines langfristigen Miet- und Wartungsvertrags für einen Computertomographen durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 eingetretene Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage eines Facharztes führt nicht zum Wegfall der Geschäftsgrundlage.

OLG Nürnberg, Urteil vom 17. September 1998 (AZ: 8 U 117S/98), rechtskräftig

## Aus dem Tatbestand

Die Parteien streiten um Mietzinszahlungen für einen Computertomographen CT „Hispeed“. Die Klägerin vertritt unter anderem medizinische Großgeräte für die Radiologie. Die Klägerin schloss mit dem Beklagten am 23. September 1992 einen Maxservice-Mietvertrag über einen Computertomographen ab. Der Mietvertrag sollte eine Laufzeit von 60 Monaten haben. Das Gerät wurde im Mai/Juni 1993 in der Praxis des Beklagten installiert. Der Mietbeginn war auf den 1. Juli 1993 festgelegt. Der

Mietvertrag umfasste auch Wartungsleistungen für den CT, nicht jedoch die Materialkosten für auszutauschende Röhren. Über Ersatzröhren für den CT sowie die Wartungsleistungen für eine vom Beklagten vertriebene Nuklearkamera und für ein Röntgengerät wurde am 2. Oktober 1992 zwischen den Parteien ein Volservice-Wartungsvertrag abgeschlossen. Nachdem der Beklagte in Zahlungsrückstand gekommen war, wurde der Mietvertrag durch Vertragsänderung vom 5. Oktober 1995 auf 84 Monate gestreckt. Die Mietraten wurden neu festgesetzt. Nach Ziffer 2 der Vertragsänderung durfte die Klägerin den offenen Restbetrag einschließlich Zinsen fällig stellen, wenn der Beklagte mit einer Mietrate länger als 30 Tage in Rückstand geraten und trotz erfolgter Mahnung innerhalb von 14 Tagen die Rückstände nicht ausgleichen sollte. Auf Grund weiterer Zahlungsschwierigkeiten des Beklagten wurde am 5. Oktober 1995 eine Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarung getroffen. Außerdem war eine Verfallklausel von 30 Tagen mit einer Mahnfrist von 14 Tagen vereinbart. Der Beklagte wurde von der Klägerin schriftlich aufgefordert, die Rückstände bis 26. März 1997 auszugleichen. Zahlung erfolgte nicht. Die Klägerin teilte dem Beklagten Ende März 1997 fernmündlich die fristlose Kündigung mit und baute das Mietobjekt Ende April 1997 ab.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass sich der Beklagte nicht auf das Rechtsinstitut des Wegfalls der Geschäfts-

grundlage berufen könne. Soweit durch das nach Vertragsschluss in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (GSG) eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des Beklagten eingetreten sei, läge dies allein in seinem Risikobereich.

Hingegen trägt der Beklagte vor, dass er sich auf das Rechtsinstitut des Wegfalls der Geschäftsgrundlage berufen könne. Seit In-Kraft-Treten des GSG habe er nicht mehr kostendeckend arbeiten können. Dies sei im Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht voraussehbar gewesen. Das Risiko der inzwischen eingetretenen Unrentabilität seines Betriebes habe er nicht allein zu tragen.

Das Landgericht Nürnberg-Fürth hat mit Endurteil vom 25. Februar 1998 den Beklagten zur Zahlung aus rückständiger Wartungsvergütung, offenen Mietzins- und Stundungsraten verurteilt. Das Landgericht Nürnberg-Fürth war der Auffassung, dass sich der Beklagte nicht auf das Rechtsinstitut des Wegfalls der Geschäftsgrundlage mit Erfolg berufen könne. Seine zukünftigen Einkommensverhältnisse seien nicht Geschäftsgrundlage geworden. Dass er für die gesamte vereinbarte Vertragsdauer die von ihm ursprünglich erwartenden Gewinne erzielen könne, falle allein in seinen Risikobereich. Etwas anderes sei auch nicht auf Grund der gepflogenen Vertragsverhandlungen zum Ausdruck gekommen.

Die vom Beklagten eingelegte Berufung blieb ohne Erfolg.

## Aus den Gründen

Das Landgericht hat den Beklagten zu Recht gemäß § 535 Satz 2 BGB (Geräte-Mietvertrag) und § 631 Abs. 1 BGB (Wartungsvertrag) zur Bezahlung der rückständigen Beträge (Mietraten und Wartungsvergütung) verurteilt. Die hiergegen erhobenen Einwendungen des Beklagten greifen nicht durch.

1. ...

2. Der Beklagte kann sich nicht auf „wirtschaftliche Unmöglichkeit“ der Leistung berufen.

Die Kategorie der „wirtschaftlichen Unmöglichkeit“ wurde von Literatur und Rechtsprechung für die Fälle entwickelt, in denen einem Sachleistungsschuldner die Erbringung der – an sich noch möglichen Leistung infolge nachvertraglicher Umstände in einer Weise erschwert wurde, dass die zumutbare Obergrenze überschritten war. Diese Lehre gilt jedoch von vornherein nicht für den Geldschuldner, der nicht mehr über die finanziellen Mittel verfügt, um seiner Geldverpflichtung nachzukommen. Insoweit gilt vielmehr der allgemeine Grundsatz, dass jede Vertragspartei für ihren Mangel an finanziellen Mitteln selbst einzustehen hat. Die finanzielle Leistungsschwäche des Geldschuldners ist in unserer Rechtsordnung kein Grund zur Schuldbefreiung. Dies folgt aus der Existenz der Konkursordnung, die die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners lediglich zum Konkursgrund erklärt sowie aus dem Rechtsgedanken des § 279 BGB. Ebenso wenig hindert



## **Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung**

### **Autoren:**

**Dr. med. Jürgen Bickhardt, Kreiskrankenhaus Erding**

**Dr. med. Thomas Binsack, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München**

**Dr. med. Rudolf Burger, Bayerische Landesärztekammer, München**

**Bernadette Fittkau-Tönnemann, MPH postgrad., Akademie für  
Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit, München**

**Peter Kalb, Bayerische Landesärztekammer, München**

**Johannes Möller, Institut für Politik und öffentliches Recht, Universität  
München**

**Professor Dr. med. h. c. Walther Weissauer, Berufsverband Deutscher  
Anästhesisten, Nürnberg**

**Professor (em) Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Institut für Rechtsmedizin  
der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen**

# Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung

## I. Wie ist der aktuelle Stand der Diskussion?

Der 51. Bayerische Ärztetag 1998 hatte in mehreren Entschlüssen gefordert, dass die Bayerische Landesärztekammer einen Vorschlag für eine Patientenverfügung ausarbeitet. Dr. Maria E. Fick, 1. Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer hatte deshalb eine Runde von Experten zu einer Erörterung im Juni 1999 ins Ärztehaus Bayern eingeladen.<sup>1)</sup>

Unmittelbarer Anlass war der Beschluss des Landgerichts München I vom 18. Februar 1999 (13 T 478/99; NJW 1999, S. 1788 f.), über den in der Presse ausführlich berichtet worden ist: Der Betreuer eines tracheotomierten und über Sonde ernährten Patienten mit schwerem himorganischem Psychosyndrom nach Hirninfarkt, dessen Aufgabenkreis laut Betreuerbestellung die „Sorge für die Gesundheit des Betroffenen mit Zuführung zur ärztlichen Heilbehandlung“ war, hatte etwa vier Monate nach Eintritt des beschriebenen Zustandes des Betreuten beim zuständigen Vormundschaftsgericht den Antrag gestellt, die Entscheidung, die Ernährung des Betroffenen einzustellen und die Flüssigkeitszufuhr auf ein Mindestmaß zu beschränken, entsprechend § 1904 BGB („Ärztliche Maßnahmen“) zu genehmigen. Da der zuständige Vormund-

schaftsrichter diesen Antrag ablehnte, legte der Betreuer dagegen Beschwerde ein. Das Landgericht München I lehnte in dem oben angeführten Beschluss – anders als der Bundesgerichtshof (Urteil vom 13. September 1994 – 1 StR 357/94; MedR 1995, S. 72 ff.) und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main (Beschluss vom 15. Juli 1998 – 20 W 224/98; MedR 1998, S. 519 ff.) – eine analoge Anwendung des § 1904 BGB ab. Nach dieser Vorschrift benötigt der Betreuer für seine Einwilligung in ärztliche Eingriffe, die lebensgefährdend sein können, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Mit der Ablehnung der analogen Anwendung dieser Vorschrift auf die Therapieminimierung mit der bewussten Inkaufnahme des absehbaren Todes des Betreuten verneint das Landgericht München I seine Zuständigkeit für eine entsprechende Genehmigung. Vielmehr haben nach Auffassung des Landgerichts München I ausschließlich „Ärzte und Angehörige über lebensbeendende Maßnahmen in eigener Verantwortung zu entscheiden“. Ergebnis und Begründung dieser Entscheidung geben zu Zweifeln Anlass, denen nachzugehen hier kein Raum ist. Die Position des BGH und des OLG Frankfurt am Main hat das LG Duisburg in seinem Beschluss vom 9. Juni 1999 (NJW 1999, S. 2744 ff.) eingenommen und dabei mit eingehender Begründung die Argumente des LG München I zurückgewiesen.

Nachdrücklich muss daher vor der insbesondere in den Medien verbreiteten Auffassung gewarnt werden, die von Bundesgerichtshof und Oberlandesgericht Frankfurt am Main begründete Judikatur sei („zumindest in München“) gewissermaßen aufgehoben worden. Anders als der BGH und das OLG Frank-

furt am Main hat das Landgericht München I nämlich nicht als letzte Instanz entschieden. Solange kein letztinstanzliches Gericht von der bislang einhellig vertretenen Linie abrückt, kann allen Betroffenen nur geraten werden, vor einer Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zu beantragen.

Der Beschluss des Landgerichts München I und die öffentlichen Reaktionen hierauf machen aber schlaglichtartig deutlich, dass ärztliches Handeln und auch dessen Unterlassen am entscheidungsunfähigen Patienten generell und besonders gegen Ende des Lebens in einem bislang nicht gekannten Maße hinterfragt wird. Dies muss keineswegs als Ausdruck des Misstrauens von Patienten in das ärztliche Handeln im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit interpretiert werden. Wesentliche Ursache ist die Meinungsvielfalt über den Sinn einer Lebensverlängerung mit den Methoden der modernen Medizin und über die Reichweite der ärztlichen Behandlungspflicht in den Grenzsituationen zwischen Leben und Tod am Ende einer progredienten Erkrankung, bei irreversibler Bewusstlosigkeit und schwerster geistiger Behinderung. Die Expertenrunde war sich einig, dass die Ärzteschaft aufgerufen ist, sich mit denjenigen Instrumenten zu befassen, die in Medizin, Ethik und Recht entwickelt worden sind, um dem Patienten in gesunden Tagen bei der Formulierung seines Willens zu helfen, damit im Falle der eintretenden Entscheidungsunfähigkeit nach diesem Willen sinnvoll verfahren werden kann bzw. der mutmaßliche Wille eines entscheidungsunfähigen Patienten eruiert wird, wenn keine bindenden Verfügungen getroffen worden sind.

<sup>1)</sup>Nach Erarbeitung dieses Papiers sind die „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ des Ausschusses für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt Nr. 43 vom 29. 10. 1999 S. A 2720) erschienen, auf die der eilige Leser verwiesen sei.



Einem möglichen Missverständnis soll an dieser Stelle vorgebeugt werden: Patientenverfügungen gehen notwendigerweise nicht nur in Richtung auf Unterlassung einer Maximaltherapie in „aussichtslosen“ Situationen, auch das Gegenteil kann der Fall sein. Ein Mitglied der Expertenrunde berichtete den Fall einer mehrfach behinderten Patientin, die mit einer Patientenverfügung Vorsorge gegen eine von ihr befürchtete „Untertherapie“ in Anbetracht ihrer offensichtlichen Behinderung treffen wollte.

Mag der eine oder andere ärztliche Leser das rechtliche Instrument der Patientenverfügung auch als Beeinträchtigung seines ärztlichen Heilauftrages empfinden, so bietet sie andererseits doch die Chance, sich eindeutig am Willen des Patienten orientieren zu können und sich nicht aus Sorge vor rechtlichen Sanktionen zu einer Maximaltherapie veranlasst zu fühlen.

Die Patientenverfügung ist Ausdruck der grundgesetzlich garantierten Selbstbestimmung des Patienten. Diese Selbstbestimmung des Patienten ist einer der Grundpfeiler für das Handeln des Arztes. Die Entscheidung des Arztes gründet sich auf die medizinische Indikation, das heisst die Nutzen-Risiko-Abwägung für den Patienten. Aus rechtlicher Sicht bedarf aber auch der medizinisch indizierte ärztliche Heileingriff der selbstbestimmten Einwilligung des Patienten.

Während es für Mediziner und Juristen zunehmend selbstverständlich wird, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten und zu beachten, ist vielen Patienten ihr Recht, in diesem sensiblen Bereich selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, nicht hinreichend bewusst. Jedem Patienten sollte empfohlen

werden, sich mit diesen Möglichkeiten gedanklich auseinanderzusetzen, sich vertrauensvoll mit seinem Arzt und/oder anderen Personen zu besprechen und für den Fall, dass seine Präferenzen klar feststehen, eine schriftliche, im Idealfall selbst verfasste Verfügung zu treffen.

## II. Welche rechtlichen Instrumente gibt es?

### Bestellung einer Vertrauensperson

Für den Fall, dass ein Patient seinen Willen nicht mehr bilden oder ausdrücken kann, soll eine im Voraus bestimmte Vertrauensperson dem behandelnden Arzt Informationen zur Ermittlung des in der konkreten Situation mutmaßlichen Willens geben, gegebenenfalls bei der Interpretation einer Patientenverfügung (siehe unten) helfen und vom Arzt die Begründung für sein Tun oder Unterlassen verlangen können. Dazu ist es sinnvoll, dass der Patient „in guten Tagen“ mit der Vertrauensperson seine Präferenzen und gegebenenfalls die in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen erörtert.

Ein eigenes Entscheidungsrecht über ärztliche Maßnahmen am Patienten hat die Vertrauensperson nicht. Will der Patient einer bestimmten Person dieses Recht einräumen, muss er eine Vorsorgevollmacht (siehe unten) erteilen bzw. durch eine Betreuungsverfügung (siehe unten) dafür sorgen, dass das Vormundschaftsgericht diese Person zum Betreuer bestellt, wenn er seine Angelegenheiten nicht mehr selbst zu besorgen vermag (§ 1896 BGB).

In erster Linie dient die Vertrauensperson dazu, die wegen des Zustandes des Patienten unmöglich gewordene Kommunikation zwischen Patient und Arzt so gut wie möglich zu ersetzen. Dazu wird der Arzt der Vertrauensperson gegenüber von der Schweigepflicht entbunden, weshalb sich die Schriftform für die Bestellung der Vertrauensperson empfiehlt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Arzt auch Angehörigen gegenüber grundsätzlich der Schweigepflicht, das heisst dem Verbot der unbefugten Offenbarung von Geheimnissen, unterliegt, er sich allerdings auf Grund stillschweigender Einwilligung des Patienten

gegenüber nahen Angehörigen in der Regel als zur Offenbarung befugt betrachten mag. Doch sollte er die Frage seiner Befugnis in jedem Einzelfall prüfen.

Die Bestellung der Vertrauensperson ist ein wirksames Mittel gegen die Angst des Patienten davor, eines Tages gegenüber einer anonymen, routinemäßig ablaufenden und am Ende nur noch defensiv motivierten Medizin allein gelassen und ihr ausgeliefert zu sein.

### Vorsorgevollmacht

Unter diesem Begriff versteht man die Bevollmächtigung einer (meist nahestehenden) Vertrauensperson oder auch mehrerer Personen für bestimmte, meist sehr weitgefaste Angelegenheiten. Den Charakter der Vorsorge erhält diese Vollmacht dadurch, dass sie erst dann wirksam wird, wenn der Vollmachtgeber seine Geschäftsfähigkeit verliert. Im Zeitpunkt ihrer Erteilung setzt sie freilich auf Seiten des Vollmachtgebers Geschäftsfähigkeit voraus. Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung des Rechtsinstituts der Betreuung 1992 die Vormundschaft über Volljährige und die Gebrechlichkeitspflegschaft abgelöst sowie die Subsidiarität der Betreuung festgelegt: Nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB darf ein Betreuer dann nicht bestellt werden, wenn die Angelegenheiten des Volljährigen ebenso gut durch einen Bevollmächtigten besorgt werden können. Eine solche Bevollmächtigung in gesunden Tagen kann also bei Verlust der Fähigkeit, seinen Willen zu bilden oder zu äußern, die Bestellung eines Betreuers (das heisst insbesondere den Gang zum Vormundschaftsgericht) ersparen. Sie wird daher nicht nur vom Gesetzgeber, sondern insbesondere von vielen älteren Menschen als das gegenüber der Betreuung mildere und daher vorzugswürdige Mittel angesehen.

Durch die am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Einfügung des Abs. 2 in § 1904 BGB<sup>2)</sup> hat der Gesetzgeber einen schwelenden Meinungsstreit dahingehend beendet, dass die Vorsorgevollmacht auch und gerade für den gesundheitlichen Bereich Bedeutung haben kann. Allerdings muss die Bevollmächtigung zur Einwilligung in Heileingriffe schriftlich erteilt werden und sie muss die in § 1904 Abs. 1 BGB genannten Maßnahmen ausdrücklich umfassen – eine Generalvollmacht alleine genügt diesbezüglich nicht. Zudem bedarf die Einwilligung des Bevollmäch-

<sup>2)</sup>§ 1904 BGB lautet: „(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.“

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.“

tigten in risikoreiche Eingriffe – ebenso wie die des Betreuers – der Vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung.

### Betreuungsverfügung

Unter Betreuungsverfügung versteht man allgemein Regelungen, die in Zeiten unbeeinträchtigter Willensfreiheit für den Fall der Anordnung einer Betreuung getroffen werden. Dazu gehört insbesondere die Bestimmung, wer Betreuer werden soll. Im hier interessierenden Zusammenhang kommt der Betreuungsverfügung vor allem insofern Bedeutung zu, als eine Patientenverfügung im Falle der Bestellung eines Betreuers als Betreuungsverfügung *weitergelten* kann.

Zur Frage der Verbindlichkeit der Betreuungsverfügung darf auf die entsprechenden Ausführungen bei der Patientenverfügung (siehe unten) verwiesen werden. Der Adressat der Betreuungsverfügung ist allerdings primär der Betreuer, der nach § 1901 Abs. 3 BGB den Wünschen des Betreuten zu entsprechen hat, soweit dies nicht dessen Wohl zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist.

Deshalb sei in diesem Zusammenhang auch an die Möglichkeit gedacht, zu Zeiten uneingeschränkter Willensfreiheit nicht nur Vorschläge für die Auswahl eines Betreuers, sondern auch Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung schriftlich festzuhalten, was für die Entscheidungsfindung des Betreuers im Interesse des Patienten sehr hilfreich sein kann. Der Gesetzgeber hat in § 1901 a BGB diese Form der Willensäußerung unter besonderen Schutz gestellt.

### Patientenverfügung

Unter einer Patientenverfügung versteht man eine meist schriftliche Willensäußerung des – späteren, potentiellen – Patienten an die – späteren, potentiellen – Ärzte, gegebenenfalls auch Vertrauenspersonen, Bevollmächtigte und Betreuer, die an die Stelle einer dann nicht mehr möglichen Entscheidung des Patienten treten soll. Die oft gehörte Bezeichnung „Patiententestament“ meint dasselbe, ist aber irreführend: Der Verfö-

gende will ja gerade regeln, was vor seinem Tod mit ihm – und nicht was nach seinem Tod mit seinem Vermögen – geschehen soll. Vor allem aber könnte die Bezeichnung „Patiententestament“ zu dem Schluss verleiten, dass die besonderen Formerfordernisse des Testamentes beachtet werden müssten. Dies ist aber nicht der Fall: Patientenverfügungen bedürfen keiner bestimmten Form, wenngleich sie meistens schriftlich abgefasst sein werden. Wirksam ist insbesondere auch eine vorgedruckte Erklärung, die handschriftlich unterzeichnet wird.

Zur Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen<sup>3)</sup> führen die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (DÄBl Nr. 39/1998 S. A-2365) folgendes aus:

*„Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll.“*

Freilich bleiben bei der konkreten Entscheidung viele schwierige Probleme zu lösen, die mit der Auslegung der Patientenverfügung und der Frage, ob sie der Patient wirklich für diese Lage gelten lassen wollte, zusammenhängen. Sollte sich nämlich ergeben, dass die konkrete Situation *nicht* von der Patientenverfügung umfasst ist, gilt (wie in dem Fall, dass keine Patientenverfügung getroffen wurde) der *mutmaßliche* Wille des Patienten.

**Besondere Aufmerksamkeit verdienen daher die Auslegungshilfen, die in den „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gegeben werden.**

*„Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst.“*

*„Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung.“*

Entscheidend bleibt danach, welchen Willen der Patient selbst mit seiner Erklärung verbunden hat; doch soll es denkbar sein, dass sich dieser Wille des

Patienten nach Abfassung der Erklärung noch geändert hat. Der Intention der Grundsätze, die insbesondere in der Betonung der „Ernsthaftigkeit“ zum Ausdruck kommen, entspricht es, vor jedem schematischen Vorgehen bei der Auslegung von Patientenverfügungen zu warnen. Unter diesem Vorbehalt wird man annehmen können: Je länger und besser der Patient die Abgabe seiner Patientenverfügung überdacht hat, desto eher ist diese beim Wort zu nehmen. Dem Patienten beim Abfassen seiner Verfügung zu helfen, kann auch ärztliche Aufgabe sein.

Um sicherzustellen, dass der behandelnde Arzt im gegebenen Falle von einer Patientenverfügung überhaupt Kenntnis bekommt, muss man sie bei sich tragen, zumindest aber einen Hinweis darauf, dass sie existiert und wo oder bei wem sie sich befindet. Darüber sollten auch Angehörige unterrichtet sein. In Bayern kann man eine Patientenverfügung beim Vormundschaftsgericht hinterlegen.

## III. Wie können Ärzte ihre Patienten beraten?

### Checkliste für Patientenverfügungen

Was sinnvollerweise zum Inhalt von Patientenverfügungen gemacht wird, hängt selbstverständlich maßgeblich vom Willen und den Vorstellungen des Patienten ab. Von daher sollen die Punkte 2 bis 9 der nachfolgenden „Checkliste“ nur als Hinweise verstanden werden, was in jeder Patientenverfügung geregelt werden kann. Keinesfalls muss zu jedem der Punkte 2 bis 9 eine Aussage getroffen werden, damit die Patientenverfügung wirksam ist.

- 1) Name und Anschrift des Patienten
- 2) Wesentliche Diagnosen (Prognosen), aktueller Gesundheitszustand
- 3) Beschreibung der „medizinischen“ Situationen, für die die Verfügung gelten soll (zum Beispiel „wenn medizinisch eindeutig festgestellt ist,
  - dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde oder

<sup>3)</sup>Vgl. Johannes Möller: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung. Angermühler Gespräche Medizin-Ethik-Recht, Hg. Hans-Rainer Buchmüller, Verlag Richard Rothe, Passau – erscheint demnächst.

- dass keinerlei Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht oder
  - dass ein Herz-Kreislauf-Stillstand eingetreten ist oder
  - .....“)
- 4) Beschreibung der Art der Behandlungsbegrenzung (zum Beispiel „keine Organtransplantation“, „keine Reanimation“, „keine Dauerbeatmung“ etc.) und eine klare Aussage darüber, ob die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen auch die Einstellung/Reduktion einer künstlichen Ernährung/und oder der Gabe von Flüssigkeit bedeuten kann.
- 5) Beschreibung der Art von Behandlung, die in dieser Situation wichtig ist (zum Beispiel „Ausschöpfung aller pflegerischen und lindernden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist“ etc.)
- 6) Ablehnung aktiver Sterbehilfe
- 7) Benennung von Vertrauenspersonen (eventuell auch eines vertrauten Arztes), mit denen der Inhalt der Patientenverfügung besprochen wurde. Diese Personen, unter Umständen auch ein weiterer Zeuge, sollen durch Unterschrift bestätigen, dass die Patientenverfügung die des Betroffenen ist, und dass zur Zeit der Abfassung keine Anhaltspunkte für Störungen der Einsichts- oder Entscheidungsfähigkeit, einer Depression oder Suizidanz vorgelegen haben. Auch eine Entbindung von der Schweigepflicht sollte bezeugt werden.
- 8) Ein Hinweis auf die Widerrufsmöglichkeit dieser Erklärung.
- 9) Ort, Datum, Unterschrift von Patient, Vertrauenspersonen und Arzt des Vertrauens.

Es kann sinnvoll sein, eine oder alle unter Punkt 7 aufgeführten Vertrauenspersonen als Bevollmächtigte zu bestellen (siehe Vorsorgevollmacht). Für den Fall der Bestellung eines Betreuers sollte dem Vormundschaftsgericht mindestens eine der genannten Personen schriftlich vorgeschlagen werden (siehe Betreuungsverfügung).

<sup>4)</sup>Mit freundlicher Genehmigung der Autoren R. Kielstein und H.M. Sass, (Zentrum für medizinische Ethik, Bochum, 1995). Für die Hand des Patienten s. a. von denselben Autoren: Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Bochum, 5. Aufl. 1995.

**Bemerkungen:**

- 1) Alle Unterzeichner (Patient, Vertrauenspersonen, Arzt) besitzen ein Exemplar dieser Verfügung. Der Patient sollte bei seinen Ausweispapieren einen Hinweis bei sich tragen, dass eine derartige Patientenverfügung existiert sowie die Adresse der Vertrauenspersonen und des Arztes seines Vertrauens.
- 2) In Bayern besteht die Möglichkeit, ein Exemplar der Patientenverfügung beim Vormundschaftsgericht zu hinterlegen.
- 3) Um die Ernsthaftigkeit zu unterstreichen, können die Unterschriften alle ein bis zwei Jahre aktualisiert werden, gegebenenfalls könnten dann auch Textveränderungen vorgenommen werden.
- 4) Je älter und kränker ein Patient, um so näher dürfte die Erstellung einer Patientenverfügung liegen. Für junge gesunde Menschen, vor denen potentiell noch Lebensjahrzehnte liegen, ist die Abfassung einer Patientenverfügung wesentlich schwieriger. Bei ihnen ist eine besonders gründliche Auseinandersetzung mit der Thematik notwendig. In diesem Zusammenhang wird die Erstellung einer Wertanamnese (siehe unten) empfohlen.

