Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

Zum Jahresende

Wenn Ihnen der Postbote dieses Heft bringt, ist die Adventszeit angebrochen. Wir nennen sie gern die besinnliche Zeit des Jahres. Besinnlich, das heißt etwas mehr Zeit haben für sich selbst, für die Familie, zum Sinnieren. Jeder möge sich selbst überlegen, wieweit das noch auf ihn zutrifft. Es scheint, als ob die zunehmende Hektik erst am Heiligen Abend abklingen würde. Das Wort besinnlich beschreibt auch einen Zustand, der von lauter Fröhlichkeit ebenso entfernt ist wie von tiefer Traurigkeit. Weiß Gott eine große Bandbreite, in der jeder von uns seinen schicksalhatten Platz hat, einen Platz, der von Jahr zu Jahr mehr oder weniger wechseln meg.

Was für den einzelnen zutrifft, läßt sich in vieler Hinsicht auf die Bevölkerung als Ganzes oder auf gesellschattliche Gruppen übertragen, denen der Einzelmensch zugeordnet ist. Diese Schicksalsidentität zwischen dem einzelnen und seiner Gruppe ist bei uns Ärzten ganz besonders ausgeprägt. Vielleicht lohnt es sich, darüber in einer besinnlichen Stunde ein wenig nachzudenken.

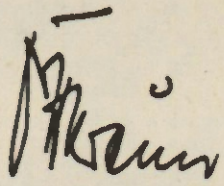
So sehr die Wertschätzung des Arztes als Person aus der Sicht seiner Patienten unterschiedlich sein mag, mit dem Begriff „die Ärzte" wird er identifiziert – im Guten oder im Bösen. Die veröttentlichte Meinung, die politischen Zielsetzungen und die konkreten gesetzgeberischen Maßnahmen, die ihrer Erreichung dienen, treffen jeden Arzt über seine Gruppe, und er kann sich ihnen nicht entziehen. Das zu Ende gehende Jahr ist besonders gekennzeichnet durch die Dokumentation politischer Zielsetzungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik und durch Gesetze, die als markante Meilensteine zu diesen Zielen führen. DGB-Gewerkschaften, Sozialdemokraten und Ortskrankenkassen haben – wie gerade erst zu lesen war – eine gemeinsame Basis gefunden. Zusammengetaßt könnte man sie wie folgt umschreiben: Einheitskrankenkasse, totale Veränderung des Systems der ärztlichen Versorgung, weitgehende Beseitigung der Freiberutlichkeit der Ärzte, Einheitshonorar tür diejenigen, welche ein solches Schicksal noch aut sich nehmen wollen. Auch von einer kassenärztlichen Selbstverwaltung bleibt kaum noch etwas übrig. Wir werden im nächsten Jahr noch genügend Anlaß haben, im einzelnen daraut einzugehen. Dies gilt auch für die beiden Gesetze, welche in diesem Jahr vom Bundestag verabschiedet wurden, das Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz und das sogenannte Kostendämpfungsgesetz. Ihre Auswirkungen werden nicht nur das vor uns liegende Jahr überschatten.

Verlassen wir das vordergründige Geschehen und wenden uns dem Hintergrund zu, so stellt sich sogleich die Frage nach dem Warum dieser Entwicklung. Dabei wird man sehr rasch erkennen, daß die Absicht, die Ärzte rechtlich und materiell entscheidend zu schwächen, nicht isoliert gesehen werden darf. Die Entwicklung, in welche wir eingebunden sind, begann nicht bei uns Ärzten und tritft nicht uns ellein. Das Ziel ist die totale Nivellierung unserer Gesellschaft, der gesellschattliche Einheitsbrei, von politischen Funktionären gekocht und nach Belieben verrührt. Begonnen hat es bei den Hochschullehrern, die als hervorragende gesellschaftliche Grupppe zuerst getroffen wurden. „Unter den Talaren Mutf von tausend Jahren" war keine Reformparole, sondern der erste Trompetenstoß, der Auttakt zur Zerstörung unserer gegliederten und freien Gesellschattsordnung. Die „Helbgötter in Weiß", die „Millionäre im weißen Kittel" waren die konsequente Fortsetzung, und zwanglos führte der Weg weiter zum „Großverdiener Kassenarzt". Damit war agitatorisch das Klima geschaffen, in dem men das jahrzehntelange Gleichgewicht zwischen Ärzten und Krankenkassen beseitigen konnte. Hinter dem Motto „Verstärkung der Position der Kassen im Interesse der Versicherten" verbirgt sich, wie rasch erkennbar wird, reine Machtpolitik.

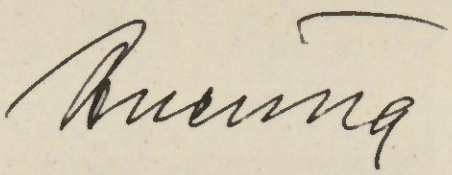
Gibt es eigentlich noch hellere Farben im Bild der Landschatt, in der wir leben? Wir glauben, ja. Nach wie vor ist das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt unzerstört. Politische Kräfte beginnen zu begreifen, daß hier mehr auf dem Spiel steht als das Abreagieren von Neidkomplexen. Wir dürfen deshalb das Handtuch nicht werten. Noch besteht eine Chance, daß die Vernunft obsiegt.

Mögen Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familien trotz allem einige ruhige und frohe Weihnachtstage beschieden sein. Für das kommende Jahr entbieten wir Ihnen unsere herzlichsten Wünsche.

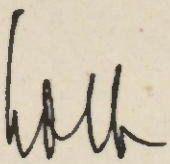
Ihre



Dr. Hermann Braun



Protessor Dr. Hans J. Sewering



Dr. Friedrich Kolb

Vollversammlung des 30. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Spektrum ärztlicher Berufspolitik

Referat von Präsident Professor Dr. S e w e r i n g

„thema 1 Gesundheit"

Ich habe eine Reihe von Fragen zusammengestellt, von denen ich glaube, daß wir darüber sprechen sollten. Wie immer darf ich aber darauf hinweisen, daß das selbstverständlich keine thematische Beschränkung darstellt. Lassen Sie mich als erstes gleich auf etwas hinweisen! Es müßte auf Ihren Tischen eine sehr schmale und schlichte Zeitung mit dem Titel „thema 1 Gesundheit" liegen.

Wir haben uns in den vergangenen Jahren immer Gedanken darüber gemacht, wie wir unsere Patienten besser ensprechen könnten, um ihnen die Gedanken zu vermitteln, die wir zu Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik haben. Wir haben Experimente auf der Bundesebene gemacht mit PR-Arbeit, Zusammenarbeit mit PR-Instituten, einer eigenen PR-Abteilung. Manches hat sich als sinnvoll erwiesen, manches war ein Fehlschlag. Man kann auf diesem Gebiet sehr schwer voraussagen, auf welchem Weg man em ehesten vielleicht etwas der Öffentlichkeit nahebringen kann, wes man ihr sagen möchte.