**Wertanamnese**

Die Wertanamnese besteht darin, die persönliche Einstellung des Patienten zu den Themenkomplexen Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben, insbesondere seine Präferenzsetzung bewusst zu machen und kritisch zu reflektieren. Sie orientiert sich individuell unterschiedlich an religiösen oder weltanschaulichen Traditionen. Sie spielt aber auch prospektiv eine wichtige Rolle zur Reduzierung von Entscheidungskonflikten in der Gestaltung des Selbstentwurfes für die Zukunft. Wertanamnese ist in der Regel Selbstanamnese. Individuelle Wertanamnesen unterscheiden sich voneinander, sowohl durch Klarheit und Differenzierung als auch durch Konsistenz, natürlich auch durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei Werten, Wünschen, Zielen, Ängsten und Hoffnungen. Ihre Inhalte und Präferenzen ändern sich im Zusammenhang mit der Persönlich-

keitsentwicklung, erfreulichen und leidvollen Erfahrungen und in der Interaktion mit der kulturellen und sozialen Umwelt.

In den deutschen Sprachraum hat das Zentrum für medizinische Ethik, Bochum das Instrument der Wertanamnese eingeführt und wissenschaftlich begleitet. Aus den „Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen“<sup>4)</sup> ist nachfolgend – geringfügig verändert – das sich an den (potentiellen) Patienten wendende Kapitel „Werte“ wiedergegeben:

Es gibt mehrere verschiedene Werte, die bei Entscheidungen zu terminaler Behandlung und Pflege wichtig sind. Dieser Teil der Werte-Biographie lädt Sie ein, Ihre wichtigsten Werte zu kennzeichnen.

**Grundlegende Lebenswerte**

Die grundlegendsten Werte in diesem Zusammenhang betreffen unserer Erfahrung nach die Lebenslänge im Verhältnis zur Lebensqualität.

Welche der folgenden zwei Aussagen ist wichtiger für Sie?

- 1 Ich möchte so lange wie möglich leben, unabhängig von der Lebensqualität, die ich erfahre.
- 2 Ich möchte mir eine gute Lebensqualität erhalten, auch wenn das eine Lebensverkürzung bedeutet.

**Werte der Lebensqualität**

Viele Werte helfen die Lebensqualität, in der wir leben möchten, zu definieren. Die folgende Liste enthält einige der häufigsten.

- 1 Ich möchte meine Fähigkeit zu klarem Denken erhalten.
- 2 Ich möchte mich sicher und geborgen fühlen.
- 3 Ich möchte unnötige Schmerzen und Leiden vermeiden.
- 4 Ich möchte mit Respekt behandelt werden.
- 5 Ich möchte mit Würde behandelt werden, wenn ich nicht mehr für mich selbst sprechen kann.
- 6 Ich möchte meiner Familie keine unnötige Last sein.

- 7 Ich möchte im Stande sein, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.
- 8 Ich möchte auf angenehme Art und Weise sterben.
- 9 Ich möchte mit meinen nächsten Angehörigen zusammen sein, bevor ich sterbe.
- 10 Ich möchte meinen Angehörigen in guter Erinnerung bleiben.
- 11 Ich möchte in Übereinstimmung mit meinem religiösen Glauben und Traditionen behandelt werden.
- 12 Ich möchte, dass mein Körper nach meinem Tod mit Respekt behandelt wird.
- 13 Ich möchte nach meinem Tode mit der Spende meiner Organe kranken Mitmenschen helfen.
- 14 Ich möchte anderen helfen, indem ich einen Beitrag zur medizinischen Ausbildung und Forschung leiste.

#### IV. Wie kann der mutmaßliche Wille eines entscheidungsunfähigen Patienten (bei Nicht-Vorhandensein einer Patientenverfügung) ermittelt werden?

Kein ärztlicher Eingriff darf gegen den freien Willen des Patienten vorgenommen werden. Die Menschenwürde des Patienten, seine Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und freie Ent-

<sup>5)</sup> „Andererseits darf der Arzt berücksichtigen, dass es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherige Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht.“ (BGH Urteil vom 4. Juli 1984 – 3 StR 96/84; MedR 1985, S. 40 ff. – „Krefelder Fall Wittig“)

<sup>6)</sup> Das Problem, ob es sich strafrechtsdogmatisch in allen drei Fällen um eine rechtfertigende Einwilligung oder um ein sogenanntes latbestandsausschließendes Einverständnis handelt, soll hier nicht vertieft werden, zumal der Unterschied keine praktischen Konsequenzen hat.

faltung der Persönlichkeit schützen nicht in erster Linie eine medizinisch objektivierte Gesundheit<sup>5)</sup>, sie sind vorrangig Freiheitsrechte. Sie gewähren auch das Recht, an seinem schicksalhaften Sterben nicht gehindert zu werden, insbesondere nicht durch ungewollte medizinische Eingriffe oder lebenserhaltende Maßnahmen.

So unbestritten dieser Grundsatz ist, so wenig hilft er, wenn der betroffene Patient – wie meist in den problematischen Situationen – seinen Willen nicht frei bilden oder nicht kundtun kann, man also nicht weiß, ob er von seinem Recht, an seinem Sterben nicht gehindert zu werden, Gebrauch machen würde.

Wenn der Patient vor Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit keine Vollmacht erteilt und keine unmittelbar auf die konkrete Situation zutreffende Verfügung getroffen hatte, muss grundsätzlich nach § 1896 BGB ein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden. Wenn für diese juristische Prozedur wegen der Eilbedürftigkeit der ärztlichen Maßnahme keine Zeit zur Verfügung steht, kann der therapeutische Eingriff ebenso wie seine Unterlassung oder Beendigung durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt<sup>6)</sup> werden: Diese greift Platz, wenn die Einwilligung selber nicht vom Betroffenen eingeholt werden kann. Die mutmaßliche Einwilligung rechtfertigt einen Eingriff, wenn die Würdigung aller Umstände ergibt, dass der Betroffene, wenn er gefragt werden könnte, seine Zustimmung erklären würde.

Doch nicht nur für den Eilfall, in dem die Betreuerbestellung nicht abgewartet werden kann, spielt die Erforschung des mutmaßlichen Willens bei Fehlen eines erklärten Willens eine entscheidende Rolle: Anders als der eingangs referierte Beschluss des Landgerichts München I sehen der Bundesgerichtshof und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main, aber auch unterinstanzliche Gerichte wie das Landgericht Duisburg, die Notwendigkeit, dass der Betreuer für den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen hat. Die Frage, welche Maßstäbe das Vormundschaftsgericht nun anwendet, wenn es über eine solche Genehmigung des Abbruchs (oder der Nichtaufnahme) lebenserhaltender Maßnahmen entscheiden muss, haben der BGH und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main

dahingehend beantwortet, dass die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen ausschlaggebend ist.

#### Wie lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten eruieren?

Es kommt vor allem an auf

- die altersbedingte (und krankheitsbedingte) Lebenserwartung
- das Ausmaß von Schmerzen
- frühere Äußerungen
- die religiöse Überzeugung und
- persönliche Wertvorstellungen

Eine Beurteilung der altersbedingten und krankheitsbedingten Lebenserwartung ist letztlich immer ärztliche Aufgabe. In diesem Zusammenhang ergeben sich häufig Situationen, in denen schon auf Grund höchsten Alters oder des Eindrucks einer tödlichen Erkrankung von vornherein Begrenzung geboten ist und palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund rückt. In derartigen Situationen werden sich ärztliche Überlegungen zur Indiziertheit lebensverlängernder Maßnahmen mit solchen der Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens überschneiden.

Ähnliches gilt für extreme Schmerzsituationen unter der Voraussetzung, dass die Schmerzbehandlungsmöglichkeiten nach dem neuesten medizinischen Standard ausgeschöpft worden sind.

In der Regel sind die behandelnden Ärzte in Grenzsituationen darauf angewiesen, mit Angehörigen, Vertrauenspersonen, dem Hausarzt und/oder Freunden des Patienten Gespräche zu führen, um den mutmaßlichen Willen zu eruieren. Seitens der Angehörigen oder Freunde werden in derartigen Gesprächen häufig sehr divergierende Ansichten vertreten, insbesondere dann, wenn sie vom behandelnden Arzt nach ihrer eigenen Meinung und nicht nach dem mutmaßlichen Willen des betroffenen Patienten gefragt werden.

Die wichtigste Regel in derartigen Gesprächen besteht darin, den Angehörigen klarzumachen, dass sie weder ihre eigene Meinung zur Fortsetzung oder Unterlassung bestimmter medizinischer Maßnahmen mitteilen sollen, noch dass sie selbst eine verantwortliche

Entscheidung treffen können. Es darf immer nur darum gehen, von Angehörigen, Freunden oder dem betreuenden Hausarzt Anhaltspunkte zu erfahren, aus denen sich der mutmaßliche Wille des Patienten ableiten lässt. Zu diesen Anhaltspunkten gehören frühere mündliche Äußerungen des Patienten, seine religiösen Überzeugungen und seine persönlichen Wertvorstellungen. Folgende Fragen, die der behandelnde Arzt an Angehörige, Freunde oder den Hausarzt stellt, könnten derartige Gespräche erleichtern:

1. Hat sich der Patient früher schon einmal zu einer vergleichbaren Krankheitssituation geäußert, von der Dritte betroffen waren und hat er ausgesprochen, was er für sich selbst in dieser Situation wünschen würde? Wie hat er auf Behinderungen anderer reagiert?

(Da zunächst keine spontanen Antworten auf eine derartige Frage erfolgen, muss nachgefragt werden, ob Nachbarn, Bekannte oder Verwandte schon in einer ähnlichen Situation waren, ob im Rahmen einer Fernseh- sendung vergleichbare Schicksale gezeigt wurden oder ähnliches).

2. Wie war die religiöse Einstellung des Patienten? Hat sie bei früheren Erkrankungen oder in anderen Lebenskrisen des Patienten eine wichtige Rolle gespielt? Welche Rolle?

3. Wovor hatte er Angst?

4. Hat der Patient über das Leben nach dem Tod gesprochen? Hat er sich bezüglich Bestattungswünschen, Nachruf, Nachlass geäußert oder etwas schriftlich festgelegt?

5. War der Patient so selbstständig, dass er fremde Hilfe nie annehmen konnte? Hat er unter vorübergehendem Nachlassen bestimmter Fähigkeiten

sehr gelitten? Oder konnte er fremde Hilfe gut annehmen?

6. Waren menschliche Beziehungen für den Patienten wichtig? Hat er sich wohlgefühlt im Kreis der Familie oder Freunde, gab es Spannungen? Gibt es nicht gelöste Spannungen innerhalb der Familie, die noch der Lösung bedürfen?

7. Wie verlief der Alltag im Leben des Patienten in den letzten Jahren?

8. Hat sich der Patient dazu geäußert, ob er möglichst lang leben möchte unabhängig von der Lebensqualität oder ob ihm die Lebensqualität so wichtig ist, dass er bei eingeschränkter Lebensqualität keinen Wert mehr auf lebenserhaltende Maßnahmen legen würde? Hat er sich zu Fragen der Selbsttötung und Euthanasie geäußert?

Diese Fragen sind nur als Anregung gedacht und müssen individuell erweitert oder verändert werden.

Es gibt eine Reihe medizinischer Situationen, in denen der Patient zwar weder einsichts- noch entscheidungsfähig ist, in der jedoch körpersprachliche Äußerungen noch häufig beobachtet werden können. Diese Äußerungen sind von allen Beteiligten (Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Angehörigen, Freunden etc.) ernst zu nehmen und zu beachten. Derartige körpersprachliche Äußerungen können im Widerspruch zu den Angaben der Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des Patienten stehen oder ihn unterstreichen.

Es gibt Situationen, in denen die Mosaiksteine der Befragung von Angehörigen, Freunden und dem Hausarzt so gut zusammenpassen und mit den körpersprachlichen Äußerungen des Patienten übereinstimmen, dass der behandelnde Arzt auf den mutmaßlichen Willen des Patienten auch dann Rückschlüsse ziehen kann, wenn keine schriftlichen Äußerungen vorliegen. Es gibt aber auch Situationen, in denen auf Grund unterschiedlicher Interessenlagen die Aussagen so widersprüchlich sind, dass der mutmaßliche Wille des Patienten nicht konkret zu eruieren ist.

„Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifelsfall hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.“<sup>73</sup>

## V. Inwieweit sind vorformulierte Patientenverfügungen hilfreich?

Die Expertenrunde hat nach ausführlicher Diskussion davon Abstand genommen, selbst ein Muster für eine Patientenverfügung zu verfassen. Zur Zeit existieren etwa 35 Muster dieser Art, die nicht nur von medizinischen und juristischen Fachzeitschriften, von Kirchen, Kommunen und Hospizvereinen, sondern neuerdings auch von Fernsehillustrierten verbreitet werden. In den Medien wird diese Vielfalt und der Umstand, dass keines der Formulare „verbindlich“ ist, schon als verwirrend kritisiert. Als Reaktion auf diese Kritik – ihre Berechtigung einmal unterstellt – einen 36. Formulierungsvorschlag zu entwerfen wäre sicher nicht sinnvoll. In der Konsequenz dieses Standpunkts läge vielmehr die Durchsetzung eines Vorschlags gegenüber allen anderen und damit die Etablierung eines „bundeseinheitlichen Formulars zur Patientenverfügung“. Abgesehen von der Frage, ob und wie eine solche Vereinheitlichung überhaupt realisiert werden könnte, erscheint dieses Ziel der Expertenrunde nicht erstrebenswert:

Je einheitlicher die verwendeten Patientenverfügungen werden, desto größer ist die Gefahr, diese auch uniform und nicht auf den individuellen Patienten bezogen auszulegen. Schon heute gibt es zu manchen der Verfügungsvordrucke kritische Kommentierungen und Interpretationsversuche; diese Tendenz würde sich bei der Existenz einer „bundeseinheitlichen“ Patientenverfügung mit Sicherheit verstärken. So wie die Verfasser solcher Formulare noch nicht wissen,

<sup>73</sup> Leitsatz des Urteils des BGH vom 13. September 1994 – I StR 357/94; MedR 1995, S. 72 ff. – „Kemptener Fall“. S. a. H.W. Opderbecke und W. Weissauer: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei irreversibler Bewusstlosigkeit. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 1996, 42.

wer sich diese tatsächlich zu eigen machen wird, wissen ihre Interpreten nicht, wer die Auslegungen und Anmerkungen dazu lesen und beherzigen wird. Wenn nur der Arzt das tut, nicht aber der Unterzeichner der Patientenverfügung (und das dürfte nicht unwahrscheinlich sein), können Missverständnisse mit gewaltigen Konsequenzen provoziert werden.

Schließlich könnte durch solche Vereinheitlichungsbemühungen in der Öffentlichkeit auch der Eindruck entstehen, dass hier eine „wasserdichte“ kautelarjuristische Absicherung gefunden werden solle, um insbesondere die Ärzte und die Angehörigen vor allen Risiken zu bewahren.

Sowohl für die essentielle Feststellung der Ernsthaftigkeit (vgl. oben) als auch für jede weitere Auslegung der Patientenverfügung dürfte der Arzt sehr viel

mehr Anhaltspunkte finden, wenn die Patientenverfügung aus einem eigenständig formulierten Text besteht. Dies bietet zunächst einmal die Gewähr dafür, dass überhaupt eine wirkliche gedankliche Auseinandersetzung mit diesem Thema stattgefunden hat. Einem unterschriebenen Ausschnitt aus der Fernsehillustrierten sieht man leider nicht an, ob der Unterzeichner eine Woche oder eine Minute darüber nachgedacht hat. Und gerade der „seriöse“ Vordruck aus amtlicher Quelle birgt die Gefahr, dass er im Vertrauen auf den Verfasser unterschrieben wird, ohne dass sich der Unterzeichner gründlich überlegt, ob er selber denn die beschriebenen Regelungen treffen möchte. Auch das Risiko, dass alte, kranke Menschen von ihren Angehörigen ein solches Formular zur Unterschrift vorgelegt bekommen, ohne richtig zu verstehen, worum es geht, ist nicht von der Hand zu weisen.

Wenn im Vordruck – wie meistens – mehrere Situationen beschrieben sind, in denen der Patient keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünscht, ist die Annahme leider durchaus lebensnah, dass der Betroffene nur wegen einer einzigen Situation die Patientenverfügung unterschrieb, aber aus „Respekt vor dem Vordruck“ die anderen Alternativen nicht durchgestrichen hat. Nicht umsonst misst unsere Rechtsordnung der Unterschrift unter einen von Fremden vorformulierten Text tendenziell weniger Geltungskraft zu als der selbst formulierten Erklärung.

Daher sollten Ärzte wie Juristen alle diejenigen, die eine Patientenverfügung abgeben möchten, dazu ermuntern, dies mit eigenen Worten zu tun. Bereits vorhandene Formulare können ebenso wie die Ausführungen unter III. als Anregung und Formulierungshilfe oder als eine Art Checkliste genutzt werden.

die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners den Eintritt des Schuldnerverzugs. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die von der Rechtsprechung ursprünglich mit der Kategorie der „wirtschaftlichen Unmöglichkeit“ gelösten Fälle nach neuerer Rechtsprechung und herrschender Meinung in der Literatur nach den Grundsätzen über den Wegfall der Geschäftsgrundlage zu lösen sind.

...

3. Aber auch dieses Rechtsinstitut greift im Streitfall nicht zu Gunsten des Beklagten ein.

Da nach der angeführten gesetzlichen Interessenwertung der Geldschuldner allein das Risiko der Geldbeschaffung zur Zahlung seiner Verbindlichkeiten trägt, kann die mangelnde Zahlungsfähigkeit auch grundsätzlich keinen Fortfall der Geschäftsgrundlage bewirken. Die Fälle der bloßen Zahlungsunfähigkeit sind deshalb grundsätzlich von den Fällen der „wirtschaftlichen Unmöglichkeit“ und der Lehre vom Wegfall der Geschäftsgrundlage zu unterscheiden. Rechtsprechung und Lehre stehen deshalb auch einheitlich auf dem Standpunkt, dass in den Fällen der Anmietung oder der Pacht von Geschäftsräumen oder betrieblichen Geräten der Mieter oder Pächter das Ertragsrisiko zu tragen hat, also das Risiko der Verwirklichung seiner Erwartung, in den gemieteten Räumen, mit dem gepachteten Unternehmen oder den gemieteten Geräten Gewinne zu erzielen und nicht in Verluste zu geraten. Mit seiner unternehmerischen Entscheidung zur Anmietung übernimmt der Mieter das Risiko eines finanziellen Fehlschlags. Deshalb lässt das Ausbleiben der erhofften Gewinn bringenden Geschäfte die Geschäftsgrundlage zwischen den Mietvertragsparteien unberührt.

Etwas anderes kann nur in solchen Ausnahmefällen gelten, in denen der Geldgläubiger das Gewinnerwartungsrisiko des Schuldners ausdrücklich oder konkludent übernommen hat oder zumindest durch seine Werbung oder in sonstiger Weise zu erkennen gegeben hat, dass er sich dessen Leistungsrisiko mit zu eigen machen wird. ...

Ein derartiger Ausnahmefall einer ausdrücklichen oder konkludenten Risikoübernahme ist hier jedoch nicht erkennbar.

...

Der Beklagte vermag dem nicht mit der Berufung auf den diffusen Begriff der „Risikogemeinschaft“ erfolgreich entgegenzutreten. Der Begriff der Risikogemeinschaft wurde in Rechtsprechung und Literatur auf eng begrenzte Fälle beschränkt. Hierzu gehören insbesondere die gemeinschaftliche Verwahrung von Eigentum mehrerer in Notsituationen, der Teilverlust bei der Sammelverwahrung oder bei einer Sammelsendung. Hierbei handelt es sich aber sämtlich um Fälle der gemeinsamen Gefahr für die Rechtsgüter vertraglich untereinander nicht verbundener Vermögensträger. Mit dem hier in Frage stehenden Problem der vertraglichen Risikoverteilung hat dieser Rechtsgedanke keinerlei Berührungspunkte.

Nicht einschlägig sind auch die Fälle, in denen in der Rechtsprechung bei einer Änderung von Gesetzgebung oder obergerichtlicher Rechtsprechung eine Berufung auf den Wegfall der Geschäftsgrundlage zugelassen wurde. Diese Fälle zeichnen sich sämtlich dadurch aus, dass die nachvertraglichen Änderungen von Gesetzgebung und Rechtsprechung unmittelbar das vertragliche Äquivalenzverhältnis berührten und entscheidend veränderten. ...

#### ANZEIGE:



### Ihr Partner für ärztliches Marketing

#### ATKOMED - Beratungsgespräche

Vertrauliche Gespräche mit Praxisinhabern, Ökonomische Gesamtanalysen der Praxis, Professionelle Marketingkonzepte um individuelle Bedürfnisse mit gesetzlichen Vorgaben und den Bedingungen des Marktes zu verbinden, Selbstzahlerleistungen, Umsatzstabilität, Arbeitsleistungssteigerung, Kooperation, integrierte Versorgungsleistungen.

#### ATKOMED - Personaltraining

Schulung des Praxispersonals für Strukturveränderungen, Selbstzahlerleistungen, Patientenberatung, Effektivierung, Qualitätssteigerung.

#### ATKOMED - Seminare

Unsere Themen sind Ärztliches Marketing, Ärztliche / Medizinische Kooperationen, Berufs- / Vertragsarztrecht für ärztliche Unternehmer, Internet / neue Medien, Selbstzahlerleistungen, Arzt als Arbeitgeber und aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik.

#### ATKOMED - Selbstmanagement (Spezialseminar)

Visionen entwickeln und Lebensziele verwirklichen. Zeitmanagementregeln, die Ihre Lebensqualität verbessern. Dieses Spezialseminar ist ein Erfahrungs- und Persönlichkeitsseminar, daß sich an Führungskräfte der Wirtschaft richtet aber auch als Incentive hervorragend geeignet ist.

#### Weitere Informationen über ATKOMED:

ATKOMED - Hintergasse 16, 65817 Eppstein  
Tel. 0 61 98/57 93 00, Fax 0 61 98/5 79 00 71

So verlor zum Beispiel der Verkauf einer Apothekenrealkonzession aus dem Jahre 1986 seinen vertraglichen Sinn, als 1988 die allgemeine Niederlassungsfreiheit angenommen wurde.

...

Mit diesen Fällen sind die durch das GSG 1992 bewirkten Änderungen der Gewinnstruktur der Kassenärzte nicht vergleichbar. Hierdurch wird das vertragliche Äquivalenzverhältnis des abgeschlossenen Mietvertrages nicht unmittelbar berührt. Das GSG hat durch seine Eingriffe in das Abrechnungssystem der Kassenärzte unmittelbar nur dazu geführt, dass die von den Kassenärzten erwirtschafteten Erträge und Gewinne reduziert wurden. Lediglich mittelbar hatte dies zur Folge, dass der Beklagte nicht mehr über die finanziellen Mittel verfügte, um sei-

ne Verbindlichkeiten gegenüber der Klägerin zu erfüllen. Hierin liegt jedoch keine vertragliche Äquivalenzstörung, es hat sich lediglich das – allein vom Beklagten zu tragende – Verlustrisiko verwirklicht.

Unerheblich ist in diesem Zusammenhang der Hinweis des Beklagten darauf, dass nach Erlass des GSG die Gerätepreise für die Ausstattung von radiologischen Praxen erheblich verfallen sind und er deshalb gleichartige Geräte später billiger hätte anmieten können und auch angemietet hat. Ein solcher Umstand berührt das vertragliche Äquivalenzverhältnis ebenfalls nicht. Es ist das Risiko eines jeden Abnehmers, der – wie der Beklagte – einen langjährigen Mietvertrag abschließt, wenn später infolge einer Marktveränderung die Mietpreise fallen und sich

herausstellt, dass er zu einem ungünstigen Mietpreis abgeschlossen hat. Er kann dieses Risiko nicht einseitig auf die Klägerin verlagern. Andernfalls käme man zu dem mit Treu und Glauben völlig unvereinbarem Ergebnis, dass die Anbieterseite nicht nur den späteren Verfall der Marktpreise in Kauf zu nehmen hätte, sondern überdies noch auf ihren Gewinn aus den günstigen Altverträgen verzichten müsste. Ein derartiges Verhalten kann ihr redlicherweise nicht zugemutet werden.

...

Als Ergebnis ist somit festzuhalten, dass sich der Beklagte

nach seinem bisherigen Vorbringen nicht auf den Wegfall der Geschäftsgrundlage berufen kann. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass hier eine völlige Loslösung vom Vertrag schon deshalb nicht in Betracht kommt, weil es der Beklagte versäumt hat, wegen des behaupteten Wegfalls der Geschäftsgrundlage, die fristlose Kündigung des Mietvertrages auszusprechen.

Soweit der Beklagte nunmehr vorträgt, er sei durch die Klägerin auf Grund eines von dieser erstellten Rentabilitäts- und Finanzierungskonzepts zum Vertragsabschluss veranlasst worden, ändert dies am Ergebnis ebenfalls nichts.

...

Zwar könnte der neue Sachvortrag des Beklagten unter dem Gesichtspunkt der Lehre vom Wegfall der Geschäftsgrundlage nunmehr schlüssig sein. Das neue Vorbringen ist jedoch aus prozessualen Gründen nicht zuzulassen, weil es gemäß §§ 528 I, 276 I ZPO verspätet ist.

...