Ein Weg ist mit Sicherheit nicht gangbar, nämlich der, daß man einfach den Zeitungen Artikel gibt, die man selber schreibt und meint, die würden in ganz Deutschland unverändert so abgedruckt. Deswegen drehten sich unsere Überlegungen in den vergangenen Jahren immer wieder um die Frage: Wie könnten wir direkt den Patienten ansprechen? Wir heben seit einigen Jahren, vor allem auch in Bayern, aber auch in einigen anderen Bundesländern in ähnlicher Weise die Zeitschrift „Medizin heute" gefördert. Jeder Kassenarzt bekommt mehrere Exemplare mit der Bitte geschickt, sie in seiner Praxis aufzulegen, damit sie von den Patienten gelesen werden können. „Medizin heute" ist natürlich ein Blatt, in dem gesundheitliche Belehrungen im Vordergrund stehen, aber es soll auch dazu benützt werden, gesundheitspolitische Fragen anzusprechen. Damit ist es jedoch nicht ganz einfach, einen genügend breiten Leserkreis zu bekommen.

Deswegen haben wir nun einen weiteren Versuch gestartet, nämlich eine ganz schlichte Zeitung zu schaffen, die nicht nur im Wartezimmer gelesen werden soll, sondern die der Arzt in größerer Auflage in das Wartezimmer geben könnte und die die Patienten mitnehmen. Wir wissen von den Apothekern zum Beispiel, daß solche Zeitungen gern mitgenommen werden, und daß man auf diese Weise einen recht breiten Leserkreis ansprechen kann. Gedacht ist daran, daß diese Patientenzeitung von den Kassenärzten abonniert werden sollte, wobei für 20 DM pro Monat hundert solche Zeitungen geliefert würden, die man im Wartezimmer verteilen kann. Ich würde mich sehr darüber freuen, wenn möglichst viele der Delegierten in unserer Kammer die Bestellkarte, die dieser Zeitung beiliegt, ausfüllen und vielleicht gleich hier lassen würden, damit wir schon den ersten Impuls haben, und wenn Sie dann draußen bei Ihren Kollegen dafür werben, daß diese Zeitung abonniert wird.

Öffentlichkeitsarbeit — nicht für die Ärzte, sondern die Patienten

Im Zusammenhang mit Flugblättern, die wir gelegentlich an die Kollegen mit der Bitte schickten, sie en die Patienten zu verteilen, haben wir einige interessante Erfahrungen gemacht. In Gesprächen mit Kollegen wurde von gar nicht so wenigen erklärt: Ja, wenn ich dieses Flugblatt lese — das ist ja so primitiv abgefaßt, das kann mir doch nicht zugemutet werden, so etwas an meine Patienten zu verteilen. Ich konnte darauf eigentlich immer nur antworten: Wenn ein solches Flugblatt geschrieben wird, dann wird es nicht für die Ärzte geschrieben, sondern

für diejenigen, die wir ansprechen wollen, nämlich für den Durchschnitt der Patienten.

Wenn man den Durchschnitt der Patienten ansprechen will, dann darf man dabei nicht den kritischen Sachverstand des Kollegen berücksichtigen, der natürlich die Dinge anders dargestellt haben möchte, sondern dann muß man sich so ausdrücken, daß es eben der Durchschnitt unserer Patienten liest. Ich wäre dankbar, wenn auch das in Ihren Versammlungen draußen erläutert würde, daß der einzelne Kollege solche Flugblätter oder auch jetzt eine solche Zeitung nicht mit seinen eigenen Maßstäben messen und diese Literatur nicht darnach beurteilen darf, was er selber lesen würde. Er möge berücksichtigen, daß das den Durchschnitt unserer Patienten anspricht. In diesem Sinne sollte auch die Zeitung gestaltet werden.



Blick in den Delegiertensaal

Das Wartezimmer als Multiplikator

Das Wartezimmer – darüber waren wir uns seit Jahren einig – ist und bleibt der einzige direkte Verteiler für den Weg vom Arzt zum Patienten, und je mehr Wartezimmer für diese Funktion mitbenützt werden, um so mehr Patienten können wir ansprechen. Hier haben wir einen Multiplikator, wie ihn kaum eine andere Berufsgruppe hat. Ich hoffe, das wird langsam auch so gesehen und es wird davon Gebrauch gemacht.

Ich habe die Sorge, daß wir gerade in der vor uns liegenden Zeit sehr auf diesen Multiplikator angewiesen sein könnten. Deshalb nochmals meine herzliche Bitte: Gehen Sie selber mit der Bestellung dieser neuen Patienten-Zeitung voran und sorgen Sie dafür, daß die Kollegen draußen ihre Bestellungen schicken, damit wir eine möglichst breite Verteilung bekommen.

Die Tatsache, daß in Köln in einem der Häuser bereits eine heftige Kritik über die Schaffung dieser Zeitung aus einem der Ministerien in Bonn eingegangen ist, möge Ihnen zeigen, daß man dieses Vorhaben außerordentlich ernst nimmt und gar nicht darüber begeistert ist, wenn die Ärzte nun ihre Patienten mit dieser Zeitung ansprechen. Also für 20 DM 100 Zeitungen, die Sie an Ihre Patienten verteilen können! Bitte machen Sie doch davon reichlich Gebrauch.

Arztzahlen – ein Plus von 112 Prozent

Im Rahmen meiner Berichterstattung möchte ich Sie auf die statistischen Angaben in unserem schriftlichen Geschäftsbericht („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1114) hinweisen, der Ihnen vorliegt und wo wir uns zu den Arztzahlen geäußert haben und Ihnen detaillierte Angaben machen. Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1976 eine Zunahme von 112 Prozent. 1950 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 68 000 Ärzte; 1977 registrieren wir 144 300. Ein berufstätiger Arzt entfällt zur Zeit auf 482 Einwohner. Damit stehen wir eindeutig an der Spitze der vergleichbaren Länder. Die Verteilung ist derzeit bundesweit so, daß 43 Prozent im Krankenhaus arbeiten; das sind 62 000. In der freien Praxis sind 38 000 Ärzte tätig. Dabei wissen wir, daß nach unserer Statistik von den Ärzten an den Krankenhäusern fast gleichbleibend rund 88 Prozent der Gruppe des ärztlichen Nachwuchses zuzuordnen sind.

Die Relation Allgemeinärzte-Fachärzte oder Ärzte für verschiedene Gebiete bereitet uns großen Kummer. In der Bundesrepublik Deutschland sind inzwischen die Allgemeinärzte auf 49,3 Prozent abgesunken. Die Ärzte der verschiedenen Gebiete machen 50,7 Prozent aus. In Bayern ist die Relation noch etwas günstiger, d. h., die Fachärzte liegen noch etwas unter 50 Prozent. Die Relation sollte für eine vernünftige gegliederte ärztliche Versorgung 60 : 40 sein. Das wäre zweifellos eine gesunde Aufteilung der Aufgaben und auch eine Voraussetzung für eine gleichmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung.

Wir weisen bei jeder Gelegenheit darauf hin, daß die hohe Zahl der Ärzte im Krankenhaus keineswegs etwa als eine Trendwende in dem Sinn angesehen werden kann, daß nun die Ärzte zunehmend in das Angestelltenverhältnis drängen. Davon kann überhaupt keine Rede sein. Jeder Arzt – das wissen wir ja – muß nun einmal seinen beruflichen Lebensweg im Krankenhaus beginnen, und wenn eine Nachwuchswelle eintritt, macht sie sich zuerst im Krankenhaus bemerkbar so, wie auch umgekehrt der Mangel an Ärzten in den schwachen Jahrgängen, die hinter uns liegen, zuerst im Krankenhaus bemerkbar wurde. Eine Trendwende in dem Sinn, daß die Ärzte auf die Freiberuflichkeit verzichten wollen, kann also niemand konstruieren, selbst wenn es ein noch so großer Wunschtraum gewisser Kreise in unserer Gesellschaft wäre.

Beunruhigender Anstieg der Studienanfänger-Zahlen

Die Zahl der Studienanfänger ist für den gegenwärtigen Zeitraum mit etwa 11 500 anzunehmen. Es ist mir bekannt, daß man im Rahmen der Überlastquote noch eine Steigerung auf rund 14 500 Studienanfänger vorhat. Das ist eine Zahl, die nicht mehr verantwortet werden kann; denn damit erreichen wir eine Arztzahl, die unmöglich im Beruf unterzubringen ist. Wir werden also mit Sicherheit in absehbarer Zeit mit arbeitslosen Ärzten zu rechnen haben. Selbst die aus der McKinsey-Studie sich ergebende Arztdichte von 1 : 340 liegt weit über dem, was vernünftigerweise für eine gute ärztliche Versorgung verlangt und erwartet werden kann.

Diese Tendenz können wir nur so werten, daß man das gleiche tut, was z. B. bei den Italienern schon in vollem Gange ist: Man produziert mehr Ärzte, als benötigt werden; damit hat man eine Reserve; man kann den ganzen Berufsstand manipulieren und man weiß, daß dann letzten Endes jeder über jeden Arbeitsplatz froh ist, und wenn er noch so miserabel und noch so schlecht bezahlt ist. – Mir klingt immer noch im Ohr, wie einmal ein Politiker in Bonn zu mir sagte: Bei dem Volumen, das heute für ärztliche Honorare ausgegeben wird, kann man ruhig die doppelte Zahl der Ärzte tätig werden lassen; dann seid ihr immer noch zu gut bezahlt. Das ist leider eine Einstellung zu unserem Beruf, der wir öfter, als wir es erwarten würden, begegnen.

Die Approbationsordnung – unter anderen Prämissen geschaffen

Im Zusammenhang mit der Ausbildung unseres ärztlichen Nachwuchses muß man auf die Schwierigkeiten hinweisen, die sich an unseren Medizinischen Fakultäten durch diese Studentenschwemme inzwischen ergeben hat.

Wir haben ja eine neue Approbationsordnung. Sie wurde Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre erarbeitet. Diese Approbationsordnung – die jetzt geändert werden soll – ist unter Beschuß geraten. Man hört meines Erachtens allzu rasch die Behauptung: Die Approbationsordnung ist schlecht und muß geändert werden; denn man sieht allenthalben, daß eine gute Ausbildung der Studenten nicht möglich ist. Ich darf dazu einige wenige Anmerkungen machen.

Diese Approbationsordnung wurde seinerzeit nicht etwa von einem Ministerium erarbeitet und uns aufoktroyiert, sondern das Bundesgesundheitsministerium berief dazu eine Sachverständigenkommission, der – wenn ich mich noch recht erinnere – 14 Mitglieder angehörten. Von der ersten bis zur letzten Stunde gehörten dieser Kommission der Herr Kollege Hein und ich selbst an. Unser Ziel war damals, unter Berücksichtigung aller Erfahrungen in vergleichbaren Ländern eine Approbationsordnung zu erarbeiten, die den Studenten gewissermaßen wie ein Maßanzug auf den Leib geschneidert wird. Wir meinten, wir sollten eine Ordnung schaffen, die es ermöglicht, unseren Nachwuchs in kleinen Gruppen intensiv bei einer echten Verbindung theoretischer und praktischer Unterweisung auszubilden, um so den jungen Menschen möglichst früh euch ans Krankenbett zu bringen und ihm die Chance zu geben, in seinen Beruf hineinzuwachsen. Unter diesen Gesichtspunkten wurde die Approbationsordnung erarbeitet.

Man hat seinerzeit – womit wir gar nicht einverstanden waren – auf die Große Vorlesung verzichtet. Wir als die Doktoren von der Basis waren der Meinung, diese integrierende Große Vorlesung sollte erhalten werden. Aber da waren es nun die Universitätsprofessoren, die seinerzeit meinten: Nein, das sei überholt, die kleine Gruppe sei das Gegebene. Und deswegen hat die kleine Gruppe mit der Ausbildung am Krankenbett, mit der Lenkung weniger Studenten durch einen Lehrenden in dieser Approbationsordnung einen solchen Schwerpunkt. Die Zahl der Kurse, die die Approbationsordnung vorsieht, ist außerordentlich hoch. Studenten sollten frühzeitig ans Krankenbett und damit in Kontakt mit den Patienten gebracht werden.

Massenbetrieb gefährdet gute Ausbildung

Die Studienanfängerzahl, die uns seinerzeit vorschwebte, lag bei 4000 bis 5000. Wenn heute diese Approbationsordnung ganz und gar versagen muß, dann nicht, weil sie von sich aus schlecht ist, sondern weil man die Masse von Studenten, die sich wie eine Lawine durch unsere Fakultäten wälzt, nun einmal am Krankenbett nicht mehr individuell unterrichten kann. Bei der Zahl der Patienten, die in den einzelnen Universitätskliniken behandelt werden, ist es einfach nicht mehr zumutbar, daß pro Patient eine „ganze Traube" von Studenten anfängt zu perkutieren, zu auskultieren, zu palpieren. Das ist mit der Würde eines Menschen und mit dem Zustand eines Patienten nicht mehr vereinbar. Hier zeigt sich ganz klipp und klar: Diese Approbationsordnung scheitert an der Entwicklung, die inzwischen eingetreten ist.