Insgesamt ist somit die Annahme des Landgerichts, der Beklagte könne sich nicht unter Berufung auf die Lehre vom Wegfall der Geschäftsgrundlage von seinen Zahlungspflichten ganz oder teil-

weise befreien, deshalb nicht zu beanstanden. Der Beklagte kann sich deshalb ebenso wenig wie ein Arbeitnehmer, der infolge Verlustes seines Arbeitsplatzes zahlungsunfähig wird, seines rechtlichen Insolvenzrisikos entledigen.

...

Einsender:

Mitglieder des 8. Zivilsenats des OLG Nürnberg

Vorsitzender Richter Stössel

Richter am Oberlandesgericht Horn

Richter am Oberlandesgericht Krauss



## STICHWORT

**Virus:**  
Arenavirus (RNA)

**Verbreitung:**  
Westafrika

**Infektionsweg:**  
Chronisch infizierte Nagetiere (*Mastomys natalensis*) stellen das Erregerreservoir dar. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt hauptsächlich durch infektiöse Aerosole der virushaltigen Nagerexkremate oder -blut. Nosokomiale Infektionen sowie Infektionen durch engen Kontakt mit akut erkrankten Personen wurden beschrieben (bluthaltige Aerosole). Saisonale Häufung während der Trockenzeit (Januar bis April).

**Dauer der Inkubation:**  
6 bis 21 Tage (meist sieben bis zwölf Tage)

**Symptomatik:**  
Die Symptomatik beginnt zumeist schleichend mit Fieber, Kopf- und Halsschmerzen, Husten und gastrointestinalen Beschwerden. In schweren Krankheitsfällen treten Hypotension, Hämorrhagien und Enzephalitiden auf. Diese Patienten weisen typische faziale und nuchale Ödeme auf. Patienten, die keine letale „capillare leak“-Symptomatik entwickeln, können während der zweiten bis dritten Krankheitswoche Komplikationen wie (zumeist bleibenden) Hörverlust, Perikarditis, Uveitis oder Orchitis erleiden. Einer frühen Lymphopenie folgt meist eine Neutrophilie. Die Thrombozytenfunktion, weniger die Thrombozytenzahl, ist bei schweren Krankheitsverläufen zumeist stark gestört.

**Letalität:** Ca. 5 bis 20 % der hospitalisierten Fälle (man nimmt an, dass ca. 90 bis 95 % der Infektionen mild oder inapparent verlaufen). Hohe SGOT-Werte (> 150 U/ml) und eine ausgeprägte Virämie deuten auf eine schlechte Prognose hin. Eine

besonders schwere Symptomatik ruft das Lassa-Fieber in schwangeren Frauen hervor, in über 80 % der Fälle kommt es zum Verlust des Fötus.

**Therapie:**  
Symptomatisch: die Gabe von Ribaverin innerhalb der ersten Tage nach Erkrankungsbeginn führt zu einer Reduktion der Letalität.

**Prophylaxe, Immunität:**  
Vermeiden von engem Kontakt mit Nagetieren bzw. erkrankten Personen. Strikte Patientenisolierung, fachgerechte Entsorgung von kontaminiertem Patientenmaterial, um nosokomiale Infektionen zu vermeiden.

## Lassa-Fieber

Serologische Untersuchungen in Endemiegebieten deuten auf inapparente Reinfektionen hin.

**Gesetzliche Regelungen:**

Viral bedingte hämorrhagische Fieber sind meldepflichtig bei Verdacht, Erkrankung und Tod.

**Diagnostik:**  
Virusnachweis aus Blut, Rachenspülflüssigkeit, Urin oder aus Biopsien (Sicherheitslabor Klasse 4); besonders hohe Virustiter finden sich in Leber und Knochenmark.  
• Anzucht in Gewebekulturen (sensitiver als Anzucht in Babymäusen – gelingt nur in ca. 50 % der Fälle)  
• PCR

Serologie: Nachweis von spezifischen IgM und IgG Antikörpern mittels ELISA oder IF (IgM häufig schon zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme positiv).

Professor Dr. Herbert Schmitz, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg



# Fortbildungsveranstaltungen

Ankündigungen von Fortbildungsveranstaltungen an:  
 Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 81677 München,  
 Angelika Eschrich, Telefon 089/41 47-248, Fax 089/41 47-280  
 E-Mail: ankuendigungen@blaek.de

## Anästhesiologie

16. Februar 2000  
 in Erlangen

**1 ●** Interdisziplinäres Schmerzforum „Differentialdiagnose symptomatischer Kopfschmerzen“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit der DGSS **Leitung:** Dr. R. Sittl, Dr. K. Post, Dr. W. Rösowald **Ort:** Seminarraum der Klinik für Anästhesiologie, Hakenbau, Krankenhausstr. 12/III, Erlangen **Zeit:** 17 Uhr s. t. bis 18 Uhr **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Schmerzzambulanz, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 2S S6, Fax 0 91 31/85-3 69 04

Februar/März 2000  
 in Ingolstadt

**1 ● pro Veranstaltung** 23.2.: Autologe Transfusion bei Tumorchirurgie 1S.3.: Rückenmarksnahe Anästhesien – Ein Update **Veranstalter:** Klinikum Ingolstadt, Institut für Anästhesie und Intensivmedizin **Leitung:** Prof. Dr. G. Lenz **Ort:** Schulungsraum 6937 im Klinikum, Ingolstadt **Beginn:** 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Lenz, Klinikum, Krumenauerstr. 2S, 85049 Ingolstadt, Tel. 08 41/8 80-23 51, Fax 08 41/8 80-23 59

Februar/März 2000  
 in Nürnberg

**1 ● pro Veranstaltung** „Anästhesiologische Kolloquien“ 24.2.: Diagnosis and Therapy of Fungal Infections 16.3.: Möglichkeiten und Grenzen der radiologischen Diagnostik 30.3.: Risikoma-

nagement als qualitätssichernde Maßnahme – Der forensische Notfallkoffer; Verhalten nach einem Zwischenfall aus juristischer Sicht **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. D. Heuser **Ort:** Hörsaal 17 I oder Hörsaal der Frauenklinik, Klinikum Nürnberg Nord, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, Nürnberg **Beginn:** 17 Uhr **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Nürnberg Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg, Tel. 09 11/3 98-53 02, Fax 09 11/3 98-53 52

28. Februar 2000  
 in Murnau

**1 ●** Anästhesiologisches Kolloquium „Grundsätze zur anästhesiologischen Patientenaufklärung“ **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau, Abteilung für Anästhesie **Leitung:** Dr. J. Büttner **Ort:** BG-Unfallklinik Murnau **Beginn:** 19 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. J. Büttner, BG-Unfallklinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau, Tel. 0 88 41/48-23 19, Fax 0 88 41/48-21 14

14. März 2000  
 in Fürth

**1 ●** „Parenterale und enterale Ernährungsstrategien bei akut/chronisch niereninsuffizienten Patienten in der Intensivmedizin“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Fürth **Leitung:** Dr. U. Frucht **Ort:** Vortragssaal im Altbau (5. St.), Klinikum, Jakob-Henlein-Str. 1, 90766 Fürth **Beginn:** 16 Uhr s. t. **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Klinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 11/7S 80-2 81, Fax 09 11/7S 80-8 90

25. März 2000  
 in München

**3 ●** Symposium „Anästhesie bei Säuglingen und Kleinkindern“ **Veranstalter:** Institut für Anästhesiologie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. E. Kochs **Ort:** Hörsaal B im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 8.30 Uhr bis 13.15 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. C. Werner, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-42 91, Fax 0 89/41 40-48 85, E-Mail: C.P.Werner@lrz.tu-muenchen.de

10. bis 13. Juli 2000  
 in Tutzing

**14 ●** Tutzinger Schmerzkurs „Problematische Schmerzsyndrome“ mit Expertenforen und Workshops – nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Schmerztherapievereinbarung der KBV in der Fassung vom 1.7.1997 werden insgesamt 32 Stunden (à 45 Minuten) anerkannt **Veranstalter:** Krankenhaus der Missions-Benediktinerinnen, Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie in Zusammenarbeit mit der Schmerzzambulanz der Universität Erlangen und der DGSS **Leitung:** Dr. R. Thoma, Dr. R. Sittl **Ort:** Evangelische Akademie, Schlossstr. 2+4, Tutzing am Starnberger See **Teilnahmegebühr:** 750 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Dr. R. Thoma, Frau Wallisch, Schmerzzentrum am Krankenhaus der Missions-Benediktinerinnen, Bahnhofstr. 5, 82327 Tutzing, Tel. 0 81 58/99 96 44, Fax 0 81 58/99 96 45, E-Mail: Schmerzkurs@krankenhaus-tutzing.de **Internet:** <http://ourworld.compuserve.com/homepages/jrthoma>

## ANZEIGE:

Individuelle Praxisrichtungen

Schreinerwerkstätte  
**W. Brandlhuber**

Telefon 08085/230 · Fax 08085/1069  
 84427 St. Wolfgang-Lappach · Erlbacher Straße 1

## Augenheilkunde

26. Februar 2000  
 in Erlangen

**2 ●** Erlanger Augenärztliche Fortbildung „Retino-vitreal Chirurgie: Indikationen, Ergebnisse und Limitationen“ **Veranstalter:** Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. G. O. H. Naumann **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:**

9.30 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. J. Jonas, Augenklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3 43 79

## Chirotherapie

**1. Halbjahr 2000 in München und Neumarkt**  
Kurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“: Wirbelsäulenkurse I, II und III, Extremitätenkurse, Examenkurse **Veranstalter:** Seminar für praktische Chirotherapie (SPCH) **Leitung:** Dr. F. Th. Becker **Auskunft:** SPCH-Sekretariat, Heinrich-Stieglitz-Kehre 17, 81371 München, Tel. 0 89/72 43 03 66, Fax 0 89/72 43 03 99, E-Mail: SPCH.CHIROTHERAPIE@T-Online.de, Internet: <http://chirotherapie.de>

## Diagnostische Radiologie

**Februar 2000 in München**  
**1 • Punkt pro Veranstaltung**  
Interdisziplinäres Gefäßkolloquium „Aktuelle interdisziplinäre Aspekte der Angiologie (Fallvorstellungen)“ **Veranstalter:** Institut für Radiologische Diagnostik – Radiologische Forschung – der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Demonstrationsraum des Instituts für Radiologische Diagnostik im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** jeden Donnerstag um 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Institut für Radiologische Diagnostik, Frau Hällmayr, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-46 22, Fax 0 89/70 95-46 27

**13. März 2000 in München** **1 •**  
Münchener Angiographiekreis „Kasuistiken“ **Veranstalter:** Institut für Radiologische Diagnostik der LMU München, Klinikum Innenstadt **Leitung:** Prof. Dr. K. Hahn, PD Dr. G. Küffer **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München **Beginn:** 19 Uhr c. t. **Auskunft:** Institut

für Radiologische Diagnostik, Frau Wortmann, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-92 87

**7./8. April 2000 in Hausham** **7 •**  
„PACS-RIS-KIS 2000, Hands-on-Intensivtraining in kleinen Gruppen“ **Veranstalter:** Krankenhaus Agatharied, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin **Leitung:** Dr. R. Scheck **Ort:** Krankenhaus Agatharied, St.-Agatha-Str. 1, 83734 Hausham bei Miesbach **Anmeldung:** Sekretariat Radiologie, Krankenhaus Agatharied, Anschrift s. o., Tel. 0 80 26/3 93-25 55 oder -25 56, Fax 0 80 26/38 96 01

## Endokrinologie

**28. Februar 2000 in München** **AiP 1 •**  
„Differentialdiagnose der Gynäkomastie“ – aktuelle Falldiskussionen (Zeit zur Vorstellung von eigenen Problempatienten ist reserviert) **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Schwabing, Endokrinologischer Arbeitskreis **Leitung:** Prof. Dr. E. Standl, PD Dr. L. Schaaf **Ort:**

Hörsaal des Lehrgebäudes (Haus 11), Krankenhaus Schwabing, Kölner Platz 1, 80804 München **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis ca. 18.30 Uhr **Auskunft:** PD Dr. L. Schaaf, Anschrift s. o., Tel. 0 89/30 68-1 (Funk 15 72), Fax 0 89/30 62 24 54

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**15. Februar 2000 in München** **AiP 1 •**  
„Minimal-invasive Harninkontinenztherapie mitTVT – Erfahrungen an der Charité Berlin“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Neuperlach, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe **Leitung:** Frau PD Dr. G. Debus, München; Prof. Dr. W. Fischer, Berlin **Ort:** Konferenzsaal des Krankenhauses (östl. des Hauptgebäudes), Alfred-Döblin-Str. 24, München **Beginn:** 19.30 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat der Gynäkologischen Abteilung, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München, Tel. 0 89/67 94-24 51

**18. März 2000 in Erlangen** **2 •**  
„Ultraschallfortbildung“ **Veranstalter:** Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** PD Dr. E. Beinder **Ort:** Kleiner Hörsaal der Frauenklinik, Universitätsstr. 21-23, 91054 Erlangen **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Auskunft:** Kongressbüro der Frauenklinik, Manuela Bader, Anschrift s. o., Tel. 091 31/85-3 68 95, Fax 091 31/85-3 69 92, E-Mail: manuela.bader@gyn.med.uni-erlangen.de

**31. März bis 2. April 2000 in Erlangen** **10 •**  
5. Internationaler Fortbildungskurs „Mammadiagnostik“ **Veranstalter:** Gynäkologische Radiologie, Institut für Diagnostische Radiologie und Klinik für Frauenheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. R. Schulz-Wendtland **Ort:** Kongresszentrum Heinrich-Lades-Halle, Rathausplatz, Erlangen und Frauenklinik, Universitätsstr. 21-23, Erlangen **Teilnahmegebühr:** 910 DM **Anmeldung:** comed Kongressorganisation, Reichsgrafenstr. 10, 79102 Freiburg, Tel. 07 61/7 91 27-0, Fax 07 61/7 91 27-27, E-Mail: [info@comed-kongresse.de](mailto:info@comed-kongresse.de), Internet: <http://www.comed-kongresse.de>

### Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind durch das Kürzel **AiP** gekennzeichnet.

Da nicht alle als **Ausbildungsveranstaltungen** anrechenbaren Fortbildungsveranstaltungen hier veröffentlicht werden können, sollten **Ärztinnen/Ärzte** im Praktikum auch andere regionale und überregionale Fortbildungsankündigungen (z. B. der Ärztlichen Kreisverbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände) beachten.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im **AiP**-Ausweis bestätigt.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefasst, durchgeführt werden. Die nächsten Termine: **25. April und 27. September 2000 in München und 8. Dezember 2000 in Nürnberg.**

**Auskunft und Anmeldung (schriftlich erforderlich):** Helga Müller-Petter, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon 089/41 47-2 32, Fax 089/41 47-8 79, E-Mail: [aip@blaek.de](mailto:aip@blaek.de)

**1. April 2000 in München** **3 • pro Tag**  
2. Seminar Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie „Fluor-Pruritus-STD“ **Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, AG Bayern in Zusammenarbeit mit den Universitätsfrauenkliniken und dem Krankenhaus III. **Ordnung:** Dr. F. Graf v. Buquoy, Prof. Dr. C. J. Thaler **Ort:** Hörsaal im Krankenhaus Dritter Orden, Menzinger Str. 44, 80638 München **Zeit:** 9.30 bis 12.30 Uhr (Theorie), 13.30 bis 18.30 Uhr (VIT-Gruppe), am folgenden Sonntag von 9.30

bis 15.30 Uhr (Balintgruppe)  
**Anmeldung:** Dr. W. Heimrath, Gynäkologische Abteilung am Krankenhaus Dritter Orden, Anschrift s. o., Tel. 0 89/17 95-12 11 oder -12 13, Fax 0 89/17 95-12 96

## Gastroenterologie

**15. Februar 2000**  
**in Memmingen** AiP 2 ●  
 „Differentialdiagnose der chronischen Diarrhoe“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik II am Klinikum Memmingen **Leitung:** PD Dr. A. Pfeiffer, Memmingen; Prof. Dr. G. E. Feurle, Neuwied **Ort:** Klinikum, Bismarckstr. 23, 87700 Memmingen **Zeit:** 19 Uhr s. t. bis 21 Uhr **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. A. Pfeiffer, Anschrift s. o., Tel. 0 83 31/70-23 67, Fax 0 83 31/70-23 99

**19. Februar 2000**  
**in Augsburg** AiP 3 ●  
 „Pankreaskarzinom im interdisziplinären Gespräch“ **Veranstalter:** III. Medizinische Klinik im Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Wienbeck **Ort:** Großer Hörsaal im Zentralklinikum Augsburg, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg **Zeit:** 8.30 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Dr. J. Barnert, III. Medizinische Klinik, Tel. 08 21/4 00-23 50, Fax 08 21/4 00-33 31

**29. Februar 2000**  
**in Landshut** AiP 1 ●  
 Landshuter Gastroenterologengespräch „Therapie der Komplikationen der Leberzirrhose“ **Veranstalter:** Klinikum Landshut, Medizinische Klinik I und Medizinische Klinik am Krankenhaus Landshut-Achdorf **Leitung:** Prof. Dr. A. Holstege, Dr. F. Käser **Ort:** Vortragssaal der AOK Bayern, Direktion Landshut, Luitpoldstr. 28, Landshut **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. A. Holstege, Klinikum, Robert-Koch-Str. 1, 84034 Landshut, Tel. 08 71/6 98-33 10, Fax 08 71/6 98-34 76

**18. März 2000**  
**in Regensburg** AiP 3 ●  
 10. Tagung „Praktische Gastroenterologie und Hepatologie“ Themen: Probleme bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – Pankreaserkrankungen **Veranstalter:** Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg, II. Medizinische Klinik **Leitung:** Prof. Dr. K. H. Wiedmann **Ort:** Hörsaal der Krankenpflegeschule, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg **Zeit:** 8.30 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. H. Wiedmann, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Tel. 09 41/3 69-20 51, Fax 09 41/3 69-20 55

## Geriatric

**23. Februar 2000**  
**in Würzburg** 1 ●  
 „Gerontopsychologische Rehabilitation – Möglichkeiten stationär, teilstationär und ambulant“ **Veranstalter:** Geriatrie Rehabilitationsklinik Würzburg **Leitung:** Dr. W. Swoboda **Ort:** Geriatrie Rehabilitationsklinik, Kantstr. 45, 97074 Würzburg **Beginn:** 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. W. Swoboda, Anschrift s. o., Tel. 09 31/79 51-1 02, Fax 09 31/79 51-1 03

**18. März 2000**  
**in Würzburg** AiP 2 ●  
 „4. Würzburger Geriatrie-Symposium“ **Veranstalter:** Geriatrie Rehabilitationsklinik Würzburg **Leitung:** Dr. W. Swoboda **Ort:** Geriatrie Rehabilitationsklinik, Kantstr. 45, 97074 Würzburg **Beginn:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. W. Swoboda, Anschrift s. o., Tel. 09 31/79 51-1 02, Fax 09 31/79 51-1 03

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**16. Februar 2000**  
**in München** 2 ●  
 „Rhinologischer Workshop“ **Leitung:** Prof. Dr. E. Kastenbauer **Ort:** Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 14 bis 18 Uhr **Auskunft:** PD Dr. G. Rasp/Dr. R. Jund und Sekretariat der HNO-Klinik im Klinikum Großhadern, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-38 67 oder -38 73, Fax 0 89/70 95-88 25, E-Mail: mhertzog@hno.med.uni-muenchen.de

**23. Februar 2000**  
**in München** 1 ●  
 Loebell Lecture „Quantitative Laryngoskopie“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. W. Arnold **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Beginn:** 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. W. Arnold, HNO-Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-23 71/72, Fax 0 89/41 80 48 53, **Anmeldung nicht erforderlich**

## Innere Medizin

**25./26. Februar 2000**  
**in Erlangen** AiP 3 ● pro Tag  
 „33. Erlanger Fortbildungstag in praktischer Medizin“ mit klinischen Visiten und Seminaren **Veranstalter:** Medizinische Kliniken I und II mit Polikliniken der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. E. G. Hahn, Prof. Dr. W. G. Daniel **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Kliniken, Östliche Stadtmauerstr. 11, Erlangen **Zeit:** 25.2.: 9 Uhr s. t. bis 18 Uhr, 26.2.: 8.30 bis 13.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 60/30 DM **Anmeldung:** Kongressbüro der Medizinischen Klinik I, Michaela Hanisch, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 33 74, Fax 0 91 31/85-3 63 27, E-Mail: michaela.hanisch@med1-imed.uni-erlangen.de

**1. März 2000**  
**in Rothenburg o. d. Tauber** AiP 1 ●  
 „Gesund ins 3. Jahrtausend – Medizinische Aspekte mediterraner Kost“ **Veranstalter:** Krankenhaus Rothenburg, Abteilung für Innere Medizin **Leitung:** Dr. J. Hellwig, Rothenburg; Prof. Dr. H. Kasper, Würzburg **Ort:** Konferenzraum des Krankenhauses, Ansbacher Straße 131, 91841 Rothenburg ob der Tauber **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Dr. M. v. Aerssen, Anschrift s. o., Tel. 0 98 61/70 70, **Anmeldung nicht erforderlich**

### ANZEIGE:

**Unser Know-how ist die Praxis**



**Kompetenz für Design, Planung und Ausführung.**

Seit über 60 Jahren

**ZIEGLER**  
*Design*

Am Weiherfeld 1  
 94560 Neuhausen/Deggendorf  
<http://www.ziegler-design.de>  
 e-mail: [info@ziegler-design.de](mailto:info@ziegler-design.de)  
 A3, Ausfahrt: Metten, Neuhausen  
 Tel. 09 91 / 9 98 07-0  
 Fax 09 91 / 9 98 07-99

15. März 2000  
in München  
1 ●

AiP

Großhaderner Diabetes- und Stoffwechselfseminar „Fettstoffwechselstörungen im Rahmen des Diabetes mellitus“ – Teilnehmer haben die Möglichkeit der Vorstellung eigener Problempatienten **Veranstalter:** Medizinische Klinik und Poliklinik II der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** E. Hund-Wissner, PD Dr. K. Parhofer, Dr. C. Otto, Prof. Dr. P. Schwandt **Ort:** Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81377 München **Zeit:** 16 Uhr bis 18 Uhr **Auskunft:** PD Dr. K. Parhofer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-30 10, Fax 0 89/70 95-88 79

## Kardiologie

16. Februar 2000  
in Nürnberg  
1 ●

AiP

„Behandlungsstrategien bei therapierefraktären Angina-pectoris Patienten? – Implantation von Neurostimulation als Alternative?“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik 8, Klinikum Nürnberg Süd **Leitung:** Prof. Dr. M. Gottwik, Dr. V. Herrmann **Ort:** Raum A.EG.50 im Klinikum Nürnberg Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg **Beginn:** 17 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Gottwik, Frau Mieske, Anschrift s. o., Tel. 09 11/3 98-29 89, Fax 09 11/3 98-29 88

## Kinderheilkunde

Februar/März 2000  
in Memmingen

AiP

1 ● **pro Veranstaltung**  
23.2.: Harnwegsinfektionen: Neues und Altes in Diagnostik und Therapie 15.3.: Störungen der Pubertätsentwicklung **Veranstalter:** Kinderklinik am Klinikum Memmingen **Leitung:** Prof. Dr. R. Burghard **Ort:** Krankenpflegeschule am Klinikum, Bismarckstr. 23, 87700 Memmingen **Beginn:** 19 Uhr s. t.

**Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. R. Burghard, Anschrift s. o., Tel. 0 83 31/70-23 00, Fax 0 83 31/70-23 01

18. März 2000  
in Schweinfurt

AiP

2 ●  
Epilepsieseminar „Epilepsien im Kindesalter“ **Veranstalter:** Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin **Leitung:** Dr. H. Giesen, Schweinfurt; Dr. S. Unkelbach, Volkach **Ort:** Konferenzraum im Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-Adolf-Str. 8, 97419 Schweinfurt **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. H. Giesen, Anschrift s. o., Tel. 097 21/7 20-33 12, Fax 097 21/7 20-29 59

18./19. März 2000

in Gaißach 3 ● **pro Tag**

„11. Gaißacher Tage“ Themen am 18. März AiP u. a. Lebensstil und Allergieentwicklung – Behandlung von Asthma und obstruktiver Bronchitis im Säuglings- und frühen Kleinkindalter – Welche Impfungen sind bei chronischen Lungenerkrankungen heute zu empfehlen? – Seminare am 19.3.: Lungenfunktion – Naturheilverfahren bei atopischer Dermatitis – Astmaschulung in der Praxis – Atopische Dermatitis – Ernährung und Patientenschulung – Stationäre Adipositaschulung – Insulinpumpenbehandlung – Indikation und praktische Durchführung – Physiotherapie bei CF – EEG und Epilep-

sie **Veranstalter:** Kinderfachklinik Gaißach der LVA Oberbayern, Klinik für chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter **Leitung:** Prof. Dr. C. P. Bauer **Ort:** Kinderfachklinik, Dorf 1, 83674 Gaißach bei Bad Tölz **Zeit:** 18.3.: 9.30 bis 17 Uhr; 19.3.: 10 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. C. P. Bauer, Anschrift s. o., Tel. 0 80 41/79 82 21, Fax 0 80 41/79 82 22

25. März 2000  
in Altötting

AiP

3 ●  
„Pädiatrische Problemfälle in der Praxis“ Themen: Pädiatrische Problemfälle in der Praxis, Entwicklungen und Trends – Häufige, aber oft spät diagnostizierte Erkrankungen in der Pädiatrie – Diagnostik und Therapie in der pädiatrischen Traumatologie unter besonderer Berücksichtigung des Schädel-Hirn-Traumas – Problemfälle aus der pädiatrischen Gastroenterologie in der Praxis – Pädiatrisch-dermatologische Krankheitsbilder – Antworten zur Diagnostik und Therapie der vorgestellten Fälle **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus Alt/Neuötting, Zentrum für Kinder und Jugendliche **Leitung:** Prof. Dr. R. G. Schmid **Ort:** Hotel Post, Kapellplatz, Altötting **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. R. G. Schmid, Kreiskrankenhaus Alt/Neuötting, Vinzenz-von-Paul-Str. 10, 84503 Altötting, Tel. 0 86 71/5 09-12 47, Fax 0 86 71/5 09-12 44

## Kinder- und Jugendpsychiatrie

25. März 2000  
in München

AiP

3 ●  
6. Münchner Frühjahrs-symposium über psychische Entwicklungsstörungen „Sprachentwicklungsstörung und Gehirn“ **Veranstalter:** Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. W. v. Suchodoletz **Ort:** Hörsaal des Walther-Straub-Institutes für Pharmakologie und Toxikologie der LMU, Nußbaumstr. 26, München **Zeit:** 9.30 Uhr bis ca. 15.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. W. v. Suchodoletz, Frau Baader, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Fax 0 89/51 60-47 56, E-Mail: sekramb.kjp@lrz.uni-muenchen.de, <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de>

## Nephrologie

28. Februar 2000  
in München

AiP

1 ●  
„55. Sitzung des Nephrologischen Forums München“ Themen: Role of Galactose-Deficient Hinge Region and Antiglycane Antibodies in Pathogenesis of IgA Nephritis – Immunosuppressive Treatment in IgA Nephritis **Veranstalter:** Nephrologisches Forum München **Leitung:** Prof. Dr. F. Keller, Ulm **Ort:** Kleiner Hörsaal des Physiologischen Institutes, Pettenkoferstr. 12, 80336 München **Zeit:** 18.30 Uhr bis 21 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Thurau, Anschrift s. o., Tel. 0 89/59 96-5 28, Fax 0 89/59 96-5 32

## Nervenheilkunde

31. März bis 1. April 2000  
in Erlangen

AiP

Nervenärztliche Fortbildungsveranstaltung „Chronische Schmerzen: Diagnostik und

### Strahlenschutzkurse für Hilfskräfte nach § 23 Nr. 4 RbV

*Mittelfranken und Unterfranken*

Christiane Hedtkamp – Telefon 0 89/41 47-2 86

*Niederbayern, Oberfranken und Oberpfalz*

Christine Krügel – Telefon 0 89/41 47-2 70

*Oberbayern und Schwaben*

Silke Neumann – Telefon 0 89/41 47-2 B4

*München und Südbayern*

Walner-Schulen – Telefon 0 89/5 40 95 50

Therapie" **Veranstalter:** Neurologische, Psychiatrische und Neurochirurgische Kliniken mit Polikliniken der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. 8. Neundörfer, Prof. Dr. J. Demling, Prof. Dr. R. Fahlbusch **Ort:** Großer Hörsaal im Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Zeit:** 31.3.: 15 bis 18 Uhr **2 ●**; 1.4.: 9 bis 17 Uhr **3 ●** **Auskunft:** Dr. R. J. Witkowski, Psychiatrische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3 42 64, Fax 0 91 31/20 57 37 **Anmeldung:** Kongreß-Management, Herr 8ratenstein, Pillenreuther Str. 41, 90459 Nürnberg, Tel. 09 11/43 69 49, Fax 09 11/43 51 71

## Neurochirurgie

15. März 2000  
in Murnau **1 ●**  
„Standard in der Primärversorgung von Schädel-Hirn-Traumen" **Veranstalter:** 8G-Unfallklinik Murnau, Neurochirurgische Abteilung **Leitung:** Dr. H.-D. Jaksche **Ort:** BG-Unfallklinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Dr. H.-D. Jaksche, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-28 51

## Neurologie

Februar/März 2000  
in Würzburg  
**1 ● pro Veranstaltung**  
16.2.: Aktueller Stand der funktionellen Bildgebung mit MRT 1.3.: Visueller Neglect und Extinktionsphänomene: Neurobiologie und Klinik **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik im Kopfklinikum der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Toyka **Ort:** Hörsaal der Neurologischen und Neurochirurgischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** PD Dr. G. Becker, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-57 51, Fax 09 31/2 01-26 97

23. Februar 2000  
in Bad Neustadt/Saale **AiP 1 ●**  
„Integrierte Versorgungskonzepte beim Schlaganfall" **Veranstalter:** Neurologische Klinik 8ad Neustadt **Leitung:** PD Dr. D. Steube **Ort:** Konferenzraum der Neurologischen Klinik, von-Guttenberg-Str. 10, 97616 Bad Neustadt/Saale **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis 18 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat PD Dr. D. Steube, Anschrift s. o., Tel. 0 97 71/9 08-7 52, Fax 0 97 71/99 14 64

## Notfallmedizin

15. März 2000  
in Regensburg **AiP 1 ●**  
„Allgemeine Techniken in der Notfallversorgung" **Veranstalter:** Rettungszentrum Regensburg e. V., Klinikum der Universität **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 19 Uhr s. t. bis 21.15 Uhr **Auskunft:** Rettungszentrum im Klinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-68 44, Fax 09 41/9 44-68 54 oder Dr. J. Schickendantz, Klinikum St. Marien, Mariahilfbergweg 5-7, 92224 Amberg, Tel. 0 96 21/38-0, Fax 0 96 21/38 15 55, E-Mail: Joachim.Schickendantz@t-online.de

13. Mai 2000  
in Würzburg **4 ●**  
„Notfalltraining im Würzburger Anästhesie- und Notfallsimulator" – Spezielle Notfälle – Komplikationen und Fallstricke der Notfallversorgung am künstlichen Patienten **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. N. Roewer **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. N. Roewer, Frau Endres und Dr. H. Kunigk, Klinik für Anästhesiologie, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-51 22 oder -33 43, Fax 09 31/2 01-51 29, E-Mail: aendres@anaesthesie.uni-wuerzburg.de

## Onkologie

23. Februar 2000  
in Oberstaufen **AiP 2 ●**  
„Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen" und Referat „Aktuelle Therapie des Nierenzellkarzinoms" **Veranstalter:** Schlossbergklinik Oberstaufen im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München **Leitung:** Prof. Dr. L. Schmid, Prof. Dr. E. Hiller **Ort:** Schlossbergklinik, Schlossstr. 23, 87534 Oberstaufen **Be-**

**ginn:** 16 Uhr (Kolloquium), 18 Uhr (Referat) **Anmeldung:** Sekretariat der Schlossbergklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 83 86/7 01-6 02, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

1. März 2000  
in Augsburg **AiP 1 ●**  
„Stellenwert und Indikationen der niedermolekularen Heparine unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes in der Inneren Medizin" **Veranstalter:** Medizinische Klinik II am Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. G. Schlimok **Ort:** Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg **Zeit:** 15 bis 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Schlimok, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-23 53

17. Februar und 16. März 2000  
in Oberaudorf **AiP 2 ●**  
„Interdisziplinäre Konsilien mit Fallbesprechungen" **Veranstalter:** Onkologische Klinik 8ad Trissl im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München **Leitung:** Prof. Dr. Ch. Clemm **Ort:** Konferenzraum in der Onkologischen Klinik Bad Trissl, 8ad Trissl-Str. 73, 83080 Oberaudorf **Beginn:** 14 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat der Onkologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 80 33/2 02 85, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

22. März 2000  
in Nürnberg **1 ●**  
„Hämatologisch-onkologische Fortbildung" **Veranstalter:** Klinikum Nürnberg Nord, Medizinische Klinik 5 – Institut für medizinische Onkologie und Hämatologie **Leitung:** Prof. Dr. W. M. Gallmeier **Ort:** Bibliothek im Klinikum Nord (8au 12), Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419

### Fortbildungsveranstaltungen „Verkehrsmedizinische Qualifikation"

gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vom  
1. Januar 1999, § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1

Weitere Veranstaltungen zur Erlangung der „Verkehrsmedizinischen Qualifikation" gemäß § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) werden angeboten am

14./15. April 2000  
7./8. Juli 2000

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, München

Nähere Informationen erhalten Interessenten bei:

Bayerische Landesärztekammer, Susanne Keller, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefax 0 89/41 47-8 31  
E-Mail: s.keller@blaek.de

**Nürnberg Zeit:** 16 bis 17 Uhr  
**Auskunft:** Frau Dr. K. Schäfer-Eckart, Anschrift s. o., Fax 09 11/3 98-34 16,  
 E-Mail: schaefer@klinikum-nuernberg.de

## Orthopädie

25. März 2000

in Rodach

AiP

3 ●

3. Rodacher Symposion „Das Zervikalsyndrom – Diagnostik, konservative Therapie“  
**Veranstalter:** Klinikum und Rehabilitationszentrum Rodach, Orthopädische Abteilung  
**Leitung:** Dr. H.-J. Mees, Dr. K. Völkel  
**Ort:** Klinikum Rodach, Kurring 16, 96476 Rodach  
**Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 14.45 Uhr  
**Auskunft:** Sekretariat der Orthopädischen Abteilung, Klinikum Rodach bei Coburg, Tel. 095 64/93-15 17, Fax 0 95 64/93-15 23,  
 E-Mail: h.-j.mees@klinikum-bad-rodach.de, Internet: klinikum-bad-rodach.de

5. bis 7. Mai 2000

in Germering

MRT-Kurs für Orthopäden „Obere Extremitäten“ – nach den Richtlinien der Allianz des BVO und der DGOT  
**Leitung und Auskunft:** Dr. Th. Biehl, Landsberger Str. 27, 82110 Germering bei München, Tel. 0 89/84 30 22, Fax 0 89/8 40 34 88

## Physikalische und Rehabilitative Medizin

Februar/März 2000

in München

1 ● pro Veranstaltung

24.2.: Altes und Neues zur Atemtherapie 9.3.: Stellenwert der medizinischen Trainingstherapie bei Rückenbeschwerden 23.3.: Das Förder- und Behandlungskonzept nach Petö  
**Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin  
**Leitung:** Dr. M. Gadomski  
**Ort:** Hörsaal des Krankenhauses

München-Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München  
**Zeit:** 16 bis 17 Uhr  
**Auskunft:** Prof. Dr. G. T. Werner, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-24 01, Fax 0 89/92 70-21 15

## Plastische Chirurgie

19. Februar 2000

in Würzburg

2 ●

Symposium „Aktuelle Aspekte aus der Plastischen Chirurgie und der Handchirurgie“  
**Veranstalter und Leitung:** Prof. Dr. P. Eckert, Dr. W.-G. Steinmetz, Dr. M. Peter  
**Ort:** Verwaltungsgebäude der Rotkreuzklinik, Kapuzinerstr. 13, Würzburg  
**Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr  
**Auskunft:** Gemeinschaftspraxis für Plastische und Handchirurgie, Oeggstr. 3, 97070 Würzburg, Tel. 09 31/35 39-800, Fax 09 31/35 39-8 02

11. März 2000

in Würzburg

3 ●

Symposium „Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an der weiblichen Brust“  
**Veranstalter:** Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Plastische Chirurgie und Handchirurgie  
**Leitung:** Dr. H. Kaisers  
**Ort:** Großer Hörsaal der Chirurgischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg  
**Zeit:** 8.30 bis 13 Uhr  
**Anmeldung:** Sekretariat Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Frau Engert, Anschrift s. o., Tel. 09 31/201-33 18, Fax 09 31/2 01-22 41

## Pneumologie

18. März 2000

in Erlangen

3 ●

Erlanger Pneumologisches Seminar „Train the Trainer: Schlafapnoe“  
**Veranstalter:** Bereich Pneumologie der Medizinischen Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Gesellschaft für Schlafmedizin  
**Leitung:** Prof. Dr. E. G.

Hahn, PD Dr. J. Ficker  
**Ort:** Palmeria, An der Palmsanlage 3, Erlangen  
**Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr  
**Teilnahmegebühr:** 200 DM, begrenzte Teilnehmerzahl  
**Anmeldung:** Kongressbüro der Medizinischen Klinik I, Michaela Hanisch, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 33 74, Fax/Band 0 91 31/85-3 63 27,  
 E-Mail: michaela.hanisch@med1.med.unl-erlangen.de

## Psychiatrie und Psychotherapie

22. Februar 2000

in Gabersee

1 ●

„Prächirurgische Epilepsiediagnostik“  
**Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Gabersee  
**Leitung:** Prof. Dr. G. Laux  
**Ort:** Hörsaal der Krankenpflegeschule, Bezirkskrankenhaus Gabersee, 83512 Wasserburg/Inn  
**Beginn:** 19.30 Uhr  
**Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Laux, Frau Riedl, Anschrift s. o., Tel. 0 80 71/71-2 15, Fax 0 80 71/71-3 18

Februar/März 2000

in Kaufbeuren

1 ● pro Veranstaltung

„Mittwochsveranstaltungen“  
 23.2.: Besonderheiten der stationären Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen 1.3.: Die italienische Psychiatriereform  
**Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
**Leitung:** Dr. M. v. Cranach  
**Ort:** Bibliothek des BKH Kaufbeuren  
**Beginn:** 16.30 Uhr  
**Auskunft:** Sekretariat Dr. M. v. Cranach, BKH, Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren, Tel. 0 83 41/72-11 01

Februar/März 2000

in Bayreuth

1 ● pro Veranstaltung

„Fortbildungsreihe im Wintersemester“ 8.3.: Sogenannte therapieresistente Patienten im Maßregelvollzug 15.3.  
 AiP: Psychopharmakotherapie – neue Entwicklungen:

ein kritischer Blick  
**Veranstalter:** Nervenkrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
**Leitung:** Prof. Dr. M. Wolfersdorf, Dr. K. Holstein  
**Ort:** Alte Wäscherei im Nervenkrankenhaus, Nordring 2, 95445 Bayreuth  
**Zeit:** 17 Uhr s. t. bis 19 Uhr  
**Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Wolfersdorf, Anschrift s. o., Tel. 09 21/2 83-3 01

11. März 2000

in München

AiP

2 ●

Symposion „Psychiatrie – Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns“  
**Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar  
**Leitung:** Prof. Dr. H. Förstl  
**Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München  
**Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 13 Uhr  
**Auskunft:** Psychiatrische Klinik, Frau Nirschl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-42 01, Fax 0 89/41 40-48 37

15. März 2000

in Taufkirchen/Vils

1 ●

„Beeinflussung der kognitiven Leistungsfähigkeit schizophrener Patienten: Atypische vs. klassische Neuroleptika“  
**Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Taufkirchen/Vils  
**Leitung:** Prof. Dr. M. Dose  
**Ort:** Ärztebibliothek des BKH, Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen/Vils  
**Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 16.30 Uhr  
**Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Dose, Frau Lechner, Anschrift s. o., Tel. 0 80 84/9 34-2 12; Anmeldung nicht erforderlich

## Psychotherapie

Termine 2000

in München

„Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychotherapie“  
 Termine: 19./20. Februar, 1./2. Juli, 18./19. November  
**Veranstalter:** Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V.  
**Anmeldung:** Akademie für

Psychoanalyse und Psychotherapie, Schwanthalerstr. 106/III, 80339 München, Tel. 089/50 60 00, 089/54 07 55 00

**März 2000  
in Würzburg**

Theoretische Seminare und Kurse für die berufsbegleitende Weiterbildung zum Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker, Beginn der Seminare 24. bis 26. März **Veranstalter:** Psychotherapeutisches Kolleg Würzburg e. V. **Leitung:** Prof. Dr. G. Nissen **Auskunft:** Geschäftsstelle des Psychotherapeutischen Kollegs, Anne-Frank-Str. 9, 97082 Würzburg, Fax 09 31/8 53 41, <http://www.mailbox.de/ptkwuerzburg>

**März/April 2000  
in München**

„Psychosomatische Grundversorgung“ – 50 Std. Theorie und verbale Interventionstechnik, außerdem kontinuierlich stattfindende Balintgruppe **Zeit:** 24.3., 15.30 bis 26.3., 18 Uhr; 14.4., 15.30 bis 16.4., 18 Uhr **Leitung und Anmeldung:** A. Heldrich-Juchheim, Schellingstr. 33, 80799 München, Tel. 0 89/28 40 99, Fax 0 89/98 10 91 01; Dr. R. Scherer-Renner, Kaiserplatz 11, 80803 München, Tel. 0 89/33 88 98, Fax 0 89/34 47 54

**Rehabilitationswesen**

**Februar/März 2000  
in Würzburg**

23.2. **1 ●:** Rehabilitationswissenschaftliches Seminar „Gerontopsychologische Rehabilitation – Möglichkeiten teilstationär und ambulant“ 13.-15.3.: Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Individualität und Reha-Prozess“ **Veranstalter:** Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie und Institut für Psychologie I, Arbeitsbereich Interventionspsychologie in Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Rehabilitations-

ambulanz **Ort:** 23.2.: Seminarraum im Institut für Psychotherapie der Universität, Klinikstr. 3, 97070 Würzburg; 13. bis 15.3.: Universität am Hubland, Würzburg **Zeit:** 23.2.: 18 Uhr c. t. bis 19.45 Uhr **Auskunft:** Dipl.-Psych. H. Vogel, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Anschrift s. o., Tel. 09 31/31-27 18 oder -27 13, Fax 09 31/57 20 96, E-Mail: [h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de](mailto:h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de)

**Rheumatologie**

**16. Februar 2000  
in München**

**1 ●** Bogenhausener Rheumakolloquium „Lokale Anwendung von Opiaten und Steroiden durch intraartikuläre Applikation bei schmerzhafter Gonarthrit und Gonarthrose – Erste Ergebnisse einer Studie am Krankenhaus München-Bogenhausen“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, 4. Medizinische Abteilung, Klinische Immunologie, Rheumatologie **Leitung:** Prof. Dr. K. Helmke **Ort:** Großer Hörsaal im Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München **Zeit:** 16.30 bis 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Helmke, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-21 00, Fax 0 89/92 70-26 06

**8. März 2000  
in Regensburg**

**1 ●** 12. Rheumatologen-Gespräch „Neuro-endocrine-immune mechanisms in rheumatic diseases“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Rheumatologie/Klinische Immunologie im Klinikum der Universität Regensburg **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 19 Uhr s. t. bis 21 Uhr **Auskunft:** PD Dr. R. H. Straub, Anschrift s.o., Tel. 09 41/9 44-71 20

**Sonographie**

**Februar/September 2000  
in Erlangen** **10 ● pro Kurs** 24. bis 26.2. und 21. bis 23.9. „Dopplersonographie des fetomaternalen Gefäßsystems“ – Aufbaukurse nach den Richtlinien der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** PD Dr. E. Beinder **Anmeldung:** Schulungszentrum Ultraschall Erlangen, Hartmannstr. 16, 91052 Erlangen, Tel. 0 91 31/84 32 11, Fax 0 91 31/84 65 57

**Termine 2000  
in München**

**7 ● pro Kurs** „Sonographie der Weichteile und Gelenke“ – Grundkurs am 26./27.2., Aufbaukurs am 25./26.3., Abschlusskurs am 24./25. November – nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Rheuma-Einheit der Medizinischen Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** PD Dr. H. Kellner **Ort:** Hörsaal und Kursräume der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München **Beginn:** jeweils 9 Uhr s. t., 24.11.: 14 Uhr **Teilnahmegebühr:** 450 DM pro Kurs; begrenzte Teilnehmer-

zahl **Anmeldung** (schriftlich): Ultraschallabteilung der Medizinischen Poliklinik, Frau Beinstingl, Anschrift s. o., Tel. 089/51 60-34 7S, Fax 0 89/51 60-44 8S

**März 2000  
in Passau** „Passauer Ultraschall-Seminare für Gefäßdiagnostik“ Grundkurs vom 10. bis 12. 3. **10 ●**, Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) am 11./12. 3. **7 ●** – nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinikum Passau, Institut für Röntgendiagnostik **Leitung:** PD Dr. Ludwig, PD Dr. Kubale, Prof. Dr. W. Zoller **Ort:** Klinikum Passau, Bischof-Pilgrim-Str. 1, 94032 Passau **Teilnahmegebühr:** Grundkurs 700 DM, Aufbaukurs 500 DM, begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. N. Rupp, Institut für Röntgendiagnostik, Anschrift s. o., Tel. 08 51/53 00-23 66, Fax 08 51/53 00-22 02

**März 2000  
in Würzburg** „Ultraschalldiagnostik auf dem Gebiet der Inneren Medizin“ Grundkurs vom 13. bis 16.3. **13 ●**, Abschlusskurs am 17./18. März **7 ●** – nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Dr. M. Jenett **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Würzburg **Teilnahmegebühr:** Grundkurs 600 DM, Abschlusskurs 300 DM **Anmeldung** (schriftlich): Dr. M. Jenett, Klinikstr. 8, 97070 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-70 30, Fax 09 31/2 01-70 10

**29. März 2000  
in Nürnberg** **4 ●** Kurs „Doppler- und Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße“ **Veranstalter:** Klinikum Nürnberg **Leitung:** Dr. G. Berger **Ort:** Konferenzraum A.EG.49 und Abteilung für klinische Neurophysiologie der Neurologischen Klinik,

**Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes**

Das Verzeichnis der Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes und das Halbjahresprogramm des DGSP I/2000 kann (für Nichtmitglieder gegen Voreinsendung eines Freiumschlages – DIN A 5, frankiert mit 3,- DM) angefordert werden beim

Bayerischen Sportärzteverband, Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München

Klinikum Nürnberg Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg Zeit: 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr  
**Anmeldung:** Institut für für Fort- und Weiterbildung, Klinikum Nürnberg Nord, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg, Tel. 09 11/3 98-20 79, Fax 09 11/3 98-34 05

**30. März bis 1. April 2000 in München**

Interdisziplinärer Grundkurs, Aufbau-, Abschluss- und Refresherkurs A- und B-Scan-Ultraschalldiagnostik im Kopfhals-Bereich „Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses, Nasennebenhöhlen“ – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** PD Dr. Dr. R. Sader **Ort:** Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Teilnahmegebühr:** Grund- und Aufbaukurs jeweils 500 DM, Abschluss- und Refresherkurs jeweils 300 DM; begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung erforderlich **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. H.-H. Horch, Klinikum rechts der Isar, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-29 32, Fax 089/41 40-29 34, E-Mail: sader@mkg.med.tu-muenchen.de

**5. April 2000 in Augsburg** 2 ●

Refresherkurs „Abdomensonographie“ Thema: Sonographische Diagnostik des Magen-Darm-Traktes **Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Bohndorf, Dr. W. Bücklein **Ort:** Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, Augsburg Zeit: 16 Uhr s. t. bis 18.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Anmeldung:** Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Frohsinnstr. 2, 86150 Augsburg, Tel. 08 21/32 56-2 00, Fax 08 21/32 56-2 95 oder -2 15, E-Mail: aekvaugsburg@t-online.de

**Termine 2000 in Füssen** 13 ● **pro Kurs**

„Ultraschalldiagnostik in der Inneren Medizin“ Grundkurse: 4. bis 7.5. und 5. bis 8. 10., Aufbaukurs: 20. bis 23. 7. – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Kreiskliniken Ostallgäu – Haus Füssen – Innere Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. H. Kremer, Dr. W. Dobrinski **Ort:** Kreiskliniken Ostallgäu – Haus Füssen – Stadtbleiche 1, 87629 Füssen **Teilnahmegebühr:** 550 DM pro Kurs; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. H. Kremer, Anschrift s. o., Tel. 0 83 62/5 00-3 66, Fax 0 83 62/5 00-1 13

**12./13. Mai 2000 in Regensburg** 7 ●

„Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane“ – Aufbaukurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Abteilung für Unfallchirurgie und Zentrum für Ultraschalldiagnostik am Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Nerlich, Dr. K. Lerch **Ort:** Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Anmeldung:** Kongresssekretariat, Frau Lautenschlager, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-68 18, Fax 09 41/9 44-69 96

**18. bis 20. Mai 2000 in München** 10 ●

„Doppler-Echokardiographiekurs“ – Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Harlaching, III. Medizinische Abteilung **Leitung:** Dr. C. Kirscheneder, Dr. E. Reuschel-Janetschek, Dr. W. Scheinpflug, PD Dr. W. Zwehl **Ort:** Hörsaal des Krankenhauses für Naturheilweisen (Klinikgelände des Städtischen Krankenhauses Harlaching), Sanatoriumsplatz 2, 81545 München, begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 89/62 10-22 73, Fax 0 89/62 10-27 82

**Sportmedizin**

**18. bis 20. Februar 2000 in München** 8 ●

„Wie viel Sport braucht der Mensch ab 40?“ (1B./19.2. AiP) – Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ werden 16 Stunden Theorie und 8 Stunden Praxis angerechnet. **Veranstalter:** Lehrstuhl und Poliklinik für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin der TU München **Leitung:** Prof. Dr. D. Jeschke **Ort:** Zentrale Hochschulsportanlage, Connollystr. 32, 80B09 München **Beginn:** 18.2., 15 Uhr s. t. **Ende:** 20.2., ca. 13.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. D. Jeschke, Anschrift s. o., Tel. 0 89/2 89-2 44 31, Fax 0 89/28 9-2 44 50

**Strahlenschutz**

**März/Mai 2000 in München** 3 ● **pro Tag**

Kurse zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgendiagnostik) nach der RöV – Grundkurs: 17. bis 19.3. – Spezialkurs: 5. bis 7. 5. **Leitung:** Dr. rer. nat. M. Eichhorn **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkofferstr. 8 a, 80336 München **Teilnahmegebühr:** Grundkurs 500 DM; Spezialkurs 450 DM **Anmeldung:** Mio5 – Institut und Ing.-Büro für Strahlenschutz, An der Waisenhausmauer B, 06108 Halle, Tel. und Fax 03 45/2 00 24 10

**Februar/April 2000 in Bamberg** 9 ● **pro Kurs**

Kurse zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgendiagnostik) nach der RöV – Grundkurs: 24. bis 26. 2.; Spezialkurs: 6. bis B. 4. **Veranstalter:** Klinikum Bamberg, Strahlentherapie **Leitung:** Dr. Th. Schneider **Ort:** Mehrzweckraum Klinikum, Buger Str. 80, 96049 Bamberg **Teilnahmegebühr:** 400 DM pro Kurs **Auskunft:** Kursorganisation, Tel./Band 0 95 02/92 16 24, Fax 0 95 02/92 16 25, E-Mail: Th.Schneider\_Med-Phys@t-online.de

**Tropenmedizin**

**11. März 2000 in Würzburg** AiP 2 ●

19. Tropenmedizinisches Kolloquium „Gesundheitsrisiken in den Tropen nach Region und Jahreszeit“ **Veranstalter:** Missionsärztliche Klinik Würzburg, Tropenmedizinische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. K. Fleischer **Ort:** Missionsärztliche Klinik, Haus St. Michael, Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der Tropenmedizinischen Abteilung, Frau Scheder/Frau Klüpfel, Anschrift s. o., Tel. 09 31/7 91-28 21, Fax 09 31/7 91-28 26, E-Mail: missio.tropmed@mail.uni-wuerzburg.de

**Suche nach Gastfamilien**

Auch für das Jahr 2000 sucht der gemeinnützige Verein kultur life e. V wieder nette Gastfamilien für ausländische Jugendliche, die einige Wochen das Leben bei einer deutschen Familie kennen lernen möchten. Wir erwarten in diesem Jahr Gruppen aus den USA, Frankreich, Australien, Spanien, Ungarn und Japan. Unsere Gäste kommen entweder für zwei Wochen im Frühjahr oder für drei bis vier Wochen im Sommer. Da sie meist während der Schulzeit in Deutschland sind, können sie gemeinsam mit den Kindern der Gastfamilie den Alltag in der Schule mit erleben. Da die Jugendlichen Deutsch sprechen, sind keine besonderen Sprachkenntnisse der Gastfamilien erforderlich. Bei der Auswahl der Gäste berücksichtigt kultur life Wünsche der Familien bezüglich Alter, Geschlecht oder Hobbys. Die Aufnahme eines Gastes ist eine gute Gelegenheit, den eigenen Alltag einmal mit anderen Augen zu sehen und neu zu erleben.