Aber ich muß Ihnen ganz offen sagen – ich kenne weiß Gott diese Materie seit langen Jahren, und Herr Hein stimmt mit mir völlig überein –, Sie werden bei diesen Massen, die jetzt unterrichtet werden müssen, ein System, das eine gute Ausbildung gewährleistet, einfach nicht finden können. Jetzt geht's nur noch um die Frage: Wo sind die größten Säle und wer hat die besten Lautsprecheranlagen, um möglichst vielen die Chance zu geben, wenigstens zuhören zu können. Das ist die Problematik, in der wir stecken. Daran wird auch eine Änderung der Famulatur nur wenig ändern, und daran wird sich auch nichts ändern, wenn wir etwa nun das Praktische Jahr abschaffen und wieder durch eine Medizinalassistentenzeit ersetzen würden. Das alles ist ein Herumdoktern an Symptomen. Die Kernproblematik ist eine geradezu irrsinnige Zahl von Medizinstudenten.

Ich bin sicher, daß Herr Kollege Valentin sich dazu äußert. Wir stimmen in der Beurteilung – das darf ich hier schon sagen – völlig überein.

Rund 1000 Fälle bei der Schlichtungsstelle

Ich darf Ihnen auch wieder über die Tätigkeit unserer Schlichtungsstelle berichten.

Die Zahl der Fälle, mit denen sich die Schlichtungsstelle zu beschäfti-

gen hatte und het, liegt bei etwa 1000. Man hat uns natürlich immer wieder in erster Linie gefragt: Je, in wievielen Fällen hat denn der Petient recht bekommen? Als wir Ende Juni unsere Stetistik bekenntgaben, wonach nur in 19 Fällen der Schadensersatzanspruch zugunsten des Petienten entschieden wurde, haben manche sehr schnell erklärt: Nun, damit ist ja bewiesen, deß man die anderen Patienten nur hinunterbügeln will und daß sie auch hier ihr Recht nicht finden.

Tatsache ist, daß von den bearbeitungsfähigen Fällen (es kommt natürlich eine Unzahl von Fällen auf uns zu, die gar nicht mehr bearbeitungsfähig sind: z. B. waren allein in dieser Statistik 220 Fälle schon durch irgendeinen Rechtsstreit abgeschlossen, die also gar nicht mehr eufgegriffen werden konnten) immerhin zwölf Prozent im Interesse des Patienten entschieden wurden, ohne daß es zu einem Streit zwischen Arzt und Patient gekommen Ist. Das scheint mir eine sehr positive Zahl zu sein.

Aber auch das bewerte ich positiv: in 60 Prozent der Fälle waren die Patienten sehr dankbar, daß man sie über ihre Situation, über den Ablauf der bei ihnen durchgeführten Behandlung aufgeklärt hat. Man konnte sie überzeugen, daß hier nicht ein Fehler des Arztes, sondern z. B. ein schicksalsmäßiger Ablauf einer Erkrankung vorliegt.

Sie haben vielleicht zufällig die Sendung von Herrn Mohl gesehen. Ich glaube, men muß ihm zubilligen, daß er die Arbeit der Schlichtungsstellen sehr positiv kommentiert hat. Das hat sicherlich ebenfalls, wie ich auch aus vielen Briefen sehe, die inzwischen bei mir eingegangen sind, ein positives Echo bei den Fernsehzuschauern gefunden. Ich hoffe also, daß diese Arbeit sinnvoll fortgesetzt werden kann.

Wir bedauern außerordentlich, daß das bayerische Kultusministerium sich nicht entschließen konnte, die Universitätskliniken an das Schlichtungsverfehren anzuschließen. Men glaubt, daß man selber souverän genug sei, um elle Streitfälle rasch und unbürokratisch zu eriedigen. Ich möchte sagen, die Fälle Bischof und Mausbach sind keinesfalls dazu angetan, mich in dieser Überzeugung zu bestärken; denn hier waren nicht die Kollegen die Schuldigen, daß das so lange gedeuert hat, sondern hier hat der Freistaat jehrelang verhendelt und dann doch einen Vergleich schließen müssen. Das hätte men über unsere Schlichtungsstelle sicher rascher und mit weniger Aufsehen erledigen können.

Absetzbarkeit der Kongreßfortbildung — ein unverständliches Urteil des Bundesfinanzhofes

Ich möchte einen Punkt aufgreifen und Ihnen eine Entwicklung darstellen, die außerordentlich ungut ist: Sie betrifft die steuerliche Berücksichtigung von Aufwendungen der Ärzte bei Teilnahme an Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer. Sie wissen, daß wir unsere großen Fortbildungskongresse, die von ellen Landesärztekammern getragen werden, in Davos, Badgastein, Grado, Meran und Montecatini durchführen. Das sind die Orte, in denen sich jährlich Tausende an der Fortbildung beteiligen. In diesem Jahr lag die Teilnehmerzahl bei über 10 000 Ärzten.

Wer jemals dort war und aufmerksam teilnahm, wird festgestellt haben, daß möglicherweise nicht alle 10 000 in allen Vorträgen und Seminaren gewesen sind, daß aber doch die Beteiligungszahl bei den Semineren und Vorträgen außerordentlich hoch ist. Ich bewundere immer wieder die Kollegen, die in Grado oder in Gastein morgens um acht Uhr in großer Zehl in den Seminaren sitzen, eisern bis Mittag aushalten, und auch am Nachmittag die Vortragssäle füllen. Ich hatte selber schon einmal Gelegenheit, einen Mann aus dem Steuerbereich ganz anonym zu einem solchen Fortbildungskongreß mitzunehmen. Er hat mir nach seiner Anwesenheit bestätigt, er hätte es nie für möglich gehalten, daß die Ärzte mit einem solchen Fleiß an diesen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Dennoch ist es in den letzten Jahren immer häufiger zu Streitigkeiten zwischen Ärzten und Steuerbehörden gekommen. Das lag zum Teil euch daran, daß gewisse Fortbildungsangebote, die von allen möglichen Bereichen her kommen, schon etwas am Rande dessen lagen, was noch vertretbar erschien.

Spitzenkortikoide
Sparen ohne Therapieverzicht!

Neu von Sanorania
Triam-Tablinen®
Triamcinolon 4 mg mit Kreuzkerb

Triam-injekt 40
Triamcinolonacetonid 40 mg
Mikro-Kristallsuspension Depot.

Preiswerteste Präparate!! lt. transparenz telegramm 2/77

Triam-Tablinen
20 Tabl. 12.–
100 Tabl. 50.–

Triam-injekt 40
1 Amp. 11.–
3 Amp. 28.–
10 Amp. 80.–
100 Amp. 749.25

Triam-Tablinen
Indikationen: Orale Kortikoidtherapie, auch zur zirkadianen und Intervalltherapie.

Triam-injekt 40
Indikationen: Zur intraartikulären Injektion, zur Infiltration, zur lokalen und systemischen Kortikoidtherapie i. m.

Kontraindikationen:
1. Topische Therapie: Kinder unter 6 Jahren, für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren nur bei vitaler Indikation, Eng- und Weitwinkelglaukom, Infektionen im Anwendungsbereich.
2. Systemische Therapie: Magen-Darm-Ulcera, schwere Osteoporose, psychiatrische Anamnese, Herpes simplex, Herpes zoster, Varizellen, vor und unmittelbar nach Schutzimpfungen, Amoebeninfektion, Systemmykosen, Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärencephalitischen Form, Lymphome nach BCG-Impfung.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Der Bundesfinanzhof, der noch Ende der fünfziger Jahre in einer Grundsatzentscheidung feststellte, daß bei der Teilnahme an unseren internetionelen Fortbildungskongressen die Inlandspauschsätze absetzbar seien, hat nun eine neue Entscheidung getroffen und in seinem Urteil festgestellt, daß bei der Teilnahme an internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer keine Aufwendungen mehr steuerlich ebsetzbar seien, und zwar ohne jede Ausnahme.

Die Begründung, die der Bundesfinanzhof gegeben hat – das Urteil ist ganz neu; wir haben es gerade jetzt erstmals publiziert –, ist in vieler Hinsicht außerordentlich interessant. Noch bei der ersten Entscheidung des Bundesfinanzhofes Ende der fünfziger Jahre – ich glaube, es war 1958 – hat der Bundesfinanzhof erklärt: Wenn ein Fortbildungskongreß straff organisiert und lehrgangsmäßig aufgezogen ist, dann ist die Voraussetzung erfüllt, welche für eine steuerliche Absetzung von Aufwendungen erfüllt sein muß. Jetzt sagt der Bundesfinanzhof: Ob dieser Fortbildungskongreß lehrgangsmäßig aufgezogen ist, interessiert uns vom Steuerlichen her überhaupt nicht; für uns kommt es einzig und allein darauf an, ob der Steuerpflichtige in der Lage ist, seine lückenlose Teilnahme an sämtlichen Veranstaltungen im einzelnen nachzuweisen. Es muß sicher sein, daß ihm für private Erholung so gut wie kein Spielraum geblieben ist. Nur wenn dieser Nachweis geführt wäre, könnte man überlegen, ob die steuerliche Absetzbarkeit der Aufwendungen vertretbar ist.

Eine Reise – so heißt es – „gilt daher in der Regel nur dann als beruflich veranlaßt, wenn sie dem Besuch einer straff organisierten Fachtagung dient und die Verfolgung von Privatinteressen nahezu eusgeschlossen ist. Dabei wird vorausgesetzt, daß die Teilnahme des Steuerpflichtigen an den Veranstaltungen feststeht."

Es wird in den weiteren Ausführungen erklärt, daß praktisch ein stundenweises Testat vorliegen müßte, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sein sollten. Inzwischen haben wir aus einer schon wieder vorliegenden anderen Entscheidung sogar gehört, daß man bei einer Kollegin, die durch Testate nachweisen konnte, daß sie täglich sechs Stunden Fortbildungsvorträge gehört hat, erklärte, das sei gerede noch ein Grenzfell. Bei sechs Stunden, die nachgewiesen sind, könnte man noch überlegen, ob das ausreicht, damit die privaten Interessen genügend ausgeschlossen sind.

Eine familienfeindliche Entscheidung

Da im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland Familie und Ehe einen besonderen Schutz genießen, erscheint es mir besonders interessant und aufschlußreich, daß der Bundesfinanzhof schreibt: „Allein die Tatsache, daß der Revisionsführer seine Ehefrau und zwei Kinder nach Davos mitgenommen hat, ist schon ein wesentliches Zeugnis dafür, daß die Reise privat veranlaßt war und nicht der Fortbildung diente."

Hier reißen bei mir die Fäden ab; denn wenn ein Arzt oder irgendein anderer zu einem vierzehntägigen Fortbildungskongreß fährt und man ihm die Teilnahme der Ehefrau negativ anlastet, dann frage ich: Wen darf er dann mitnehmen, damit er die steuerliche Absetzungsfähigkeit anerkannt bekommt?

Das ist also ein außerordentlich weitgreifendes Urteil. Wir sind verpflichtet, unsere Kolleginnen und Kollegen nunmehr darauf hinzuweisen, daß sie jedenfalls im nächsten Jahr nicht damit rechnen können, bei der Teilnahme an einem dieser internationalen Fortbildungskongresse etwa die Aufwendungen, seien es auch nur die Inlandspauschsätze, vom Finanzamt anerkannt zu erhalten. Sie werden also rein privat an einem solchen Fortbildungskongreß teilnehmen müssen.

Es geht um einen Betrag von rund 750 DM

Wir haben kalkuliert, wie hoch der Verlust ist. Es ist keine astronomische Zahl. Wenn man zugrunde legt, was bisher abzugsfähig war, also Inlandstagegeld, Inlandsübernachtungssatz, etwas für Reisekosten und Teilnehmergebühr, dann war die Steuerersparnis, je nach Gesamteinkommen, etwa zwischen 500 und 750 DM, vielleicht, wenn es sehr hoch kommt, 800 DM.

Es wird sich im nächsten Jahr zeigen müssen – und ich würde maßlos glücklich sein, wenn wir es zeigen könnten –, daß die Teilnehmerzahlen bei diesen Kongressen nicht signifikant zurückgehen und die Ärzte damit den Beweis liefern, daß sie auch dann zur Fortbildung fahren, wenn die Finanzämter und Finanzbehörden den Standpunkt einnehmen, der sich in dieser Entscheidung dokumentiert. Ich selber werde alles tun, werberisch die Kollegen aufzurütteln und zu bitten, nächstes Jahr genauso zu kommen wie bisher. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn auch Sie in allen Veranstaltungen sich zu der Werbung für diese Fortbildungskongresse entschließen könnten.

Es war natürlich, wie nicht anders zu erwarten, bei diesem Urteil auch die Wahl des Tagungsortes eines der Themen in der Entscheidung. Unter anderem heißt es: „Es kann nicht zweifelhaft sein, daß die Bundesärztekammer mit der Wahl von Davos als Veranstaltungsort den Wünschen ihrer Mitglieder hinsichtlich der besonderen Gestaltungsmöglichkeiten während ihres Aufenthaltes Rechnung getragen hat."