Infos: kultur life, Telefon 04 31/9 30 54, E-Mail: info@kultur-life.de



## Unfallchirurgie

1. März 2000  
in Regensburg

AiP

1 ●

„Die infizierte Fraktur: Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung – Die Vakuumversiegelung – Technik und therapeutisches Spektrum  
**Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Unfallchirurgie, Klinikum der Universität Regensburg  
**Leitung:** Prof. Dr. M. Nerlich  
**Ort:** Hörsaal der Pathologie, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg  
**Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 20 Uhr  
**Auskunft:** Kongresssekretariat, Frau Lautenschlager, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-6B 18, Fax 09 41/9 44-69 96, E-Mail: michael.nerlich@klinik.uni-regensburg.de

lingstr. 34, BS221 Dachau, Tel. 0 81 31/ 56 B6-0, Fax 0 81 31/56 B6-10, E-Mail: aekd-wama@t-online.de

26. Februar 2000  
in Nürnberg

2 ●

Symposium „Kraniofaziale Fehlbildungen – eine interdisziplinäre Aufgabe“  
**Veranstalter:** Zentrum für Kraniofaziale Chirurgie der Kliniken für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie des Klinikums Nürnberg  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. M. Farmand, PD Dr. C. Cedzich  
**Ort:** Raum A.E.G.49/S0 im Klinikum Nürnberg, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg  
**Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 12 Uhr  
**Anmeldung:** Sekretariat MKG-Chirurgie, Frau Maurer, Anschrift s. o., Tel. 09 11/3 98-S4 90, Fax 09 11/3 98-S3 91

17. März 2000

in Prien/Chiemsee

1 ●

Miniworkshop im Rahmen des III. Priener Tinnitus-Symposiums zur Tinnitus Retraining-Therapie  
**Veranstalter:** Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck  
**Leitung:** PD Dr. G. Goebel  
**Ort:** Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee  
**Anmeldung:** PD Dr. G. Goebel, Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien/Chiemsee, Tel. 0 80 51/68-3S 4S od. 01 80/2 24 14 01, E-Mail: GGoebel@Schoen-Kliniken.de

25. März 2000

in München

„II. Curriculum Sexualmedizin“ – Theorie (80 Stunden), Gruppenarbeit (80 Stunden), Supervision (40 Stunden)  
**Veranstalter:** Akademie für Sexualmedizin e. V.  
**Leitung:** Prof. Dr. H.-J. Vogt, Dr. G. Haselbacher  
**Ort:** Ärztlicher Weiterbildungskreis (ÄWK), Hedwigstr. 3, München  
**Zeit:** ab 25.3.2000 über 4 Semester (12 Wochenenden) bis 13.1.2002  
**Auskunft:** Dr. G. Haselbacher, Bäckerstr. 3, B1241 München, Fax 0 89/B 21 2B 40, für die Aufnahme (begrenzte Teilnehmerzahl) sind Vorgespräche erforderlich

## Kurskonzept „Leitender Notarzt“

Das Seminar entspricht den 199B fortgeschriebenen Empfehlungen von DIVI sowie Bundesärztekammer.

Die Bayerische Landesärztekammer bietet im kommenden Jahr vorerst drei Seminartermine „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“ (Blockkurs: bisherige Stufen E/1 mit E/3) an:

**Termin:** 18. bis 21. Mai 2000 (4 Tage)

jeweils von 9 bis ca. 19 Uhr

**Ort:** Staatliche Feuerweherschule Regensburg, Michael-Bauer-Str. 30, 93183 Lappersdorf

**Termin:** 7. bis 10. September 2000 (4 Tage)

jeweils von 9 bis ca. 19 Uhr

**Ort:** Feuerweherschule, Aidenbachstr. 7, B1379 München

**Kursgebühr:** jeweils 950,- DM (inkl. Unterlagen zur Vorab-Fernarbeit, Arbeitsmaterialien, Getränke und Imbiss)  
Zu jeder Veranstaltung können bis zu 50 Teilnehmer aufgenommen werden.

Schutzkleidung ist jeweils am vorletzten Kurstag erforderlich (Sichtungsübung).

Als obligate Vorbereitung für den Kurs erhalten die angemeldeten Teilnehmer vorab Unterlagen, zu denen bis zehn Tage vor Kursbeginn Schlüsselfragen zu beantworten sind.

Die Vergabe der Kursplätze erfolgt nach Eingang der Anmeldung (Datum des Poststempels).

**Voraussetzungen:** Teilnahme-Voraussetzung an den Kursen sind die Approbation als Ärztin oder Arzt bzw. die Vorlage der Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 4 sowie Abs. 1 Bundesärzteordnung, der Fachkunde-Nachweis „Rettungsdienst“, Facharztstatus in einem akut-medizinischen Gebiet mit Bezug zur Intensivmedizin sowie der Nachweis über eine dreijährige, kontinuierliche Teilnahme am Notarzdienst.

Approbation (bzw. Berufserlaubnis), Fachkundenachweis Rettungsdienst sowie Facharzturkunde sind in Form von amtlich beglaubigten Kopien, die Bescheinigung über die dreijährige, kontinuierliche Teilnahme am Notarzdienst im Original bei der Anmeldung vorzulegen.

**Anmeldung:** Die Anmeldung ist ausschließlich schriftlich mindestens sechs Wochen vor Kurstermin (wegen der Vorab-Fernarbeit) bitte zu richten an die Bayerische Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, Sybille Ryska, Mühlbauerstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/41 47-7 41, Fax 0 89/41 47-8 31, E-Mail: s.ryska@blaek.de.

Für eventuelle Rückfragen zum Erwerb der Qualifikation „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“ sowie zu Kursplanung und -inhalten steht Ihnen Frau Ryska unter oben genannter Rufnummer zur Verfügung.

## Urologie

25./26. Februar 2000  
in Murnau

6 ●

S0. Seminar „Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau“  
**Veranstalter:** Fort- und Weiterbildungskommission der Deutschen Urologen  
**Leitung:** Prof. Dr. M. Stöhrer  
**Ort:** Kurgästehaus Murnau, Kohlgruber Str. 1, Murnau und BG-Unfallklinik Murnau  
**Zeit:** 25.2.: 13 s. t. bis 18 Uhr, 26.2.: 8.30 bis 18 Uhr  
**Anmeldung:** Sekretariat der Urologischen Abteilung, BG-Unfallklinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau Tel. 0 8B 41/48-23 15

23. Februar 2000  
in Dachau

AiP

2 ●

„Schlaganfallversorgung – Neue Wege in der MEDNED“  
**Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Dachau  
**Leitung:** Dr. Dr. C. Wagner-Manslau  
**Ort:** Rotkreuzsaal, Rotkreuzplatz, Dachau  
**Zeit:** 19.30 bis 22.30 Uhr  
**Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Dachau, Früh-

## Interdisziplinär

23. Februar 2000  
in Dachau

AiP

2 ●

„Schlaganfallversorgung – Neue Wege in der MEDNED“  
**Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Dachau  
**Leitung:** Dr. Dr. C. Wagner-Manslau  
**Ort:** Rotkreuzsaal, Rotkreuzplatz, Dachau  
**Zeit:** 19.30 bis 22.30 Uhr  
**Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Dachau, Früh-

# Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“

## Kompaktkurse „Notfallmedizin“ – Stufen A bis D

### Weiden

15. bis 22. Juli 2000 – Max-Reger-Halle

### Berchtesgaden

21. bis 28. Oktober 2000 – Kur- und Kongresshaus

### Garmisch-Partenkirchen

13. bis 20. November 2000 – Kongresshaus

(Der Kurs in Garmisch-Partenkirchen beinhaltet keine Verpflegung in der Mittagspause, deshalb reduzierte Kursgebühr von 830,- DM)

Die Kurse im 1. Halbjahr 2000 sind bereits ausgebucht!

### Teilnahme- Voraussetzung:

- gültige Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO sowie
- **einjährige klinische Tätigkeit** möglichst im Akutkrankenhaus (mit Einsatz auf einer Intensiv- und/oder Notaufnahmestation oder in der klinischen Anästhesiologie). Dieser Tätigkeitsabschnitt muß bis zum **ersten Kurstag** absolviert sein; ein geeigneter Nachweis in Kopie hierüber ist der Anmeldung beizufügen.

### Kursgebühren:

Kurse A/1, B/1, C/1, C/2, D/1 sowie D/2 jeweils 120,- DM; für A/2: 150,- DM; für B/2: 130,- DM; Kompaktkurse: 950,- DM

Für Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer, die als **Ärztinnen und Ärzte im Praktikum** sowie als **approbierte, zum Kurszeitpunkt beschäftigungslose Ärztinnen und Ärzte** gemeldet sind, werden laut Vorstandssitzung vom 15. Mai 1999 die Kosten der Kurse A/2 und B/2 von der Baye-

rischen Landesärztekammer übernommen – sofern es sich um Kurse handelt, die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet werden. Diese Vergünstigung kann pro Teilnehmer nur einmal in Anspruch genommen werden. Eine Überweisung der Kursgebühren für die Stufen A/2 und B/2 ist für AIPs somit nicht erforderlich.

### Anmelde- modalitäten:

Ihre formlose Anmeldung mit dem Nachweis über eine einjährige klinische Tätigkeit richten Sie bitte – ausschließlich schriftlich – an: **Bayerische Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, Dijana Kierner und Ingeburg Koob, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefax (0 89) 41 47-8 31.**

Die Vergabe der Kursplätze richtet sich nach dem Datum des Posteingangs. Nur komplette Anmeldungen und eine rechtzeitige Überweisung der Kursgebühr (nach Erhalt der Anmeldebestätigung – spätestens vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn) können berücksichtigt werden.

Sollte es nicht möglich sein, zum Zeitpunkt der Anmeldung die geforderten Bestätigungen vorzuweisen (bitte entsprechend darauf hinweisen), müssen diese jedoch spätestens zum Zahlungstermin nachgereicht werden. In Abhängigkeit vom Zahlungseingang erfolgt eine Zertifizierung am Kurstag.

### Wichtig!

Grundsätzlich ist eine Anmeldung für **nur eine (komplette) Kurssequenz** von A/1

bis D/2 möglich, um Doppelbuchungen aus Fairneßgründen zu vermeiden. Eine verbindliche Kursplatzzusicherung kann nur bei vollständiger Absolvierung der vorangegangenen Kursteile erfolgen.

Für eventuelle Fragen zur Anmeldung stehen Ihnen Dijana Kierner und Ingeburg Koob unter der Telefonnummer (0 89) 41 47-341 oder -2 67 zur Verfügung.

### Organisatorisches:

In den Kursen sind 2 Thoraxpunktionen am Modell inkludiert. Diese entsprechen als Minimalvoraussetzung im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer den Anforderungen des Curriculums zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ (herausgegeben von der Bundesärztekammer 1994) hinsichtlich dieser interventionellen Technik. Nachweisbare Qualifikationen in einem akutmedizinischen Gebiet im Sinne eines Facharztstatus bzw. Tätigkeiten im Rettungsdienst können im Einzelfall – bei schriftlichem Antrag an die Bayerische Landesärztekammer – eventuell als Analogon für entsprechende Kursteile angerechnet werden.

Für eventuelle Fragen zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ sowie Kursplanung und -inhalten stehen Ihnen Andrea Lutz und Daniela Herget von der Bayerischen Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, unter den Telefonnummern (0 89) 41 47-2 88 oder -7 57 zur Verfügung.

# Suchtmedizinische Grundversorgung

## Baustein I mit V (50 Fortbildungsstunden)

gemäß dem Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (1999)

Diese Fortbildungen sind anrechnungsfähig auf den Erwerb des Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerischem Ärzteblatt 8/1999, Seite 413 ff.

### Baustein 1 (Grundlagen 1)

Montag, 13. März 2000  
18.00 Uhr s. t.

Ort: Kurcafé – Raum „Thumsee“, 83435 Bad Reichenhall

Seminarleitung: Dr. Franz Obermaier, Psychiater, Bezirkskrankenhaus Gabersee

Teilnahmegebühr: 50,- DM (inkl. Imbiss)

Baustein I (Grundlagen 2) – wird als „Einstieg“ in die Thematik von der Bayerischen Landesärztekammer empfohlen –

Mittwoch, 15. März 2000  
18.00 Uhr s. t.

Ort: Kreiskrankenhaus Traunstein, Cuno-Niggel-Straße 3, 83278 Traunstein

Seminarleitung: Hans-Werner Paul, Dr. Franz Obermaier, beide Bezirkskrankenhaus Gabersee, Dr. Herbert Gartmann, Allgemeinarzt, München

Baustein II (Alkohol, Tabak – einschließlich motivierende Gesprächsführung mit praktischen Übungen)

Samstag, 25. März 2000  
9.30 Uhr s. t.

Ort: Bezirkskrankenhaus, Prof.-Buchner-Straße 22, 84034 Landshut

Seminarleitung: Dr. Thomas Dietzfelbinger, Leiter Suchtmedizinischer Bereich, Bezirkskrankenhaus Landshut

Teilnahmegebühr: 190,- DM (inkl. Imbiss)

Baustein III (Medikamente einschließlich motivierende Gesprächsführung mit praktischen Übungen)

Freitag, 10. März 2000  
9.30 Uhr s. t.

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München

Seminarleitung: Privatdozent Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, Leiter der Suchtabteilung am Bezirkskrankenhaus Haar

Teilnahmegebühr: 190,- DM (inkl. Imbiss)

Samstag, 8. April 2000  
9.30 Uhr s. t.

Ort: Bezirkskrankenhaus, Prof.-Buchner-Straße 22, 84034 Landshut

Seminarleitung: Dr. Thomas Dietzfelbinger, Leiter Suchtmedizinischer Bereich, Bezirkskrankenhaus Landshut

Teilnahmegebühr: 190,- DM (inkl. Imbiss)

Baustein IV (Illegale Drogen)

Teilnahme für Ärztinnen und Ärzte

• welche den regulären Fort-/Weiterbildungsgang absolvieren (Baustein I mit V)

• welche nach dem „alten System“ Modul I bis III absolviert haben und den Qualifikationsnachweis „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach der „neuen“ Richtlinie – am 1. September 1999 in Kraft getreten – erhalten wollen (und damit die NUB-Richtlinien vom 18. Juni 1999 erfüllen)

Samstag, 11. März 2000  
9.00 Uhr s. t.

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München

Teilnahmegebühr: 190,- DM (inkl. Imbiss)

Baustein V (Motivierende Gesprächsführung/Praktische Umsetzung)

Teilnahme für Ärztinnen und Ärzte

• welche den regulären Fort-/Weiterbildungsgang absolvieren (Baustein I mit V)

• welche nach dem „alten System“ Modul I bis III absolviert haben und den Qualifikationsnachweis „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach der „neuen“ Richtlinie – am 1. September 1999 in Kraft getreten – erhalten wollen (und damit die NUB-Richtlinien vom 18. Juni 1999 erfüllen)

Sonntag, 9. April 2000  
8.30 Uhr s. t.

Ort: Bezirkskrankenhaus, Prof.-Buchner-Straße 22, 84034 Landshut

Seminarleitung: Dr. Thomas Dietzfelbinger, Leiter Suchtmedizinischer Bereich, Bezirkskrankenhaus Landshut

Teilnahmegebühr: 190,- DM (inkl. Imbiss)

Ihre formlose Anmeldung richten Sie bitte schriftlich an:

Bayerische Landesärztekammer, Sandra Pertschy, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefax 089/41 47-8 31, E-Mail: suchtmedizin@blaek.de

Die Vergabe der Kursplätze richtet sich nach dem Datum des Posteinganges.

Für Rückfragen zu Kursplanung und -inhalten steht Ihnen gerne Angelika Eschrich, Sandra Pertschy und/oder Dr. Johann Wilhelm Weidinger von der Bayerischen Landesärztekammer unter Telefon 089/41 47-4 61 oder -2 48 zur Verfügung.

## Themen der Qualitätszirkel von KVB (und BLÄK) im Internet

Ab sofort können Sie unter

[http://www.blaek.de/qz\\_kv\\_blaek/index.htm](http://www.blaek.de/qz_kv_blaek/index.htm)

eine Liste mit den Themen anerkannter Qualitätszirkel von KVB (und BLÄK) einsehen.

Die quartalsweise aktualisierte Liste ist nach Bezirken sortiert.



Dr. Andreas Schuhmann

## Dr. Andreas Schuhmann 80 Jahre

Dr. med. Andreas Schuhmann, lfd. Medizinaldirektor a. D., Moosburg, feierte am 14. Januar seinen 80. Geburtstag.

Nach dem Studium der Philosophie und Medizin folgte die universitätsklinische Ausbildung zum Internisten und Radiologen.

Neben medizinisch-wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte er auch belletristische Literatur. Ferner wirkte er an 20 Anthologien mit. Sein jahrelanges Engagement für die Sparte „Äskulap und Pegasus“ im Bayerischen Ärzteblatt sei hier erwähnt. In über 70 Buchrezensionen stellte er Werke deutschsprachiger Schriftsteller vor und gab außerdem einen Sammelband seiner monatlichen Beiträge heraus. Ungebrochen ist seine literarische Schaffenskraft auch noch im Alter. So erscheinen aus Anlass seines 80. Anniversars zwei neue Bücher.

Zahlreiche Auszeichnungen wurden ihm zuteil: Lyrikpreis 1985 „Soli Deo Gloria“; erster Anerkennungspreis Lyrischer Oktober 1992; Walhalla-Paracelsus-Medaille 1992; Arznei-aus-Liebe-Medaille 1995; Schauwecker-Plakette 1995; Ehrenurkunde der Regensburger Schriftstellergruppe International 1995.

ad multos annos!

## Bundesverdienstkreuz am Bande

Professor Dr. med. Walter Schulz, Chefarzt der III. Medizinischen Klinik am Klinikum Bamberg, wurde das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

## Verdienstmedaille

Dr. med. Walter Steinhart, Chirurg, Sonthofen, wurde die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Professor Dr. med. Frank Erbguth, Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde der Posterpreis für die Untersuchung „Dosiswirkungsbeziehungen der Schweifsonterdrückung durch Botulinum Toxin A“ verliehen. Die Arbeit entstand zusammen mit den Co-Autoren Christina Braune und Dr. med. Frank Birklein.

Professor Dr. med. Werner Hohenberger, Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum 1. Vorsitzenden der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt. Ferner wurde er zum Präsidenten der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern für das Jahr 2001 gewählt.

Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer und Professor Dr. med. Max Hiltz, beide Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurden in den Beirat der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Nervensystem der Deutschen Diabetologischen Gesellschaft gewählt.



Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette: Kammerpräsident Dr. H. Hellmut Koch, Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heinz Goerke, Hauptgeschäftsführer der BLÄK Dr. Enzo Amarotico (von links)

## Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heinz Goerke

Im Namen des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, verlieh Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Heinz Goerke, emeritierter Ordinarius für Geschichte der Medizin der LMU München.

Wer sollte besser wissen als Professor Goerke, dass diese Plakette an Ärzte verliehen wird, die sich besonders um die Fortbildung der Kollegen

bemühen. Wie der Namensgeber dieser Plakette, hat Professor Goerke das Thema ärztliche Fortbildung in zahlreichen Veröffentlichungen vermittelt.

Besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung hat sich Professor Goerke erworben, sei es gleich nach Kriegsende die Fortbildungsveranstaltungen für Potsdamer Ärzte oder Fortbildungs-Kolloquien in Berlin wie die vielen Veranstaltungen am Klinikum Steglitz Ende der 60er-Jahre und anschließend am Klinikum Großhadern in München.

Auch seine großen Verdienste um das Deutsche Medizinhistorische Museum in Ingolstadt müssen hier erwähnt werden.

Professor Dr. med. Johannes Mann, 6. Medizinische Abteilung am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, wurde von der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes, Deutsche Hypertonie Gesellschaft der Franz-Gross-Wissenschaftspreis 1999 verliehen.

Professor Dr. med. Thomas Kirchner, Leiter des Pathologischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde für die Amtsperiode 2000 bis 2004 zum Mitglied des Hochschullehrerbeirates Medizin beim Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen berufen.

**Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer**, Direktor der Neurologischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde erneut für drei Jahre zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem in der DGN gewählt. In dieser Eigenschaft ist er gleichzeitig Mitglied des Board of the European Federation of Autonomic Societies.

**Professor Dr. med. Karl Heinz Plate**, Abteilung für Neuropathologie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung zum Verbundkoordinator des Forschungsverbandes Angiogene Therapie ernannt.

**Professor Dr. med. Karl Heinz Plattig**, em. Professor für Physiologie, Erlangen, wurde zum Ehrenvorsitzenden des Studentenwerks Erlangen-Nürnberg gewählt.

**Privatdozent Dr. med. Christian Prinz**, II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar der TU München, hat ein Heisenberg-Stipendium (Inland) der Deutschen Forschungsgemeinschaft erhalten.

**Professor Dr. med. Ralf Bernd Sterzel**, Vorstand der Medizinischen Klinik IV mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde vom Senat der Deutschen Forschungsgemeinschaft in die Senatskommission für Klinische Forschung berufen.

## Professor Dr. Wolf Müller-Limmroth †

Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, em. o. Professor für Arbeitsphysiologie der TU München, verstarb am 4. Januar 2000 im Alter von 78 Jahren.

Weit über die Grenzen Bayerns hinaus wurde Professor

Müller-Limmroth als Wissenschaftler und Lehrer bekannt und hoch geschätzt. Vielfältige Anerkennungen hat er als Arbeitsphysiologe durch wissenschaftliche Auszeichnungen und Ehrungen von Industrie und Sportverbänden, Länderministerien sowie durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes erfahren.

Professor Müller-Limmroth, gebürtig aus Obersdorf/Kreis Siegen, studierte nach Ableistung von Arbeits- und Militärdienst in Münster Humanmedizin, wo er nach dem medizinischen Staatsexamen am Physiologischen Institut der Universität 1948 promovierte. 1953 habilitierte er sich. 1960 erfolgte seine Ernennung zum apl. Professor und zum 1. April 1965 die Berufung auf den neu geschaffenen Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie an der TU München. Es war ein absolutes Novum in eine Ingenieur-Fakultät einen Mediziner als Ordinarius zu integrieren. Professor Müller-Limmroth hat sich dieser Herausforderung über 20 Jahre seiner Lehrstuhlführung in besonderer Weise gestellt. Getreu seinem Motto: „Der arbeitende Mensch im Mittelpunkt allen Handelns“ engagierte er sich, fachübergreifend Studenten der Studienrichtung Maschinenwesen, Arbeits- und Wirtschaftswissenschaftliches Aufbaustudium, Aufbaustudium Umweltschutztechnik, Ökotrophologie, Höheres Lehramt an beruflichen Schulen die erforderlichen Kenntnisse der Anatomie, Arbeitsphysiologie, Bekleidungsphysiologie, Ernährungsphysiologie usw. zu vermitteln. Besonders hatte er sich dabei der Aufgabe verschrieben, die Brücke zwischen Ingenieur und Arzt auszubauen und somit dem Wort „Mensch-Maschine-System“ eine solide Grundlage zu geben.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

## Dr. Hermann Schneiderhan †

Im 78. Lebensjahr verstarb Dr. med. Hermann Schneiderhan, Medizinaldirektor a. D., Lungenarzt, langjähriger 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu, Träger des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland sowie der Ernst-von-Bergmann-Plakette für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung.

Die von ihm 1970 begründete „Allgäu-Fortbildung“ wurde zum Begriff für praxisbezogene Fortbildung im bayerischen und württembergischen Allgäu, wobei Kollege Schneiderhan, – auch ebenfalls langjähriges Mitglied der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung – es verstand, praxisbezogenes Fachwissen mit persönlicher, geselliger Atmosphäre zu verbinden.

Die Bayerische Landesärztekammer wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren und die vielen Kolleginnen und Kollegen, die er an die Fortbildung heranführte, werden ihn in dankbarer Erinnerung behalten.

## Oskar Sedlatschek †

Nach langer schwerer Krankheit ist im Alter von 57 Jahren am 10. Januar 2000 Oskar Sedlatschek, Geschäftsführer der KVB-Bezirksstelle Schwaben, verstorben.

1946 musste Oskar Sedlatschek das Studentenland verlassen und fand zunächst in Niederbayern eine Bleibe, bis er 1955 in Augsburg eine neue Heimat fand.

Als 16-jähriger begann er nach der Schulzeit seine berufliche Tätigkeit bei der Kaufmännischen Krankenkasse Halle in Augsburg. Ab 1. April 1971 wechselte Oskar

Sedlatschek in die KVB-Bezirksstelle Schwaben.