So viel zu diesem Urteil. Es ist im „Deutschen Ärzteblatt" publiziert worden und dieses wird auch weitere Bekanntmachungen dazu an die Kollegen heranbringen.

Die „kassenärztliche Fortbildung" – leider gesetzlich verankert

Worauf ich heute auch noch einmal zu sprechen kommen möchte, ist die sogenannte kassenärztliche Fortbildung. Gegen unseren entschiedenen Willen hat man bereits im Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz, das dem KVKG vorauslief, eine Bestimmung aufgenommen, nämlich § 368 m Abs. 5, der besagt:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit. Die Satzung hat auch das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht zu bestimmen."

Diese Bestimmung würde uns also zwingen, in der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nunmehr eine Bestimmung dieser Art aufzunehmen, in der auch die Teilnahmepflicht des Kassenarztes geregelt und vorgeschrieben wird. Ich darf Ihnen berichten, daß im Gegensatz zu sämtlichen anderen Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland, die elle bereit waren, eine solche kassenärztliche Satzungsänderung vorzunehmen, der Vorstand der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns beschlossen hat: Wir weigern uns, eine solche Satzungsbestimmung aufzunehmen. Wir weigern uns deshalb, weil ärztliche Fortbildung für uns eine übergeordnete ärztliche Pflicht ist, die in Kammergesetzen geregelt ist und die in einem Krankenversicherungsgesetz nichts zu suchen hat. Wir sind zur Zeit auch dabei zu prüfen, ob wir nicht verfassungsrechtlich gegen diese Bestimmung vorgehen, weil nach unserer Überzeugung der Bundesgesetzgeber überhaupt nicht berechtigt ist, eine Regelung, die die Berufsausübung des Arztes betrifft, in ein Gesetz eufzunehmen. Hier handelt es sich um reines Landesstandesrecht.

Dazu noch eine ganz grundsätzliche Anmerkung. Wenn es eine Fortbildung für die kessenärztliche Tätigkeit geben würde, dann müßte man eigentlich unterstellen, daß der Arzt zweierlei ärztliche Tätigkeiten ausübt, nämlich eine an den Patienten, die selber zahlen, und eine an den Kassenpatienten. Wir Ärzte werden uns im Interesse der Patienten euf den Standpunkt stellen, daß es für uns eine Zweiklassenmedizin oder zweierlei Medizin auf keinen Fall gibt. Wir handeln als Ärzte; ob der Patient selber zahlt oder einen Krankenschein bringt, kann für unser ärztliches Tun nicht entscheidend sein. Deshalb: Wir lehnen diese Bestimmung ab.

Geburtenschwund – Säuglingssterblichkeit

Ein weiteres Thema, das von sehr hoher Aktuelität ist und gerede in der letzten Zeit wieder in der Presse reichlich behendelt wurde, ist das Problem des Geburtenschwundes und in diesem Zusammenhang die Frage der Säuglingssterblichkeit. Die Frage ist: An welcher Stelle steht die Bundesrepublik Deutschland in der internationalen Statistik? Es gibt Behauptungen, die so weit gehen, daß man sagt, hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit sei die Bundesrepublik Deutschland ein reines Entwicklungsland. Dazu wird einiges euszuführen sein, wenn auch nicht im vollen Umfang hier und heute.



Präsident, Vizepräsident und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

Gerade in der heutigen Morgenzeitung fand ich noch eine Statistik über den Geburtenschwund in Bayern. Es ist schon erschreckend, wenn man hier feststellt, daß im Jahr 1964 in Bayern 185 326 Geburten registriert wurden, während es im Jahr 1976 noch ganze 108 995 gewesen sind. Das ist nun wirklich kein Rückgang mehr, sondern ein echter Sturz. Das ist eine Entwicklung, die uns als Ärzte, die uns als Bürger, die uns bevölkerungspolitisch und euch sozialpolitisch beunruhigen muß.

Wenn man die Zukunft einmal sozialpolitisch betrachtet, so hat man zu erwarten, daß eines Tages – und die Zeiten gehen rasch vorüber – eine riesige Zahl von Alten und nicht mehr Erwerbstätigen vorhanden ist und eine ganz schmale Zahl von Erwerbstätigen die Auflage haben wird, die sozialen Leistungen für die anderen zu erbringen. Damit wird es wahrscheinlich zu einer Überlastung dieser Erwerbstätigen kommen, und ein Einbruch in unser soziales Sicherungssystem die nächste Folge sein.

Daß gerade bei diesem Geburtenschwund natürlich der Frage der Säuglingssterblichkeit erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet werden muß, ist ganz klar. Wenn man nur ganz kurz einen Blick auf die internationale Stetistik wirft, dann sieht man, daß die Bundesrepublik Deutschland tatsächlich an keiner sehr günstigen Stelle steht.

Das Statistische Bundesamt behauptet, die früher angenommenen unterschiedlichen Grundsätze der Statistik der verschiedenen Länder seien heute bereinigt und könnten nicht mehr als Erklärung herangezogen werden. Das mag hinsichtlich einiger Zahlen tetsächlich stimmen. Es stimmt aber wohl kaum hinsichtlich der Beurteilung der Fehlgeburten, die ja nicht registriert werden, wobei offensichtlich die Abgrenzung zwischen nicht registrierter Fehlgeburt und registrierter Totgeburt in den verschiedenen Ländern nach wie vor unterschiedlich ist. Insofern ist, glaube ich, ein voller Vergleich der Statistiken der Länder nicht möglich. Trotzdem sollte das für uns kein Grund sein, das Problem nun etwa zu minimieren. Wir müssen uns dieser Aufgabe mit voller Aufmerksemkeit widmen.

Immerhin sind in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden. Nach dem letzten Bericht der Bundesregierung in der Antwort

auf eine Anfrage der CDU/CSU wurde angegeben, daß die Säuglingssterblichkeit im Jahr 1970 mit 23,4, im Jahr 1976 mit 17,4 ermittelt wurde. In diesen sechs Jahren war also ein ganz beachtlicher Rückgang!

Die Münchener Perinatalstudia

Die Kinderärzte heben sich mit der Frage in Kiel auf ihrem Kongreß beschäftigt. Gerade hier im Münchener Raum, meine Damen und Herren, wird aber an dieser Frage mit besonderer Intensität gearbeitet. Es haben sich im Raum München-Oberbayern engagierte Frauenärzte und Kinderärzte zusammengetan und eine „Perinatologische Arbeitsgemeinschaft" gebildet. Die Kollegen kamen zu uns und haben gefragt, ob wir bereit sind, hier mitzutun. Kammer und Kassenärztliche Vereinigung haben sich sofort dazu bereit erklärt.