Engagiert und zielstrebig erarbeitete er sich ein Fachwissen, das ihn ab 1975 für die Funktion des Abteilungsleiters Abrechnung und Prüfwesen und ab 1979 zum Assistenten der Geschäftsführung qualifizierte. Das von ihm gezeigte Verantwortungsbewusstsein, aber auch sein weit über das normale Maß hinausgehende, kompetente Engagement in vielen Fachbereichen gaben den Ausschlag, Oskar Sedlatschek zum stellvertretenden Geschäftsführer ab 1981 zu berufen.

Seine pragmatische und lösungsorientierte Arbeitsweise in allen wichtigen Ebenen, aber auch seine Fähigkeit, flexibel sich immer wieder neuen Themen zu öffnen und sich damit auseinanderzusetzen, qualifizierten ihn für die Funktion des Geschäftsführers der KVB-Bezirksstelle Schwaben, die ihm ab 1. Mai 1994 übertragen wurde.

Sein Sinn für das Machbare und Wichtige, aber auch seine geradlinige, offene und freundliche Haltung im Kontakt mit den schwäbischen Kassenärzten brachten ihm die Wertschätzung vieler. Wer Oskar Sedlatschek kannte, schätzte seine verbindliche und loyale Art. Dies führte zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden der Bezirksstelle. Den Mitarbeitern begegnete er äußerst korrekt und verständnisvoll. Er wurde von ihnen als kompetenter Vorgesetzter geachtet.

Mit Oskar Sedlatschek haben wir einen Menschen verloren, der zuverlässig und pflichtbewusst seine Aufgaben erfüllte und durch seine zurückhaltende Bescheidenheit stets überzeugte. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

KVB

## Bayerische Landesärztekammer begrüßt 58 000stes Mitglied



Die BLÄK hat die Zahl von 58000 Mitgliedern überschritten. Als „Jubiläumsmitglied“ wiesen die Meldeunterlagen Tanja Bredemeier aus, die zur Zeit an ihrer Promotion arbeitet. Präsident Dr. H. Hellmut Koch gratulierte der 28-jährigen in München mit Blumen und einem besonderen Begrüßungsgeschenk: ein Gutschein, der zur Teilnahme an einem BLÄK-Grundkurs „Qualitätsmanagement“ berechtigt.

## Kabinett billigt neues Konzept für die staatliche Ernährungsberatung

Mit einem neuen Konzept geht die staatliche Ernährungsberatung ins Jahr 2000. Der Ministerrat hat die vom Landwirtschaftsminister Josef Miller vorgelegte Neuordnung Ende 1999 gebilligt. Danach bleibt die staatliche Ernährungsberatung flächendeckend in ganz Bayern erhalten. Sie verzichtet allerdings künftig auf Einzelberatungen, Maßnahmen zu allgemeinen Ernährungsthemen und therapiebegleitende Ernährungsberatung. Dazu Miller: „Diese Maßnahmen werden überwiegend von nichtstaatlichen Trägern angeboten – und zwar ausreichend. Der Staat kann sich deshalb aus diesen Auf-

gaben ohne Nachteile für die Verbraucher zurückziehen.“

Die staatliche Ernährungsberatung wird sich laut Miller künftig mit aller Kraft ihren drei neuen Kernaufgaben widmen, nämlich der Informationsbereitstellung und Koordinierung, der fachlichen Fortbildung von Multiplikatoren und der Ernährungserziehung in Kindergärten und Schulen. Die Bayerische Landesanstalt für Ernährung wird dabei eine zentrale Rolle übernehmen. Miller: „Sie setzt bei ihrer Informationsarbeit hauptsächlich auf die neuen Medien wie Internet und Intranet.“

Das Kabinett hat die Zuständigkeit für die Förderung der Verbraucheraufklärung in Ernährungsfragen vom Bayerischen Wirtschaftsministerium auf das Landwirtschaftsministerium zurückverlagert.

Ernährungsberatung ist ein wesentlicher Teil der Behandlung eines Patienten insbesondere bei Stoffwechselerkrankungen, so die Bayerische Landesärztekammer. Ziel der ärztlichen Ernährungsberatung ist es, sowohl im präventiven als auch im kurativen Sinn gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen zu erzeugen, ernährungsbedingte Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu heilen. Die bayerische Ärzteschaft wird auch künftig ihre Ernährungsberatung primär in ärztlichen Gesprächen effektiv und zielgerichtet gestalten, sich aber vermehrt der Aufklärung in Schulen und bei öffentlichen Veranstaltungen und in den neuen Medien zuwenden.

## Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst

*Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit vom 17. Januar 2000 - Nr. VII 1-8042-1/00*

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit wird 2000 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst („Amtsarztlehrgang“) abhalten. Die

Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung.

Der Lehrgang gliedert sich zeitlich in zwei Teile:

1. Lehrgangsteil:  
25. April bis 28. Juli 2000
2. Lehrgangsteil:  
4. September bis 15. Dezember 2000.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 10. März 2000 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, Winzererstraße 9, 80797 München, eingehen.

Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits bei den Gesundheitsämtern des Freistaates Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich entsandt. Bewerber aus den anderen Ländern Deutschlands reichen ihre Gesuche über die obersten Landesgesundheitsbehörden ein.

### Richtigstellung

*In der letzten Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes hat sich im Bericht zur KVB-Vertreterversammlung (Seite 12) ein Fehler eingeschlichen. Im Absatz Haushalt muss es heißen: ... haben die Delegierten den Beschluss gefasst, so schnell wie möglich, spätestens im Jahr 2001 (nicht 2000) einen bayernweit einheitlichen Verwaltungskostensatz zu realisieren.*

mal

## Arzthelferinnen Ausbildung der Ausbilder

### Termine 2000

Wer ausbilden will, muss nach dem Berufsbildungsgesetz im Besitz arbeits- und berufspädagogischer Kenntnisse sein oder eine Angestellte mit entsprechenden Kenntnissen haben. Die Erfüllung dieser Vorgabe ist unter anderem auch Voraussetzung für die Eintragung des Ausbildungsvertrages bei der zuständigen Stelle.

Auf Grund dieser gesetzlichen Vorgaben werden Erstausbilder und Ärzte, die in den letzten fünf Jahren keine Arzthelferin ausgebildet haben und diese Kenntnisse nicht besitzen, auf Beschluss des Bayerischen Ärztetages dringend aufgefordert, an einem Kurs zu deren Vermittlung teilzunehmen; allen anderen auszubildenden Ärzten wird die Teilnahme empfohlen.

In diesen Kursen werden vor allem Fragen zum Ausbildungsvertrag (Kündigung, Zeugnis, Arbeitszeit, Ausbildungsplan, Ausbildungsnachweis, Jugendarbeitsschutzgesetz, etc.) behandelt.

### Vormerkung Kurse für Ärzte:

Christine Krügel, Bayerische Landesärztekammer, Telefon 0 89/41 47-2 70

### Ausnahme:

Bamberg, ÄKV Bamberg, Telefon 09 51/2 44 7B (Montag bis Donnerstag von 8 bis 16 Uhr), Telefax 09 51/ 20 18 19

**Anmeldung Kurse für Praxispersonal München:**  
Walner-Schulen, Landsberger Straße 6B-76, München, Telefon 0 89/54 09 55-0

### Gebühren:

Ärztelkurse kostenlos; Kurse für das Praxispersonal 70,- DM, wenn in der Praxis Arzthelferinnen ausgebildet werden (bitte Bestätigung beilegen), ansonsten 320,- DM.

### Dauer:

jeweils samstags 9.30 bis 16 Uhr (Mittagspause 12.30 bis 13 Uhr)

### Selbstverpflegung, bitte Essen und Getränke mitbringen!

(Ausnahme: München, Walner-Schulen, kleiner Imbiß und Getränke können dort gekauft werden)

Termine	Kurse für Ärzte (1tätig)	Kurse für das Praxispersonal (5tätig)
18. März 2000	Nürnberg	-
8. April 2000	Bamberg	-
13. Mai 2000	-	München
20. Mai 2000	-	München
27. Mai 2000	-	München
3. Juni 2000	-	München
1. Juli 2000	Straubing	München
23. September 2000	Regensburg	-
7. Oktober 2000	Würzburg	-
21. Oktober 2000	München	-
11. November 2000	Augsburg	-
2. Dezember 2000	München	-

### ANZEIGE:

**Frielingsdorf Consult**  
Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Praxisführung

**PROFESSIONELLE  
PRAXISFÜHRUNG**

mit den Schwerpunktthemen:

**Betriebswirtschaftliche Grundlagen**

•

**Personalführung**

•

**Kommunikation in der Praxis**

•

**Ertragssteigerung/Liquiditätssicherung**  
- Wege aus der Krise -

**S E M I N A R**  
**18. März 2000**

Ort: München · Zeit: 9.30 Uhr bis 17.00 Uhr  
Teilnahmegebühr: 399,00 DM  
Für Mitglieder kostenlos (Begrenzte Teilnehmerzahl)  
Fordern Sie unser Informationsmaterial an!

Frielingsdorf Consult Partnerschaftsgesellschaft  
Kaiser-Wilhelm-Ring 38 · 50672 Köln  
Tel.: 02 21 / 9 12 31 66 · Fax: 02 21 / 9 12 31 67  
e-mail: info@frielingsdorf.de · http://www.frielingsdorf.de

## Beide Münchner Universitäten legen die vorklinische Mediziner- ausbildung zusammen

Die Technische Universität und die Ludwig-Maximilians-Universität werden den ersten Abschnitt der Medizinerausbildung, die sogenannte Vorklinik, unter dem Dach der LMU zusammenlegen. Dies gab Wissenschaftsminister Hans Zehetmair vor der Presse in München bekannt. Angesichts der hohen Kosten der medizinischen Ausbildung seien die Konzentration und Effektivierung der bestehenden Strukturen notwendig, betonte der Minister. Während an der TU

München jährlich 50 Studierende zugelassen werden können, sind es an der LMU in diesem Jahr über 730. Die Zusammenfassung der vorklinischen Einrichtungen beider Universitäten hatte bereits der Wissenschaftsrat vorgeschlagen, und auch der Bayerische Oberste Rechnungshof hatte eine Querschnittsuntersuchung zu den auf Grund der Studentenzahlen unterschiedlichen Kosten vorgelegt.

Mit der Zusammenlegung, die zwischen beiden Universitäten einvernehmlich verabredet wurde, soll nun eine Profilbildung der beiden Klinika einhergehen, um den Studierenden Alternativen bei der Gestaltung ihrer klinischen Ausbildung und damit ihrer beruflichen Zukunft zu bieten.

## 5,5 Millionen DM an Bayerns Universitäten für Promotionsförderung

Rund 5,5 Mio. DM stehen im nächsten Jahr für die Förderung des wissenschaftlichen und künstlerischen Nachwuchses an Bayerns Hochschulen zur Verfügung. Mit den Mitteln sollen insbesondere Promotionen besonders qualifizierter Nachwuchskräfte gefördert werden.

Förderungsvoraussetzungen sind unter anderem weit überdurchschnittliche Studien- und Prüfungsleistungen und die Betreuung der Promotion durch einen bayerischen Hochschullehrer. Ferner muss die Promotion einen wichtigen Beitrag zur Forschung erwarten lassen. Das Stipendium besteht aus einem Grundbetrag von monatlich 1400 DM. Daneben können ein Familienzuschlag in Höhe von 300 DM und Sonderzuwendungen für Sach- und Reisekosten gewährt werden.

Nähere Informationen erteilen die bayerischen Universitäten und Kunsthochschulen, die die Stipendien in eigener Zuständigkeit vergeben.

## Ernüchternde Bilanz des „Jahres der Senioren“

Als enttäuschend bezeichnete der Landesgeschäftsführer des Sozialverbandes VdK Bayern, Albrecht Engel, die Bilanz des „Internationalen Jahres der Senioren 1999“. Den Worten der Politiker, alles zu tun, um älteren Menschen ein selbstbestimmtes, menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, folgten kaum Taten. Im Gegenteil: Gerade 1999 seien die Senioren von der Politik nicht gerade mit

Samthandschuhen angefasst worden.

Durch die Aussetzung der Nettoanpassung der Renten und die Ökosteuer würden die Rentner künftig gleich doppelt zur Kasse gebeten, da ihnen die damit verbundene Senkung der Lohnnebenkosten ja wenig bringe.

Der VdK fordert ferner die Bayerische Staatsregierung erneut auf, nun endlich ihrerseits die erforderlichen Geldmittel zur Verbesserung der Pflegesituation in Altenheimen zur Verfügung zu stellen.

Die Entscheidung des Bezirks Oberbayern, hierzu 10 Millionen Mark zu bewilligen, bewertete der VdK, als eindeutiges Signal – vor allem an die Bayerische Staatsregierung, die nun unter Zugzwang stehe.

## Deutsche sind nicht ausreichend gegen Influenza geimpft

Eine im November vergangenen Jahres vom Robert Koch-Institut durchgeführte telefonische Umfrage hat ergeben, dass in Deutschland die Influenzaimpfung generell, besonders aber im Bereich der alten Bundesländer, zu wenig angenommen wird. Die geringste Impfquote wiesen die Beschäftigten des medizinischen Bereichs auf, die nicht nur zum eigenen Schutz besonders aber auch im Interesse von ansteckungsgefährdeten Patienten geimpft sein sollten.

Die Telefonumfrage, an der 1190 Personen teilnahmen, sollte insbesondere folgende Fragen klären:

- Welcher Anteil der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands ist in der aktuellen Saison gegen Influenza geimpft worden?

- Wie hoch ist die Durchimpfung in den gefährdeten Zielgruppen?

- Wie stellt sich vergleichsweise die Situation der Influenza-Durchimpfung in den alten und neuen Bundesländern dar?

- Durch welche Faktoren wird die Impfquote in den alten und neuen Bundesländern beeinflusst?

Bis zum Zeitpunkt der Befragung, dem 22. November 1999, waren in Deutschland 18 % der Bevölkerung gegen Influenza geimpft. Dabei lag die Impfquote in den alten Bundesländern mit 15 % deutlich niedriger als in den neuen Bundesländern mit 32 %.

## Bau des biotechnologischen Entwicklungslabors und des Gebäudes für strahlentherapeutische Großgeräte an der Universität Erlangen-Nürnberg

Der Ausbau der Biowissenschaften und der Medizintechnik an der Universität Erlangen-Nürnberg wird auch im kommenden Jahr fortgesetzt. Wie Wissenschaftsminister Hans Zehetmair mitteilte, wurde der Auftrag erteilt, den Baubeginn für das biotechnologische Entwicklungslabor des Lehrstuhls für

Genetik und das Gebäude für strahlentherapeutische Großgeräte an der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie freizugeben. Möglich sei die Freigabe, da die Finanzierung der Vorhaben mit Mitteln der High-Tech-Offensive der Bayerischen Staatsregierung gesichert ist.

## Hausärzte entwickeln Spürnase für depressive Erkrankungen

*Positive Bilanz des Sisi-Diagnose-Tages*

Hohe diagnostische Sensibilität für depressive Erkrankungen bewiesen Hausärzte in einer aktuellen Studie über die Erkrankungen in der ärztlichen Praxis. Beeindruckend oft erkannten Ärzte bei ihren Patienten eine bestehende Depression. „Besonders hoch lag die Erkennungsrate bei den Depressionspatienten mit Sisi-Merkmalen“, erläuterte Studienleiter Professor Dr. phil. Dipl. Psych. Hans-Ulrich Wittchen vom Max-Planck Institut für Psychiatrie in München. Mit mehr als 20 000 Patienten in über 600 Arztpraxen ist diese Studie in Größe und Methodik weltweit bisher einmalig.

Die Studie ist kostenfrei erhältlich bei: SmithKline Beecham Pharma GmbH, Medizinische Information, Leopoldstraße 17S, 80804 München, Telefon 0 89/3 60 44-0, Telefax 0 89/3 60 44-S 1S

### Berichtigung

Im Bericht von Dr. H. Helmut Koch (Heft 12/1999, Mittelteil, Seite 4) ist uns ein Fehler unterlaufen.

Richtig muss es heißen:

In Bayern wurden die Qualifikationsnachweise „Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach § 3 a der Weiterbildungsordnung eingeführt.



## Professor-Benjamin-Allee

Im Dezember vergangenen Jahres enthüllten Schäftlarns Bürgermeister Erich Rühmer und Dr. Dr. Erich Grassl das Straßenschild der Professor-Benjamin-Allee. Im August war die Umbenennung nach dem Kinderarzt und -pädagogen Erich Benjamin nach ausgiebigen Debatten endlich beschlossen worden. Der am 23. März 1880 in Berlin geborene Benjamin studierte in Heidelberg und Leipzig Medizin, arbeitete ab 1906 an der Kinderklinik der Universität Wien. 1908 wurde er zum apl. Professor für Heilpädagogik an der Universität München berufen und ließ in der Zeller Straße 22 in Ebenhausen ein Heim für verhaltensauffällige Kinder ausbauen. Er veröffentlichte mehrere Lehrbücher, bevor er 1938 – nach der Reichspogromnacht – in die USA emigrierte und an der Kinderklinik der John Hopkins University in Baltimore als „Research Associate Professor“ wirkte. Nach schwerer Krankheit starb Professor Benjamin im 64. Lebensjahr in Baltimore.

## Mangelernährung: Nutzen einer ergänzenden Ernährungstherapie

Bis zu 50 % aller Patienten sind bei der Einweisung in eine Klinik oder in ein Altenheim mangelernährt. Während des stationären Aufenthaltes lässt sich oftmals sogar noch eine weitere Verschlechterung des Ernährungsstatus mit weitreichenden klinischen Konsequenzen beobachten. In vielen Fällen wird die Mangelernährung jedoch nicht diagnostiziert und den Betroffenen keine gezielte Ernährungstherapie zuteil. Mit der Broschüre „Der Nutzen einer ergänzenden Ernährungstherapie“

nimmt sich Nestlé Clinical Nutrition dieser wichtigen Problematik an. Der Leitfaden für Ärzte und Ernährungsfachkräfte beschreibt Inzidenz, Ursachen sowie Konsequenzen der Mangelernährung und zeigt auf, inwiefern Patienten von einer frühzeitigen Intervention mit oralen Nahrungssupplementen profitieren können.

Die Broschüre kann kostenfrei angefordert werden bei: Nestlé Clinical Nutrition, Prinzregentenstraße 155, 81677 München, Telefon 0 89/41 16-5 80, Telefax 0 89/ 41 16-6 90

### „F&E konkret 7“

Über „Gene und Genom – Auf dem Weg zu maßgeschneiderten Arzneimitteln“ informiert die Broschürenreihe F & E konkret.

Arzneimittel waren und sind außerordentlich erfolgreich bei der Bekämpfung von Krankheiten. Trotz aller Erfolge sind die Herausforderungen nach wie vor groß: Zwei Drittel aller Krankheiten können nicht adäquat behandelt werden. So suchen forschende Arzneimittelhersteller ständig nach neuen Wegen, um neue und verbesserte Arzneimittel zu entwickeln.

Große Hoffnungen setzt die Industrie in die Entschlüsselung aller menschlichen Gene, in das Human Genomprojekt (HUGO). HUGO kann es ermöglichen, Erkrankungen auf der Ebene der Moleküle zu untersuchen, ihre Ursachen zu erkennen und so in vielen Fällen zu Durchbrüchen bei der Behandlung und zu neuen Wegen der Prävention führen.

Die Broschüre kann kostenfrei angefordert werden beim: Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Friederike Ehret, Johanna-Kinkel-Straße 2-4, 53175 Bonn, Tel. 02 28/ 8 19 99-0, Fax 02 28/8 19 99-99, Internet: <http://www.vfa.de>

## Sonderheft „Diabetes und Sexualität“

Das Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e. V. (ISG) stellt Ärzten und Apothekern das Sonderheft „Diabetes und Sexualität“ kostenfrei zur Verfügung. Das Heft wurde vom Weltdiabetes Verband „International Diabetes Federation“ (IDF) herausgegeben und liegt nun in deutscher Übersetzung vor.

Das kostenfreie Sonderheft kann gegen Einsendung eines mit 3,- DM frankierten Rückumschlages (DIN A 4) angefordert werden beim: ISG-Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit, Geschäftsstelle, Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

## Helmut-Stickl-Preis 2000

Zum achten Mal wird der Helmut-Stickl-Preis (Dotation 20 000 DM) für besondere Verdienste bei der Aufklärung der Bevölkerung über Schutzimpfungen von der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e. V. im Jahr 2000 ausgeschrieben und vergeben. Ausgezeichnet werden niedergelassene Ärzte, Medizinjournalisten oder andere engagierte Personen, die sich im Bereich des Impfwesens innerhalb der letzten fünf Jahre besondere Verdienste erworben und den Impfdanken gefördert haben.

Einsendeschluss: 20. April 2000. Weitere Infos: Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Monika Benigni, Mielenforster Straße 2, S1069 Köln, E-Mail: [kontakt@kinderheilkunde.org](mailto:kontakt@kinderheilkunde.org)

## Hirnliga-Forschungspreis 2000

Die Hirnliga e. V. verleiht im Jahr 2000 ihren mit 25 000 DM dotierten Preis für hervorragende wissenschaftliche Publikationen, die grundsätzlich neue Forschungsaspekte aus den Gebieten Entstehung, Erkennung und Behandlung dementieller Prozesse (Alzheimer-Demenz) beschreiben.

Einsendeschluss: 31 März 2000. Weitere Infos: Kuratorium der Hirnliga, Postfach 11 32, 51581 Nümbrecht, Telefon 0 22 93/34 36, Telefax 0 22 93/ 37 07, E-Mail: [kuratorium@hirnliga.de](mailto:kuratorium@hirnliga.de)

## Sebastian-Kneipp-Preis 2000

Für wissenschaftliche Arbeiten aus Instituten, Kliniken oder aus der Praxis, die neue Erkenntnisse über die Kneipp-Therapie vermitteln, wird der Sebastian-Kneipp-Preis 2000 (Dotation 20 000 DM) ausgeschrieben.

Einsendeschluss: 1. Mai 2000. Weitere Infos: Kneipp-Werke, 97064 Würzburg, Telefon 09 31/80 02-0, Telefax 09 31/ 80 02-1 04

### ANZEIGE:

#### Wirtschaftliche Organisation durch Qualitätsmanagement

Wir sind ein Team von Experten im ärztlichen Qualitätsmanagement und beraten Arzt-Praxen und Kliniken bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems zu einem fairen Preis. Auf Wunsch begleiten wir Sie bis zur Zertifizierung Ihres QM-System.

Weitere Informationen erhalten Sie bei WILHELM & PARTNER  
Tel. 0 91 81/38 65, Fax 0 91 81/36 61, email: [wilhelm\\_wp@t-online.de](mailto:wilhelm_wp@t-online.de)

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen  
 Dr. Günter Hopf,  
 ÄK Nordrhein,  
 Tersteegenstraße 31,  
 40474 Düsseldorf,  
 Tel. 02 11/43 02-S 87

**Fuchsin**

**Kanzerogenität**

Fuchsin wird zur lokalen Therapie von Hautpilzkrankungen, oft in individuellen Rezepturen, angewandt. Der erst kürzlich festgestellte Gehalt an krebserregenden aromatischen Aminen in handelsüblichem Fuchsin führte zu einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Dermopharmazie, dass derzeit eine Anwendung von Fuchsin in der Dermatologie nicht vertretbar erscheint. Hersteller von Fuchsin haben angekündigt, in naher Zukunft Fuchsin in pharmazeutischer Qualität anzubieten.

*Quellen:* Dt. Pharm. Ztg. 1999; 144: 3044 und 3092

**Mifepriston**

**Warnhinweise**

Nach einer Änderung des Arzneimittelgesetzes (9. AMG-Novelle vom 30. Juli 1999) darf Mifepriston (Mifegyne®) nur von Ärzten verordnet werden, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen dürfen. Neben den komplizierten Vorschriften für eine Verordnung von Mifepriston sind unter anderem folgende Warnhinweise geplant

**1. Anwendungsbeschränkungen**

- Mifepriston ist unter anderem zum Abbruch einer intakten Schwangerschaft bis zum 49. Tag der Amenorrhoe in sequentieller Anwendung (zweiter Arztbesuch notwendig!) mit einem Prostaglandin (PGE1-Analoga Gemeprost 1mg vaginal – Cergem®

und Misoprostol 400 µg oral – Cytotec 200®) bestimmt.

**2. Absolute Kontraindikationen:**

- chronische Nierenversagen
- bekannte Allergie gegen Mifepriston, schweres Asthma (Antiglukokortikoid-Wirkung!). Nicht gesicherte Schwangerschaft
- Kontraindikationen der gewählten Prostaglandine

**3. Relative Kontraindikationen**

- Nieren-, Leberversagen, Raucherinnen (10 Zigaretten/Tag) über 35 Jahre
- Patientinnen mit einer hämorrhagischen Diathese

**4. Unerwünschte Wirkungen:**

- Starke Blutungen bei 5 % der Fälle (bei bis 1,4 % Küretage erforderlich), Uteruskontraktionen oder -krämpfe (10 bis 45 % der Fälle)
- Gastrointestinale Krämpfe, Übelkeit. Selten können auftreten zum Beispiel Uterusrupturen und Hypotonie (Prostaglandinwirkung), vagale Symptome, Kopfschmerzen, kutane Überempfindlichkeitsreaktionen bis zur epidermalen Nekrolyse.

**5. Weitere Hinweise:**

- Nachdem die Misserfolgsrate der Kombination 1,3 bis 7,5 % beträgt, ist innerhalb von 10 bis 14 Tagen nach der Gabe von Mifepriston zwingend eine Nachsorgeuntersuchung (dritter Arztbesuch!) erforderlich.
- Patientinnen müssen darauf hingewiesen werden, dass es bis zwölf Tage nach der Einnahme zu länger anhaltenden Blutungen kommen kann. Sie sollte sich deshalb nicht allzu weit vom Behandlungszentrum entfernen, so lange keine komplette Ausstoßung stattgefunden hat.
- Sämtliche allgemeine Maßnahmen sind zu ergreifen, die üblicherweise bei einem Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden (zum

Beispiel Bestimmung des Rhesusfaktors).

*Quellen:* SPC (Standard product characteristics) von Mifegyne® (Entwurf), Dt. Ärztebl. 1999; 96(30): A-1948

**Interferon-α**

**Depressionen**

Grippe-ähnliche Symptome nach der Einnahme von Interferon-α-2a (Roferon-A®) bzw. -2b (Intron A®) wie Fieber, Gliederschmerzen, Müdigkeit und schwerere UAW wie Überempfindlichkeitsreaktionen, hämatologische (regelmäßige BB-Kontrollen erforderlich!), hepatische, kardiovaskuläre und neurologische Störungen sind bekannt. Aus Australien werden jetzt 19 Fälle von depressiven Zuständen und Selbstmordgedanken/-versuchen in Zusammenhang mit der Einnahme dieser Arzneistoffe berichtet. Sie traten überwiegend innerhalb der ersten Wochen der Therapie auf, drei Selbstmordversuche waren „erfolgreich“.

*Quelle:* Austr. Adv. Drug React. Bull 1999; 18:6

**Anmerkungen:**

Während bei Intron A® auf Selbstmordversuche hingewiesen wird, fehlt dieser Hinweis bei Roferon-A® in der Roten Liste 1999. Die Schwere

der Krankheitsbilder (Hepatitis C, malignes Melanom, Karposi-Sarkom mit AIDS usw.) kann zu depressiven Verstimmungen beitragen. In therapeutischen Gespräch sollte auf erste depressive Symptome geachtet werden.

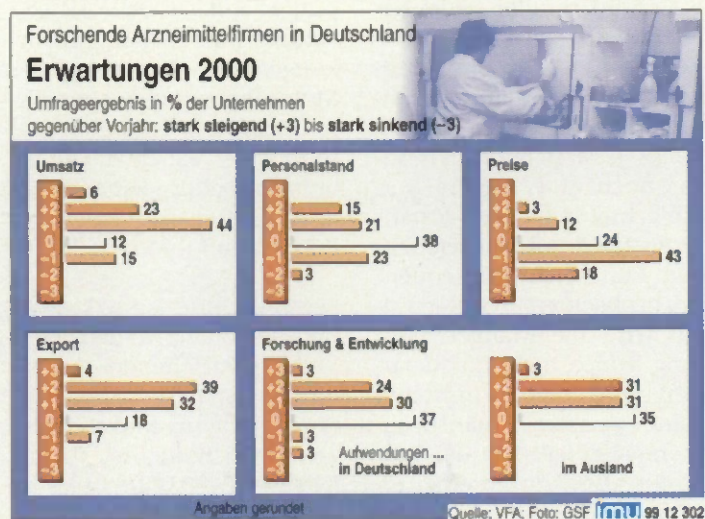
**Acarbose**

**Erythema multiforme**

Bei einem 58-jährigen Mann mit Diabetes Typ II (NIDDM) entwickelte sich 13 Tage nach Beginn einer Zusatztherapie mit 300 mg/d Acarbose (Glucobay®) ein generalisiertes Erythema multiforme mit Fieber. Unter 20 mg/Tag Prednisolon verschwanden die Symptome nach sechs Tagen. Bei einer Reexposition mit 50 mg Acarbose nach drei Wochen zeigten sich nach vier Stunden juckende Hauteruptionen, die unter 10 mg/d Prednisolon innerhalb von vier Tagen verschwanden. Nachdem Acarbose nur zu 1 bis 2 % resorbiert wird, vermuten die Autoren als Ursache Abbauprodukte von Acarbose (bis zu 35 % der Radioaktivität von <sup>14</sup>C-markierter Acarbose wird resorbiert).

*Quelle:* Lancet 1999; 354: 397

*Nachdruck aus „Rheinisches Ärzteblatt“, 11/1999*





## Leiter des ärztlichen Dienstes der Bayerischen Polizei

Beim Präsidium der Bayer. Bereitschaftspolizei ist die Stelle eines beamteten Arztes/einer beamteten Ärztin als Leiter/in des ärztlichen Dienstes der Bayer. Polizei mit Dienstsitz in München zu vergeben.

Die Aufgabenstellung umfaßt unter anderem:

- **kurative Medizin:** verantwortliche Leitung der Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten an sieben Standorten der Bayer. Bereitschaftspolizei
- **Begutachtungswesen:** Begutachtung sämtlicher Polizeiangehörigen in allen dienst- und tarifrechtlichen Fragen inklusive dienstunfallrechtlicher und arbeitsmedizinischer Fragen und Problemstellungen; Einstellungsuntersuchungen
- **Beratungsfunktion:** Beratung der Entscheidungsträger der gesamten bayerischen Polizei in allen medizinischen, insbesondere arbeitsmedizinischen Fragen
- **Sonderaufgaben:** Vertretung der Belange des bayerischen polizeiärztlichen Dienstes in Bund-Länder-Kommissionen, Gewährleistung der medizinischen Betreuung unterschiedlichster Polizeieinsätze, ärztliche Behandlung von Polizeihäftlingen, Begutachtung und Begleitung von Abzuschiebenden

Dementsprechend sollte der Bewerber/die Bewerberin langjährige Erfahrung im öffentlichen Gesundheitsdienst aufweisen sowie die Fähigkeit besitzen, einen Personalkörper von 120 Mitarbeitern - davon 20 Ärzten - zu führen und mit verschiedenen Dienststellen unterschiedlichster Ebenen zu kooperieren.

Die Stelle ist mit A 16 BBesQ bewertet.

Bewerbungen von Frauen sind erwünscht (Art. 2 Abs. 1, Art. 7 Abs. 3 BayGIG). Auf das Antragsrecht zur Beteiligung der Gleichstellungsbeauftragten sowie auf die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung unter den gesetzlichen Voraussetzungen wird hingewiesen.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte innerhalb eines Monats an das

**Präsidium  
der Bayer. Bereitschaftspolizei**

Pödeldorfer Straße 77/79  
96052 Bamberg



Das Krankenhaus Nabburg verfügt über 125 Betten in den Hauptabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie/Intensivmedizin sowie der Belegabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe.

Die medizinische Klinik sucht zum 6. April 2000 eine/n

## Assistenzärztin/-arzt (38,5 Std./Woche)

befristet für die Dauer der Weiterbildungsbefugnis (4 Jahre).

Die internistische Abteilung (ärztlicher Stellenplan 1 1/4) betreut 53 Betten einschließlich der interdisziplinären Intensivstation; angeschlossen sind Labor und internistische Radiologie.

Gerätetechnisch auf neuestem Stand werden kardio-/pulmonologische (EKG, Bel.EKG, Langzeit-EKG, FDE, Herzschrittmacherimplantation, Bronchoskopie, Bodyplethysmographie, Schlaflabor-screening) sowie gastroenterologische Untersuchungen/Behandlungen (ÖGD incl. PEG-Anlagen (Ileokoloskopie, diagn./therapeuf. ERCP, H2-Atemtest, pH-Metrie) in großer Anzahl durchgeführt.

Weitere Schwerpunkte liegen in der Diabefologie sowie in der Durchführung von Asthma-Bronchitis- wie auch Hypertonie-Schulungen.

Die Vergütung und alle tariflichen Bestimmungen richten sich nach dem BAT.

Interessierte Kolleginnen/Kollegen senden bitte Ihre Bewerbungen an den

**Chefarzt der Inneren Abteilung, Dr. Michael Liebrich,  
Krankenhausstr. 25, 92507 Nabburg, Tel. 09433/80-1331**

**Plast. Chirurg/-in** für chirurgische Praxis mit Belegbetten im südl. Oberbayern in Praxisgemeinschaft gesucht. Chiffre 1738

Stelle für **MKG-Chirurgen/-in** in nordbayer. Praxis geboten. Telefon: 01 71/4 42 97 78

## Fachärzte für Neurochirurgie, Urologie, Kinderchirurgie und plastische Chirurgie

in Nordbayern zur Ergänzung eines neu entstehenden Gesundheitszentrums (an bestehendem Thermalbad, Kongresszentrum und Golfplatz) gesucht. Alle anderen chirurg. Fachrichtungen, ein großes Anästhesiezentrum und Betten mit Hotelcharakter sind vorhanden. Telefon: 09 21/72 13 06

## Weiterbildungsstelle - Allgemeinmedizin

im letzten Ausbildungsabschnitt in großer Gemeinschaftspraxis in mittl. Oberpfalz, ab 07.2000 zu vergeben. Chiffre BÄ 1739

**Ausbild. Ass.** Pädiatrie od. Innere od. Allg. halbtags in Gemeinschaftspraxis Bayreuth gesucht, längerfristige Tätigkeit. Dr. Krause, 95420 Bayreuth, Postfach 160 110

Wir suchen für die belegärztlich geführte  
Innere Abteilung unseres  
Krankenhauses in Hersbruck  
eine/n



Krankenhaus  
Nürnberger Land

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft  
des Landkreises Nürnberger Land mbH

**Ärztin / Arzt  
im Praktikum**

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Das Krankenhaus Hersbruck ist eine 135-Betten-Klinik der Versorgungsstufe II mit hauptamtlicher Chirurgie sowie den weiteren Belegabteilungen Gynäkologie, HNO und Augenheilkunde. Hersbruck liegt ca. 27 km östlich von Nürnberg am Rande der Fränkischen Schweiz in landschaftlich reizvoller Umgebung.

Bewerbungen werden erbeten an die  
Belegärzte der Inneren Medizin, Dr. Wotze oder Dr. Reichel, Krankenhaus  
Hersbruck, Großviehbergstraße 8, 91217 Hersbruck, Tel. 0 91 51/7 38 -0

**Kinderarzt/-ärztin für die Leitung einer Kinder-Rehaeinrichtung - Samerberg/Obb. - gesucht.**

→ Privatpraxis bei uns im Hause ist möglich!

Eine der folgenden Zusatzbezeichnungen oder Spezialkenntnisse sind vorteilhaft aber nicht Bedingung:

- Naturheilkunde
- Psychologie
- Psychiatrie
- Adipositas
- Asthma

Angebote unter Chiffre BÄ 1744



wir suchen ab sofort  
weitere Ärzte in Vollzeit oder Teilzeit für unseren

**AMBULANTEN NOTDIENST**  
in München und Umgebung

- ⇒ Allgemeinmediziner
- ⇒ Anästhesisten
- ⇒ Internisten
- ⇒ Kinderärzte
- ⇒ Konsiliarärzte (beretende Fachärzte)
- ⇒ Notärzte (NAW/NEF)
- ⇒ Praktische Ärzte / Weiterbildungsärzte mit klinischer und ambulanter Erfahrung

Interessanten wenden sich bitte schriftlich an den

**ARZT-ND TRUF 19242**  
Privatärztlicher Notdienst GmbH, Notdienst-Zentralbüro  
Amsinckstr. 46, 20097 Hamburg Tel.: 040 - 230010

**Weiterbildungsassistent/-in**

für große **chir. Gemeinschafts (D-Arzt) Praxis** in Augsburg zum 01.03.2000 gesucht.

Bewerbung bitte an: Dres. Krumme/Müller/Tögel, Henisiusstr. 1, 86152 Augsburg, Tel. 08 21/3 70 25

**Doppelfacharzt Chirurgie / Allgemeinmedizin**

für große Praxisgemeinschaft im südl. Oberbayern als Job-Sharing-Partner gesucht. Allgemeinmed. Weiterbildungsbezugnis für 1 1/2 Jahre liegt vor. Chiffre BÄ 1737

**Biete Time-Sharing in Ofr.**  
in Allg.-med. Tel. 01 71/2 63 60 26



»Im Feriengebiet Rottaler Bäderdreieck«

In unserer **Mutter/Vater-Kind-Klinik Blumenhof**, Bayerbach/Rott (niederbay. Bäderdreieck) haben wir die Stelle einer/eines

**Ärztin/Arztes**

zu besetzen.

In der Klinik Blumenhof werden Reha-Behandlungen für Mutter/Vater und Kinder mit den Schwerpunkten Orthopädie, Psychosomatik, Atemwegserkrankungen durchgeführt.

Zur Verstärkung unsers Teams aus Ärztinnen suchen wir eine Kollegin/einen Kollegen mit Interesse an der präventiven und rehabilitativen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen sowie Aufgeschlossenheit für die Arbeit im interdisziplinären Team. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist nicht Bedingung.

Wir bieten eine verantwortungsvolle Aufgabe und einen sicheren Arbeitsplatz mit leistungsgerechter Bezahlung und den Sozialleistungen eines etablierten Dienstleistungsunternehmens.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:  
**KLINIK BLUMENHOF**  
Dorfplatz 2-4, 94137 Bayerbach, Tel. 08532/3 08-0



**Weiterbildungsassistent/in Allgemeinmedizin**

für große Gemeinschaftspraxis (Fränk. Schweiz) gesucht. Vorhanden sind Sonographie, Echokardiographie, Belastungs-EKG, kleine Chirurgie. Weiterbildungsbefugnis für 18 Monate liegt vor. Chiffre BÄ 1761

**Biete Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin**

ab 1. 4. 2000 (Region Ingolstadt). Tel. 0171/3079683

**WB-Assistent/-in Allgem.-Med.**

im letzten Ausbildungsabschnitt für große Gem.-Praxis mit H-Arzt-Tätigkeit in der Oberpfalz/Nähe Stadt Weiden baldmöglichst gesucht. WB-Befugnis 18 Monate. Chiffre BÄ 1722

**Gute Existenzgrundlage für Kinderarzt**

in größerer Gemeinschaftspraxis Nordbayerns geboten.  
Chiffre BÄ 1728

**HNO-FA gesucht**

Assistent/Jobsharingpartner für Großstadt in Nordbayern. Belegarztpraxis, Allergologie, Weiterbildungsberechtigung vorhanden. Chiffre BÄ 1736

**Urlaubsvertretung**

als Dauerstellung gesucht für 5-6 Urlaubswochen pro Jahr von mind. 2 Wochen Dauer. Erfahrung in Allgemeinmedizin. Naturheilverfahren und Senatorium wünschenswert. Chiffre BÄ 1748

**WB-Assistent für orthopäd. Gemeinschaftspraxis mit Belegabteilung**

(großes operatives Spektrum) im Raum Niederbayern, **ab sofort** gesucht. 2 Jahre Weiterbildungsbefugnis liegt vor. Chiffre BÄ 1717

**WB-Stelle Allgemeinmedizin**

in großer Landpraxis in der Rhön ab Feb. 2000 frei. Breites Leistungsspektrum. SP Diabetes. WB-Bef. 18 Monate. Ggf. spätere Assoziation möglich. Chiffre BÄ 1718

**Weiterbildungsassistent oder AIP**

für nuklearmed./internistische Facharztpraxis in Würzburg ab sofort gesucht. Weiterbildungsbefugnis liegt vor. Chiffre BÄ 1719

**GEOMED-KLINIK gGmbH  
Gerolzhofen**



Die GEOMED-Klinik gGmbH (Träger: Landkreis Schweinfurt) ist ein Haus der Grundversorgung mit den Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, HNO und Anaesthesie.

Für die Innere Abteilung (60 Betten - Weiterbildungszeit 2 Jahre) suchen wir eine/n

**Ärztin/Arzt  
und  
AIP**

Wenn Sie den Umgang mit Patienten weiterhin als ärztliche Berufung sehen, Eigeninitiative entwickeln wollen und Kollegialität für Sie kein Fremdwort ist, bieten wir Ihnen die richtigen Arbeitsbedingungen.

Die Vergütung richtet sich nach den Richtlinien des öffentlichen Dienstes.

Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen unter 09382/601395 zur Verfügung. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Chefärzte Dres. med. Fuchs und Klein oder an den Geschäftsführer Herrn F. Dirscherl.

**GEOMED-Klinik gGmbH**  
Postfach 11 26 • 97441 Gerolzhofen

**Die ILMTALKLINIK GmbH Pfaffenhofen**



sucht eine/n

**Ärztin / Arzt im Praktikum**

für die Innere Medizin möglichst ab April 2000

Das Krankenhaus Pfaffenhofen, 250 Betten, mit den Abteilungen Innere Medizin/Anästhesie/Chirurgie/Gynäkologie und Geburtshilfe/Radiologie (Nuk + CT/HNO/Orthopädie/Plastische Chirurgie) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n Ärztin/Arzt im Praktikum für die Innere Medizin. Volle Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin ist vorhanden.

Bewerbungen erbeten an:

**ILMTALKLINIK GmbH Pfaffenhofen**  
Personalabteilung

Krankenhausstr. 70, 85276 Pfaffenhofen a.d. Ilm

Weiter Informationen über die Leitenden Ärzte der Inneren Medizin, Herrn Dr. Halbritter und Herrn Dr. Teulel, Tel.-Nr. (08441) 79-1350

**Weiterbildungsassistent/-in** für große Allgemeinarztpraxis, 6 km von Stadtgrenze Erlangen, gesucht. Weiterbildungsbefugnis 18 Monate. Chiffre BÄ 1753

**Anästhesist/-in** zur Mitarbeit in großer Anästhesiepraxis in Mittelfranken gesucht. KV-Sitz evtl. vorhanden. Chiffre BÄ 1754

Wir suchen eine/n engagierte/n teamfähige/n

**Weiterbildungsassistent/in**

zum 01.04.2000 für 6 Monate nach Bad Füssing.

Wir sind ein motiviertes, fröhliches Team mit moderner, qualitätsorientierter Praxis. Leistungsgerechte Bezahlung; Mittwoch- und Freitagnachmittag frei.

**Interesse?**

Rufen Sie uns an: 08531/29729

Dr. med.-  
Dipl.Biologe

**Günter Prex**

Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Sportmedizin  
Chirotherapie  
Kurarzt

Bachstraße 15  
94072 Bad Füssing

Tel. 0 85 31 / 297 29  
Fax 0 85 31 / 98 1369

**ANÄSTHESIST SUCHT OPERATEURE**

Zur Etablierung eines ambulanten OP-Zentrums in Marktredwitz im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge suchen wir für das Frühjahr 2000 operationsfreudige und versierte Operateure aller Fachrichtungen. Praxis und Zentrum unter einem Dach möglich.

Niederlassungsmöglichkeit für alle operativen Fachrichtungen vorhanden.

Kontakt:

**Dr. P. Schöllhammer**  
Facharzt für Anästhesie

Goethestraße 4

95615 Marktredwitz

Tel. 0 92 31/6 45 04

[www.dr-schoellhammer.de](http://www.dr-schoellhammer.de)

[info@dr-schoellhammer.de](mailto:info@dr-schoellhammer.de)

**Orthopädie:** Orthop. Gem.-Praxis in Mühlhausen/Thüringen sucht

**FA für Orthopädie**

mgl. Chiro, Sono, emb. OP, Praxismitarbeit o. Einstieg mgl. Int. bitte telef. 03601/873002 o. 442101

Gut frequentierte Kinderarztpraxis auf dem Land (Großraum Nürnberg) sucht ab sofort eine/n **halbtagsstätige/n Weiterbildungsassistentin/en**. Weiterbildungsbefugnis für 1 Jahr Kinderheilkunde liegt vor. Anfragen an: Dres. Mittelstädt/Krebs/Hebold, Friedrich-Bauer-Str. 8, 91564 Neuendettelsau, Tel. 09874/7 11

**Weiterbildungsassistent/-in bzw. Praxispartner/-in Allgemeinmedizin**

Nürnberg-Regensburg gesucht. Biete umfangreiche, moderne Allgemeinmedizin und einiges mehr. Voraussetzung ist letzter Weiterbildungsabschnitt. Bei ähnlichen Zielvorstellungen spätere Assoziation möglich. Nähere Einzelheiten unter Tel. 01 70/8 85 49 54

**Arbeitsmedizin.** Für unser Werk Wermding (Donau/Ries) suchen wir Arbeitsmediziner/in auf freiberuflicher Basis. Einsatzzeit ca. 450 Std./Jahr. Bewerbungen werden erbeten an: VALEO Schalter und Sensoren GmbH, Postfach 1763, 74307 Bietigheim-Bissingen, z.Hd. Dr. med. Hans Engels, E-Mail: [hans.engels@valeo.com](mailto:hans.engels@valeo.com)

Für meine Praxis in Krumbach suche ich eine engagierte

**Ausbildungs- / Dauerassistentin.**

Dr. Hans-Peter Hadry, Allgemeinarzt, Chirotherapie. Tel. 0 82 82/20 80

**UROLOGIE**

**Praxisassistent/-in** für große Praxis mit vollem Leistungsspektrum in Erlangen ganztags gesucht. Urologische Grundkenntnisse erwünscht. Weiterbildungsbefugnis liegt für 1 Jahr vor.  
Dr. med. Matthias Weitbrecht, Tel. 0 91 31/20 40 60

**FÄ/FA für Allgemeinmedizin / Innere Medizin**

zur Erweiterung einer Einzel- in einer Gemeinschaftspraxis in Ingolstadt gesucht. Vorteilhaft aber nicht Bedingung wären Kenntnisse in NHV, Psychosomatik, Ultraschall. Chiffre BÄ 1720

**Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin**

in breitgefächerter allgemeinärztlicher Gemeinschaftspraxis frei. Weiterbildungsbefugnis 18 Mon., Naturheilverfahren 3 Mon. Abgeschlossene Klinikzeiten Voraussetzung. Tel. 08 41/374 44

**Entlastungsassistentin** (Teilzeit), auch am Ende der Ausbildung zum Allgemeinarzt für Allg.-Praxis in Augsburg-Land gesucht. (Naturheilk., Homöopathie, Akupunktur willkommen). Spätere Partnerschaft möglich. Zuschriften an Chiffre BÄ 1760**Welche nette Kollegin oder Kollege** hat Lust in meiner Allgemeinarztpraxis im LKR Nürnberg/Land für ca. 4-6 Std./Woche mitzuhelfen? Chiffre BÄ 1762**Allgemeinärztin/arzt oder Praktische Ärztin/Arzt**

als Job-Sharing für Allgemeinarztpraxis zunächst halbtags in Würzburg gesucht. Tel. priv. 09 31/2707670 ab 19.30 Uhr

**Phlebologie: Weiterbildungsassistent/-in**

gesucht für engiologische Schwerpunkt-Praxis. WB-Befugnis für Phlebologie (12 Monate) und Allgemeinmedizin (6 Monate) liegt vor. Dr. Schrader, Enoch-Widman-Str. 18, 95028 Hof

**Internistin/Internist** mit guten kardiologischen Kenntnissen als

**Praxisassistent** von fachintern. Praxis ab sofort gesucht. Assoziation möglich. Raum 9. Chiffre BÄ 1765

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau  
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach  
Telefon (061 24) 77972  
Telefax (061 24) 77968  
E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de

Jung. promov. Ärztin, WB 2,5 J. Gyn./Geb., 1 J. Inn., 6 Mon. Ortho. mit Kenntn. in NHV, intens. Akup., Chiroth., z. Zt. WB in Osteopath., sucht ab April 2000

**WB-Stelle für Allgemeinmedizin**

(Praxis mit 1 J. WBB), Raum Passau. Chiffre BÄ 1755

Nach abgeschlossener Ausbildung zum General Practitioner in UK mit Akut-krankenhausenerfahrung in Innere, Chirurgie, Notaufnahme, Pädiatrie, Gyn. und Geburtshilfe sowie Allgemeinmedizin in Stadt- und Landarztpraxen suche ich eine

**Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin**

im Großraum München ab 03/2000. Chiffre BÄ 1716

**WB-Stelle Allgemeinmedizin**

von Ärztin (33 J.) ab 01.04.2000 oder später im Raum Freising/Landshut/München gesucht. Gerne Teilzeit- oder Halbtagsstelle. Klin. Erf.: 1 J. Innere, 1/2 Jahr Chirurgie jeweils in kl. Akut-KH. Diss. einger. Tel. 0 81 68/90 79 94

**WB-Stelle Neurologie**

Ärztin, 37 J., sucht nach 3 J. Babypause Teilzeitstelle in Klinik oder Neurologischer Praxis ab 1.5.2000 oder später in München u. Umgebung. 4 1/2 J. Klinik-erfahrung in Akut- u. Gerontopsychiatrie. Tel./Fax 0 89/4 48 79 81

**Engag. Ärztin (34 J.) sucht WB-Stelle Allgemeinmedizin**

für 6 Mon. ab 4/2000 oder später. Abgeschl. fundierte klinische Weiterbildung an Akut-KH. (5 J. Chirurgie, 1 1/2 J. Innere) FK Rettungsdienst, Strahlenschutz; Sono. Gerne längerfristige Anstellung oder spätere Kooperation.  
Tel. 0 89/7 14 47 33.

**Erfahrener, zuverlässiger, prakt. Arzt,**

übernimmt Praxisvertretung oder ärztlichen Notdienst im Raum München. Termine frei ab Juli 2000. Tel. 01 72/7 00 32 82

**Allgemeinärztin, prom.**

32 J., sucht im Raum Nürnberg, Neumarkt, Regensburg ab 03/00 Stelle als Job-Sharing oder rglm. Vertretung, gerne auch bei gefugten Arzt für NHV. Fachkunde Rettungsdienst und Sono. Tel. 01 70/2 69 13 68 od. 0 91 81/4 12 55

**Assistenzarztstelle (Vollzeit) dringend gesucht**

Engagierte, belastbare, aufgeschlossene Assistenzärztin (Examen '97, Note gut: PJ Anästhesie, AiP Allgemein- u. Unfallchirurgie, Neurochirurgie, z. Zt. Arbeitsmed., Prom. kurz v. Abschl., Fachkunde Rettungsdienst ab März bel.) sucht Stelle in Nordbayern z. nächstmögl. Zeitpunkt (Anästhesie, Chirurgie, Innere, Allgemeinmed., Neurochirurgie). Klinik o. Praxis. Ich freue mich auf Ihre Angebote. Telefon 091 31/99 14 72 oder 01 77/7 68 54 88

**WB-Stelle für Allgemeinmedizin**

von Ärztin gesucht, ab 1.7.2000 im Raum München u. Landkreis. Bisher 1 Jahr Innere, 1/2 J. Chirurgie, 1/2 J. Urologie. Tel. 0 89/3 17 43 44 oder 01 71/4 56 98 78

**Päd. in ungek. Weiterbildungs-Stelle**

(zum Ki.-Ju.Psy.) sucht wegen langfr. Umzug im Raum München eine solche in Klinik oder Praxis. Tel. 01 73/3 11 73 09

### Große internistische hausärztliche Praxis

(900-1000 Kassenpatienten, Privatklientel, Gutachten) und breites diagnostisches Spektrum (Röntgen, EKG, Allergologie, Spirogramm, Ultraschall, Doppler, Sonographie) aus Altersgründen (62 Jahre) abzugeben. Bevorzugte Bewerber mit Teilgebietsbezeichnung (pulm., gastroenterolog., nephrolog., etc.) und ggf. internistische Röntgenanerkennung. Die Praxis ist hinsichtlich des Klientels erheblich ausbaufähig. Sehr gutes Team. Solides Stammpublikum. Sehr gute Reputation.