Wir arbeiten nun bereits im dritten Jahr, dem ein Probejahr vorausging, an der sogenannten „Münchener Perinatalstudie". Sie erfaßte in den zurückliegenden Jahren mehr als 80 Prozent aller Geburten in dem Raum, für den sie gemacht wird. Das scheint mir ein Zeichen für enorme Bereitschaft zur Mitarbeit bei allen geburtshilflichen Kliniken und Frauenärzten zu sein. Man legt hier wirklich Fall für Fall offen: Was ist richtig gelaufen? Was ist nicht richtig gelaufen? Wo waren Komplikationen? Welche wären vermeidbar gewesen? Worauf sind die Komplikationen zurückzuführen? Im Jahre 1975 waren 18 153 Neugeborene in unserer Studie erfaßt, im Jahr 1976 waren es 17 169. Die Studie läuft auch noch im Jahr 1977.

Es war uns möglich, auch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Studie zu interessieren. Dieses Zentralinstitut ist finanziell an der Förderung der Studie außerordentlich gut beteiligt, wofür wir natürlich sehr dankbar sind.

Es zeigten sich bisher bereits sehr interessante Ergebnisse, und zwar vor allem zwei wesentliche, die ich hier hervorheben möchte: einerseits die erschreckend hohe Frühgeburtlichkeit, wobei der Schwerpunkt der Frühgeburtlichkeit ganz eindeutig bei den unverheirateten und geschiedenen Frauen und bei den Frauen über 40 Jahren liegt. Hier liegen die großen Schwerpunkte der Frühgeburtlichkeit, und unter den Frühgeborenen ist wiederum der wesentliche Anteil der Sterbefälle zu suchen.

Eine andere Frage, die uns dabei außerordentlich interessant erschien und die gerade eine Beurteilung der Wirksamkeit ärztlicher Vorsorgemeßnahmen erlaubt, ist die ganz signifikante Verbindung zwischen der Zahl der durchgeführten Schwangerschaftsuntersuchungen und den Komplikationen bei der Geburt. Es hat sich gezeigt, daß die Frauen (prozentual gesehen) fast alle zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Der Prozentsatz liegt etwas schwankend zwischen Ausländerinnen und deutschen Frauen zwischen 95 und 98 Prozent. Aber die Zahl der Untersuchungen im Einzelfall ist außerordentlich different; sie schwankt zwischen vier und 14 Untersuchungen. Hier zeigt sich: Je mehr ärztliche Schwangerschaftsuntersuchungen durchgeführt wurden, um so geringer war das Risiko bei der Geburt, um so geringer war auch die perinatale Sterblichkeit. Ich glaube, das ist eine außerordentlich interessante Feststellung.

Hohe Frühgeburtlichkeit bei Ledigen

Für das Jahr 1977 wird sich eine andere Frage stellen, die etwas beklemmend ist, aber die man einmal ganz nüchtern untersuchen muß: Wenn man feststellt, daß die Frühgeburtlichkeit und damit die Komplikationsrate bei den ledigen Frauen am höchsten ist, dann stellt sich ganz zwangsläufig die Frage, ob an dieser Frühgeburtlichkeit nicht die Einstellung der einzelnen Frauen zu ihrer Schwangerschaft ein wesentlicher Faktor gewesen ist. Wir werden wahrscheinlich schon im Jahr 1977 feststellen können, ob zwischen der registrierten Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Personengruppe und der Zahl der Frühgeburten ein direkter Zusemmenhang besteht.

Ich sagte, es ist eine beklemmende Frage; denn würde man dann daraus den Schluß ziehen, daß man die hohe Frühgeburtlichkeit bei den Ledigen am besten dadurch beseitigt, daß man den Schwangerschaftsebbruch fördert, dann wäre das eine weiß Gott nur als makaber zu bezeichnende gesundheitspolitische Entwicklung. Wir sollten aber der Frage durchaus nachgehen; denn dann wüßten wir sicher, daß die Motivation und die Einstellung der Freu zu ihrer Schwangerschaft, vielleicht auch die Einstellung zu den angebotenen Hilfen ein wesentlicher Faktor auf diesem Gebiet ist.

Von Interesse war auch, festzustellen, daß die Zahl der Risikoschwangerschaften außerordentlich hoch ist. Von rund 18 000 Geburten wurden rund 10 000 in irgendeiner Weise als Geburtenrisiko-Schwangerschaft eingestuft, wobei natürlich der Grad sehr unterschiedlich sein meg. Es hat sich eine weitere Frage gestellt, und die war auch Gegenstand der Diskussionen in Kiel, nämlich, ob es Zusammenhänge zwischen der Größe der geburtshilflichen Abteilung und der Komplikationsrate gibt. Ich wurde gerade in den letzten Tagen noch von den Kollegen mit dieser Frage befaßt. Es scheint eben doch so zu sein, daß man zwar auf keinen Fall zu einer Größenordnung etwa in dem Sinn kommen muß: Eine geburtshilfliche Abteilung muß 2000 Entbindungen im Jahr haben. Das wäre sinnlos, vor allem in einem Flächenstaat; aber man wird doch gewisse untere Grenzen suchen müssen, ganz einfach deshalb, weil schon allein die notwendige Ausstattung einer geburtshilflichen Abteilung eine Mindestzahl an Geburten erforderlich macht, damit eine solche Abteilung überhaupt sinnvoll geführt werden kann. Man wird der Frage einer gewissen Konzentration der Geburtshilfe also nicht ausweichen können, wobei eine sorgfältige Auswahl der Risikoschwangerschaften auch schon eine Planung bei der Einweisung zur Geburt möglich machen wird.

Von wesentlicher Bedeutung in diesem Zusammenhang ist natürlich die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten, die Errichtung von Intensivstationen in den Kinderkliniken, der Transport des Neugeborenen vom Kreißsaal in die Intensivstation der Kinderklinik. Das sind alles Fragen, denen die „Münchener Perinatalstudie" nachgeht und die meines Erachtens einer sehr gründlichen Untersuchung wert sind.

Zur Prophylaxe und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

Euthyrox
Reines L-Thyroxin

Novothyral
L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

Jodid-Tabletten

Hauptindikationen:

Blande Struma

Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion

Hypothyreose

Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose

MERCK

HORMON FORSCHUNG

MERCK

Euthyrox® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na ($L\text{-}T_4$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.65
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 17.90

Novothyral® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na ($L\text{-}T_4$)
20 µg L-Trijodthyronin-Na ($L\text{-}T_3$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 13.20
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 24.30

Novothyral® mite
1 Tablette enthält
25 µg L-Thyroxin-Na ($L\text{-}T_4$)
5 µg L-Trijodthyronin-Na ($L\text{-}T_3$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.70
Preise n. A.T.