Dr. Wolfgang Kunath,  
Stadtplatz 29, 84307 Eggenfelden, Tel. 0 87 21/33 59 oder 29 49, Fax 0 87 21/55 30

### Augenarztpraxis zu kaufen gesucht. Chiffre 1749

Biete gut eingeführte, stark frequentierte **Psychotherapiepraxis** in Dinkelsbühl/Mittelfranken zum Verkauf. Tel. 0 98 51/55 37 37 und Fax 0 98 51/55 37 39

Gutgehende **internistische Praxis**, Schwerpunkte Röntgen und Sportmedizin im Oberallgäu (Raum Kempten) wegen Todesfalles kurzfristig abzugeben. Chiffre BÄ 1750

**Schöne, gepfl. Praxis**, ca. 160 m<sup>2</sup>, sehr ruhige Lage, abgehoben v. d. Straße, inmitten von Grün, über 25 J. bestens eingeführt. In Aindling (ca. 4200 EW), Nähe Augsburg/München, langfristig zu vermieten. Lt. KVB ist die Niederlassung für Internisten, Allgemeinarzt u. Gynäkologen möglich. Tel. 0 82 37/74 15

### HNO-Arzt/Ärztin

für große HNO-Gemeinschaftspraxis (mit Belegbetten) als Nachfolger gesucht. Chiffre BÄ 1751

Suche **orthopädische Praxis**, Raum München Land/Obby. Chiffre BÄ 1752

### Praxisräume gesucht von 2 Psychotherapeutinnen

(f. Ki. und Jugendl.) in München-West (Pasing, Laim), 3 Zimmer, hell, kl. Teekü., Du, WC, mögl. großzügig. Flur, Litt erwünscht. Tel. 0 89/1 66 56 30, Fax 0 89/95 95 94 19

Fahrenzhausen vor den Toren Münchens erwartet einen

**Allgemeinarzt**, einen **ärztlichen Psychotherapeuten** und einen **Anästhesisten**.

Wir werden im Mühlhof Räume für Praxis und Wohnung bauen. Interesse? Rufen Sie doch mal bei uns an!



Wöhrl Wohn- und Gewerbebau GmbH,  
86529 Schrobenhausen, Tel. 0 82 52/89 69-0

### Hinweis:

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, daß die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich auf jeden Fall mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle in Verbindung zu setzen.

**Nürnberg:** Ärztin sucht ruhigen Raum zu mieten zur Nutzung für Psychotherapie. Kann auch in Praxis anderer Fachrichtung sein. Kontaktaufnahme bitte unter Chiffre BÄ 1745

**Praktischer Arzt**, 36 J., ganzheitlich orientiert (Osteopathie/Chirotherapie, Homöopathie, Akupunktur, Psychotherapie) sucht Praxisraum in München für in erster Linie privatärztliche Tätigkeit, geme in bestehender Arztpraxis od. mit Kooperation. Tel. 0 69/59 79 00 94

### Landarztpraxis – Allgemeinmedizin

westlich Augsburg zu verkaufen. Termin ab 01/2001.

Chiffre BÄ 1746

**Allgemeinpraxis** in Oberbayern abzugeben. Chiffre BÄ 1747

Alteingesessene **Allgemeinarztpraxis** (Kassenarztsitz) mit festem Patientenstamm im Raum Augsburg abzugeben. Chiffre BÄ 1712

**Allgemeinärztliche Kassenpraxis**, nördliche Oberpfalz, ab 4/2000 zu verkaufen. Chiffre BÄ 1713

### Internistische Privatpraxis

(EKG, Lufu, Sono, Labor) zum 01.07.2000 in mittelfränkischem Oberzentrum (Mittelstadt) günstig abzugeben.

Chiffre BÄ 1714

**Allgemeinärztin mit Kassensitz** sucht in Nürnberg-Stadt Kollegen/Kollegin zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis. Chiffre BÄ 1715

### Praxisräume Amberg/Oberpfalz 185 m<sup>2</sup> (+25 m<sup>2</sup>)

Abstellraum, 2. Stock, Aufzug: in bester Lage (Bahnhofstr.) zu vermieten oder zu verkaufen. Räume können noch gestaltet werden. Tel. 0 96 21/1 48 20

**Bamberg:** Praxisräume, B6 m<sup>2</sup> + Garage, Innenstadt – Universitätsbereich (Parkpl. + P-Haus i. d. Nähe) ab 01.04.2000 zu vermieten. Chiffre BÄ 1723 oder Tel. 09 51/5 36 26

**Große Allgemeinpraxis**, KV-Sitz, Region Ingolstadt-Südwest, zum 01.02.2001 abzugeben. Chiffre BÄ 1724

**Internist** sucht Assoziation mit Allgemeinmediziner/-in oder kassenärztlichem Internisten/-in. Raum **Bayreuth**. KV-Sitz vorhanden. Chiffre BÄ 1721

**Arztpraxis** aus Altersgründen sofort oder später im südostbayerischen Raum abzugeben. Chiffre BÄ 1731

### Praxispartner/-in

für sehr große, umsatzstarke Allgemeinarztpraxis in der mittleren Oberpfalz dringend gesucht. Chiffre BÄ 1766

### Internistische Praxis

vorwiegend hausärztlich geführt, zum Frühjahr 2001, in schönster Lage im Allgäu, abzugeben. Chiffre BÄ 1758

**Augenoperateur** mit Kassensitz für große operative Praxis in München gesucht. Chiffre BÄ 1759

### Suche im Landkreis Starnberg

Kassenarztsitz/kleine Praxis für Allgemeinmedizin oder hausärztl. Internisten. Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1664

**Gynäkologische Praxis** (ca. 100 m<sup>2</sup>) in Fürstenfeldbruck bei München (Sperrgebiet) zum 1.4.2000 oder früher abzugeben oder auch nur **Zulassung** für die Orte: FFB/Emmering (38.000 E/8 Gyn.), Germering (36.000 E/4 Gyn.), Olching (22.000 E/3 Gyn.), Puchheim (19.000 E/3 Gyn.), Gröbenzell (18.000 E/2 Gyn.), Eichenau (11.000 E/1 Gyn.), Maisach (11.000 E/0 Gyn.). Tel. 0 81 41/64 44 oder 9 25 30

**Internistische Praxis /** München-Stadt 965  
**Allgemeinarzt-Praxis /** München-Stadt 985  
 (Proktologie)

**VVD Tel. 0 89/7 25 30 75**  
**Marburger Bund Wirtschaftsdienst**

### Internist / Rosenheim

Alt eingesessener Rosenheimer möchte **internistischen Kassenarztsitz** im Stadt- oder Landkreis Rosenheim übernehmen. Chiffre BÄ 1740

**Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin m/w**  
 gesucht als Partner für  
**Orthopädie-Praxisgemeinschaft** in München.  
 Chiffre BÄ 1741

**Notverkauf:** Praxis mit Zulassung im Landkreis Rottal / Inn, Nähe Bad Bimbach, baldmöglichst zu verkaufen. Tel. 08561/7 17 59 oder 08561/26 15

**Suche Gynäkologe/-in** für fachübergreifende Praxisgemeinschaft im südl. Oberbayern. Belegarztbetten ohne Geburtshilfe können gestellt werden. Chiffre BÄ 1756

**Praxisräume in Marktredwitz/Ofr.,**  
**100 m<sup>2</sup>, Stadtmitte, variable Gestaltung,**  
 2 Eingänge, zu vermieten. Tel. 092 31/6 35 91

### Kinderarztpraxis

oder Mitarbeit in einer Praxis mit der Möglichkeit der späteren Übernahme im Raum Augsburg/Schwaben ab Ende 2000 gesucht. Chiffre BÄ 1757

Gut eingeführte **gyn. Praxis** südl. von München, Haus für Ärzte, Ende 2000 abzugeben. Chiffre BÄ 1763

### Partner/-in für neurologisch-psychiatrische Praxis

in Landshut gesucht (auch Teilzeit möglich). Tel. 08 71/4 43 85

**Orthop. Praxis, München-Stadt** abzugeben, großer Patientenstamm, optimale Infrastruktur, Praxiszentrum, Sperrgebiet, em. OP möglich. Chiffre BÄ 1730

**Niederlassungsmöglichkeit** für **Allgemein-, Kinder- oder Frauenarzt** in Wartenberg/Lk. Erding. Praxisräume 200 m<sup>2</sup>, 8 Zi., 2 WC, EBK, Parkettboden, Stellplätze, auch teilbar für Praxisgemeinschaft, zu vermieten von privat, DM 2.000,- + NK + KT. Tel. 0 87 62/35 76 oder 0 89/23 19 01 29, Hr. Huber.

### Kooperation in Gemeinschaftspraxis

für Allgemeinarzt/-ärztin im Raum Aschaffenburg ab 01.10.2000 möglich. (Kassenarztsitz noch frei) Kontaktaufnahme unter Chiffre BÄ 1729

### Allgemeinarztpraxis

(Gemeinschaftspraxis) Ländarztpraxis. Landkreis Freyung-Grafenau, gesperrter Bereich, im Dreiländereck am Dreisesselberg aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben; Einarbeitung möglich. Auch für nur einen Allgemeinarzt geeignet. Tel. 085 56/10 48 (nach 18 Uhr) oder Tel. 094 21/3 07 49 bzw. 01 72/8 12 14 01

Junger **Allgemeinarzt** möchte sich gern in seiner Heimat niederlassen und sucht deshalb Praxis in Erlangen-Stadt/Land oder Nürnberg-Stadt. Chiffre BÄ 1732

**HNO-KV-Sitz** Starnberg, vertragsärztl. Tätigkeit in langjähriger, zentraler Praxis mit Belegbetten an einsatzfreudige/-en und versierte/-en Kollegin/-en abzugeben. Chiffre BÄ 1733

**Kassenarztsitz FA** für **Psychotherapeutische Medizin** in Landshut abzugeben; Termin nach Absprache. Chiffre BÄ 1734

Nürnberg City, **Praxismieträume** 156 m<sup>2</sup>, zum 31.03.2000, **Nachfolgekäufer** gesucht. Hausärztl. Internist, 64. Chiffre 1735

Gutgehende **Allgemeinpraxis** Nordschwaben, Sperrgebiet aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben. Chiffre BÄ 1725

**Allgemeinarztpraxis** alteingesessen, Einzelarztsitz, ertragsstark, im Kreis Aschaffenburg zum 01.04.00 abzugeben. Tel. 0 60 94/81 36 (nach 18.00 Uhr) oder Chiffre BÄ 1726

### Junge, etablierte Allgemeinpraxis

Ländl. Sperrgeb. zw. Erl. und Nbg. zum 1.4./1.7.2000 abzugeben. Chiffre BÄ 1727

### Praxis für Allgemeinmedizin

von jungem Allgemeinarzt (NHV) kurz- oder mittelfristig in Regensburg gesucht. Chiffre BÄ 1764



**Pneumologischer Kassenarztsitz** in Kreisstadt im Großraum München umgehend zu besetzen. Tel. 08 71/3 22 73

**Praxisübernahme – Praxisabgabe**

**Wir helfen:**  
Bei der Suche nach Abgebern und Übernehmern.  
Bei der Entscheidung welches ist die richtige Praxis.  
Bei der Abwicklung aller Formalitäten.  
Keine Maklerprovision.  
Info durch HÄRTEL-Beratung, Tel. 09 41/3 52 88

Alteingesessene **Allgemeinarztpraxis**, ausbaufähig, in der Nähe von Regensburg, im Herbst dieses Jahres abzugeben. Chiffre BÄ 1742

Alteingesessene **Kinderarzt-** sowie **Internistische Praxis** (SP Gastro) im nördl. Bayern abzugeben. Beide Praxen befinden sich im Zulassungsgesp. Gebiet. Chiffre BÄ 1767

Wir suchen ab sofort für ein interdisziplinäres Haus für Ärzte im nördl. Bayern noch eine/n engagierte/n **Gynäkologin/en** zur Niederlassung. Chiffre BÄ 1768

**NEU**

**Surfen – Suchen – Finden**

**Ab sofort finden Sie Ihre Angebote und Gesuche als zusätzlichen Service, ohne Mehrkosten auch im Internet:**

[www.klinikstellen.de](http://www.klinikstellen.de)

**NEU**

**Hier könnte Ihre Anzeige stehen**

Das Bayerische Ärzteblatt als offizielles Organ der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der ideale Werbeträger, mit dem Sie alle niedergelassenen und Klinikärzte Bayerns erreichen.

58 000 Bezieher dieser Zeitschrift können Sie zu ausgesprochen günstigen Bedingungen ansprechen.

Bitte wenden Sie sich mit Anfragen und Dispositionen an:

**Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau**  
Postfach 13 23 · 65303 Bad Schwalbach  
Telefon (0 61 24) 7 79 72  
Telefax (0 61 24) 7 79 68  
E-mail-Adresse: [Eisenau@t-online.de](mailto:Eisenau@t-online.de)

**Rechtsanwälte Dr. Rösch & Kollegen**

**Tätigkeitsschwerpunkte**

**Arztrecht** (Vertragsarzt-Zulassungsrecht, Disziplinarrecht, Berufsordnung)  
**Vertreterrecht** (Praxisübernahme – Gemeinschaftspraxis – Partnerschafts-Praxisgemeinschafts-Belegarzt-Chefarztverträge etc.)

**Familien- und Erbrecht**

Ansprechpartner: RA Dr. Klaus Rösch, Sophienstr.5, 80333 München, Tel. 0 89/55 53 70, Fax 0 89/55 53 79, e-mail [Dr.K.Roesch@t-online.de](mailto:Dr.K.Roesch@t-online.de)

**ERNEST F. RIGIZAHN**

RECHTSANWALT

**Tätigkeitsschwerpunkt „Medizinrecht“**

In allen Fragen des Medizinrechts betreut Sie:

**Ernest F. Rigizahn**

Rechtsanwalt und wiss. Redakteur „MedR“

Ab dem 01.01.2000 in der Münchener Innenstadt:

Beichstraße 5 (an der Leopoldstraße) Tel. 089/38 66 51-60  
80802 München Fax. 089/38 66 51-69

VERSCHIEDENES

ARZTPRAXEN · APOTHEKEN · GESTALTEN  
LABORS · BÜROS · HOTELS · PLANEN  
BANKEN · WOHNEN · KÜCHEN · HERSTELLEN

*Raum schaffen*

**protze**  
WEITERE INFOS:  
FRANKENSTRASSE 4  
91088 BUBENREUTH  
TELEFON (091 31) 2 63 72  
TELEFAX (091 31) 20 76 31  
INTERNET: [www.protze.de](http://www.protze.de)



**Ambulatorium für physikalische Medizin,**  
bestens eingeführt, zu verkaufen.

Tel. 00 43/22 66/6 28 24 – Fr. Schirl – im Süden Österreichs.

Suche dringendst gebrauchte **Stimulette, Endomed 4polig**  
und ein **Ultraschallgerät.**

Tel. 00 43/22 66/6 28 24 – Fr. Schirl

**2 Arztliegen,** Kopfteil verstellbar, Kunstleder, weiß, 4 J., wie neu, je DM 250,-. Tel. 0 B1 71/5 22 92

# UNSERE SCHULE

ein unbequemer – fröhlicher Ort

**Privatgymnasium Derksen  
neusprachlich – staatlich anerkannt  
gemeinnützige GmbH**

1. Weil Ihr Kind verpflichtet wird, an die anderen zu denken.
2. Weil wir uns hier gegenseitig bestärken, einander zu vertrauen.
3. Weil alle ermutigt werden, die Freiheit des Einzelnen in unserer Gemeinschaft zu schützen.
4. Weil wir den Widerspruch erwarten.
5. Weil wir uns zur Einübung von Pflichten bekennen, denn nur so lernt der Mensch Bindungen einzugehen.
6. Weil wir im Interesse unserer Schüler auch dem Machtmissbrauch beherzt entgegenreten.
7. Weil wir den Mut haben, miteinander fröhlich zu sein.



**Kleines privates Lehrinstitut Derksen**

Pfingstrosenstr.73 · 81377 München · Tel. 71 72 74 · Fax 7 19 18 54  
http://www.derksen-gym.de · e-mail: derksen.gym@t-online.de

## Curriculum zur Ergänzung der Weiterbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie

Termine: samstags ab 13.03.2000 bis Dezember 2001  
Ort: München  
Leitung: Dr. med. Beate Schmutterer in Zusammenarbeit mit anderen Ausbildungs-  
instituten

Das Curriculum vermittelt theoretische Psychotherapiekennnisse und richtet sich an Ärzte in Weiterbildung zu den o. gen. FA und die Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

**Anmeldung und Rückfragen:** Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e.V. (MAP), Barer Str. 48, 80799 München, Tel. 0 89/2 71 59 66, Fax 2 71 70 85, http://map-ev.de, E-mail: info@map-ev.de

**Zusatzbez. PSYCHOTHERAPIE**  
3jähr. Curric. Weiterbildung,  
Blockform,  
Beginn: 29.03. - 02.04.2000  
Tiefenpsych. fundierte / analytische  
Selbsterfahrungsgruppe (80 DSt.)  
Beginn: 04 - 08.05.2000  
Info: Süddeutsche Akademie für PT  
Herblisried 10 a, 87730 Bad Grönenbach  
Tel. 0 83 34-9863-73, Fax -74

**ALLGÄUER PSYCHOSOMATISCHER  
ARBEITSKREIS**  
5-tägiger Blockkurs  
Psychosomatische Grundversorgung  
(Theorie/Verb. Interv. 50 Std.)  
29.3.-2.4.2000, alternativ 22.-26.11.2000  
(Leitung Dr. Ch. P. Dogs, Panorama Klinik Schei-  
degg) Tel. 0 83 81/24 53, Fax 802-484



## 10. Kissinger Psychotherapiewoche 27. April bis 1. Mai 2000

*Depression, Trauer, Melancholie*

Wissenschaftliche Leitung:

Ch. Reimer (Gießen), F. Mohr (München)  
Mit: M. Bassler, M. Beutel, K. H. Brisch, Ch. T. Eschenröder, J. Fengler,  
L. Hertmann-Kottek, H. P. Kapfhammer, J. Kipp, W. Kleespies, J. Ott,  
U. Rüger, K. v. Sydow, C. Thiels, M. Venner, H. Will, M. Wolfersdorf, u.a.

Telos Gesellschaft, Kindermannstr. 9, 80637 München, Tel. 089/152855

## 'Selbsterfahrung die was bringt!'

mit Hans-Ulrich Schachtner

Ziel: Zu sich selber stehen und über sich lachen können!  
10.05.00: Beginn der patientenzentr. Selbsterfahrung (9 Treffen)  
17.05.00: Beginn der Selbsterfahrung für Ärzte (18 Treffen)  
12.-15.08.00: Therapie & Magie (zus. m. Prof. Dr. Toni Forster)  
16.-17.09.00: Beginn der patientenzentr. Selbsterfahrung (4 Blockt.)  
21.-22.10.00: Beginn der selbsterfahrung f. Ärzte (5 Blockt.)  
PS: Für Führungskräfte bieten wir einen spez. Jahreskurs an.  
PSS: Neuf: >Interaktions-Fitness< Das Lehrwerk – lieferb. ab Aug. 2000

Hans-Ulrich Schachtner, Dipl.-Psych., approb. Psychoth., anerk. Supervisor d. KVB, autoris. Ausb. d. Verhaltensh. der BLAK, Lehrtherp., Aus. u. Supervisor der BAP u. d. Centrums f. Integrative Psychotherapie (CIP), Mitbegr. d. Milton-Erichson Ges. u. des Deutschen Instituts f. provok. Therapie, Mitautor d. Buches „Das wäre doch gelacht“, seit 25 J. eig. psychoth. Praxis in München-Schwabing.

Info-Mappe erhältlich vom Büro: Tel. 0 89/54 55 82 38, Fax 55 74 43

## Staatlich anerkannte Ausbildung zum Psychologischen Psycho- therapeuten

**LPM. e.V.**

tiefenpsychologisch fundiert

Inhalte u.a.: Kurz-, Sucht-, Familien- und Gruppentherapie

Beginn März 2000 in München

Lehrkollegium Psychotherapeutische Medizin LPM e.V.,  
Neumarkter Str. 80, 81673 München, Tel. 0 89/43 66 95 22,  
Fax 0 89/43 66 95 97, LPM-Muenchen@t-online.de

## Promotionsgelegenheit

für Ärzte die geneigt sind, neben Ihrer  
Berufstätigkeit den Dr. nachzuholen.  
Kontakte nur zu ausgewählten Doktor-  
vätern an deutschen Universitäten.  
Tel. 071 21/381 1200

## Zusatzbezeichnung Homöopathie

Weiterbildung in Aschaffenburg ab 15.04.00. Info: Dr. Zang, Tel. 06021/66088

**Zuschriften  
bei Chiffre-Anzeigen  
und Aufträge  
für Kleinanzeigen  
senden  
Sie bitte an:**

Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau  
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach  
Telefon (061 24) 7 79 72  
Telefax (061 24) 7 79 68  
E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de

IHR ERFOLG  
IST UNSER ZIEL!



Sie kümmern sich um Ihre Patienten, wir erledigen den Rest. - Wir sind ein Netzwerk von Kooperationspartnern aus den Fachgebieten, die für den Erfolg Ihrer Praxis entscheidend sind!

**VISION PRAXIS**

Triesdorferstr. 29  
91522 Ansbach  
Tel 0981 - 5513  
Fax 0981 - 5528

**EINRICHTUNG MARKETING CORPORATE DESIGN MEDIZINTECHNIK NIEDERLASSUNGSBERATUNG**

**Ultraschall**  
für **Alle** \*!

z. B. Toshiba

\* alle Preislagen  
\* alle Ansprüche



**SCHMITT-HAVERKAMP**  
SONORING DEUTSCHLAND

Sonotheken in Penzberg bei Mchn, Memmingen, Erlangen, Dresden · Zentrale: Tel. 08856/9277-0 · Fax 08856/9277-77

P R A X I S E I N R I C H T U N G  
· Individuell · komplett · direkt ·



**Zeltgemäße, patientenorientierte Ideen für Ihre Praxis. Gemeinsam bringen wir Ihre Praxis auf den Punkt!**

**Fordern Sie uns!**

Herzog-Heinrich-Straße 25 · 80336 München  
Tel. 089 / 51 399 100 · Fax 089 / 51 399 101



beraten,  
planen,  
einrichten,  
ausstatten



**PRAXISGESTALTUNG**  
Kretschmer + Motz GmbH

Uhlandstraße 1  
91522 Ansbach  
Tel. 0981 - 48 88 40  
Fax 0981 - 48 88 440

**Vergleichen Sie Ihre Berufs-Haftpflichtversicherung** für alle Fachrichtungen (amb. u. stat.) bei bestem Preis-/Leistungsverhältnis (ca. 40 Versicherer zur Auswahl). Fordern Sie ein unverbindliches Angebot an bei:

Norbert Jung, Ärzte-Service, Tel. / Fax 09 21/7 31 34 33  
95447 Bayreuth, Sauerbruchstraße 31

**Wissenschaftliche Arbeiten**  
Statistische Auswertung, Ergebnisdokumentation, Grafische Darstellungen u.s.w.

Dr.med. Hartmut Buhck, Dipl. Betriebsw. Dietmar Schöps.  
Bitte vereinbaren Sie einen unverbindlichen Gesprächstermin mit Herrn Schöps im Großraum München, Nürnberg, Stuttgart. Büro Schöps, Fette Henn 41, 47839 Krefeld, Tel. 0 21 51/73 12 14 Internet: <http://www.buhck.com>

**Billard** -Tische vom Hersteller

Gratiskat.: BILLARD Henzgen  
Telefon 0 75 29-15 12  
Fax 0 75 29-34 92



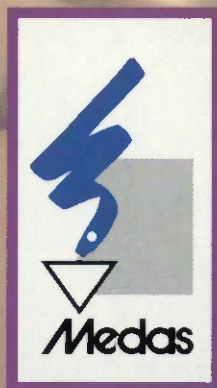
# 20 Jahre Medas



Am 7. Februar 1980 nahm Medas als Ein-Mann-Unternehmen die Arbeit auf.

Und dann hatten wir 20 Jahre lang alle Hände voll zu tun:

Mehr als 3.500 betreute Kunden. Über 2,5 Milliarden DM Abrechnungsvolumen. Rund 10,6 Millionen Privatliquidationen. 2,2 Millionen Mahnungen. 19.000 Inkassofälle.



Die Geschäftsleitung von Medas dankt allen aktiven und ehemaligen Kunden für das entgegengebrachte Vertrauen.

Und wir bedanken uns bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ihr Engagement ist und war die Quelle unseres Erfolges!

Mit zufriedenen Kunden und einem motivierten Team werden wir auch in den nächsten 20 Jahren viel Freude an unserer Arbeit haben.

Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft

Medas GmbH  
Messerschmittstraße 4  
80992 München  
FAX (089) 143 10-200

Noch Fragen zu den  
nächsten 20 Jahren?

TELEFON  
(089) 143 10-108

Frau Roscher

oder per eMail/Internet [info@medas.de](mailto:info@medas.de) [www.medas.de](http://www.medas.de)

BÄ 2/2000