Ferner jeweils Anstalts-Packungen

Anwendungshinweis
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück.

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

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

Zur Prophylaxe der endemischen Struma

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

Kontraindikationen
Jodüberempfindlichkeit, Hyperthyreose.

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

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

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

Stand 1.1.1977

7058

E. Merck
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1

Mit ganzem Herzen wieder dabei.



Wieder am Ball – fast so wie früher.

Mit ganzem Herzen wieder dabei.
Ohne Furcht vor Belastungsschmerz und Angina-pectoris-Anfällen.
Corovliss in Retardform für die effektive Dauertherapie Ihrer Koronarpatienten.
Corovliss steigert die Leistungsfähigkeit, vergrößert die Belastbarkeit durch Besserung der Myokardischämie.

COROVLISS

Wirksubstanz: Isosorbiddinitrat

Senkung des O_2-Bedarfs ohne negative Inotropie!

...für Ihre Koronar-Patienten

Zusammensetzung: Isosorbiddinitrat. 1 Dragée Corovliss enthält 20 mg.
Indikationen: Dauertherapie und Prophylaxe der Angina pectoris. Nachbehandlung des Myokardinfarkts, pulmonale Hypertension.
Dosierung: Corovliss (in Retardform) täglich 2 x 1 Dragée. Bei Bedarf kann die Dosis gesteigert werden.
Kontraindikationen: Schock, ausgeprägte Hypotonie, akuter Myokardinfarkt.
Nebenwirkungen: Wie bei allen Nitrat-Präparaten können vorübergehend Kopfschmerzen, Übelkeit und leichte Schwindelzustände auftreten.
Hinweise: Gelegentlich Blutdrucksenkung (bei gleichzeitiger Anwendung von Antihypertonika wegen möglicher Wirkungsverstärkung zu beachten).

Für Ihre Verordnung:
Corovliss (in Retardform)
OP mit 50 Dragées DM 18,25
OP mit 100 Dragées DM 29,05
AP mit 500 Dragées

mannheim boehringer
diagnostica therapeutica

Teilnahme an der „Vorsorge" keinesfalls befriedigend

Zu den anderen Vorsorgeuntersuchungen ist zu sagen, daß wir hier außerordentlich interessante Feststellungen treffen konnten.

Bei den Untersuchungen der Neugeborenen und Kleinkinder, also bei U1 bis U7 — wie wir es kurz nennen — zeigt sich eine sehr unterschiedliche Beteiligung. Für U1 und U2 werden die Zahlen mit 71 und mit 75 Prozent angegeben. Sie scheinen mir nicht ganz richtig zu sein; denn hier muß berücksichtigt werden, daß U1 und U2 in einem großen Umfang auch in den Kliniken durchgeführt und über die Kassenärztliche Vereinigung nicht registriert werden. Diese Zahlen dürften also in Wirklichkeit sicherlich höher sein. Das läßt sich auch daraus schließen, daß U3, also die Erstuntersuchung nach der Klinikentlassung, bei uns mit 82 Prozent registriert werden konnte. Aber dann zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang. Die letzte Untersuchung — U7 —, im vierten Lebensjahr, wird nur noch bei 45 Prozent der Kinder durchgeführt.

Wir halten es deshalb für dringend erforderlich, daß wir an die Bevölkerung appellieren, damit diese Kinderuntersuchungen intensiviert und diese Untersuchungen auch wirklich durchgeführt werden. Es gibt eine ganze Reihe von kindlichen Frühschäden, die bei diesen Untersuchungen erkannt werden und die man beseitigen, heilen kann, ohne daß ein behinderter Mensch zurückbleibt.

Auch die Untersuchungen bei den Frauen und Männern sind keineswegs befriedigend. Wir haben bei den Frauen, wenn wir alle Frauen der Statistik einbeziehen, also die Frauen von 30 Jahren und älter, zur Zeit eine Beteiligung von 30 Prozent. Bezieht man es auf die erwerbstätigen Frauen allein, ist die Beteiligung 50 Prozent. Bei den Männern ist die Beteiligung erschreckend gering; sie beträgt immer noch nur zwölf Prozent aller Männer ab 45 Jahren. Auf die Erwerbstätigen bezogen, ist sie etwas höher, nämlich 20 Prozent. Das scheint mir doch außerordentlich ungenügend zu sein, und ich hoffe, daß die Ihnen vorgelegte Entschließung angenommen wird und wir an die Öffentlichkeit appellieren können.

Nachsorge von Tumor-Patienten — Initialzündung in Bayern

Ein Gebiet, mit dem wir uns in der letzten Zeit sehr intensiv beschäftigt haben, ist die Nachsorge der Tumor-Patienten. Die Bayerische Landesärztekammer hat sich als einzige Kammer des Bundesgebietes mit dem Schicksal des Tumor-Patienten intensiv befaßt. Die Kliniken in Bad Trissl und Oberstaufen sind durch unsere Initiative entstanden und haben heute ihren festen Platz in der Nachbehandlung von Tumor-Patienten. In Bad Trissl fand gerade in dieser Woche das dritte internationale Symposion über Tumornachsorge statt. Es ist heute die einhellige Meinung aller mit dieser Frage Befaßten, daß gerade die Klinik Bad Trissl in ihrer wissenschaftlichen und medizinischen Leistung europäischen Standard hat und von allen Seiten als Modell einer Tumornachsorgeklinik anerkannt wird.

Deshalb freuen wir uns ganz besonders, daß diese Kliniken unsere Kinder sind; denn da haben wir bewiesen, daß wir unsere Aufgabe, an der Gesundheitspflege mitzuwirken, ernst nehmen und für uns wirklich die Sorge für den Patienten im Mittelpunkt steht.

Aber damit allein ist es nicht getan. Es hat sich durch langjährige Untersuchungen, an denen sehr verdienstvoll Herr Kollege Leonhardt, Direktor der Klinik in Bad Trissl, beteiligt war, gezeigt, daß wir uns um den Tumor-Patienten nach klinischer Behandlung und Nachbehandlung noch mehr und noch intensiver kümmern müssen. Es hat sich weiter gezeigt, daß hier die Entscheidung darüber, welche Untersuchungen in welchen Abständen durchgeführt werden sollten, um eine optimale Betreuung der Tumor-Patienten zu erreichen, nicht mehr der Intuition des einzelnen überlassen bleiben kann, sondern daß wir hier nach bestimmten Erfahrungsprogrammen arbeiten müssen. Herr Leonhardt hat, auch nach Zusammenarbeit mit anderen Experten, Stoll, Mannheim, und anderen, inzwischen ein hervorragendes Programm erarbeitet. Wir werden dieses Programm dann, wenn es fertig ist, den Vorständen der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vorlegen. Ich werde empfehlen, diese Nachsorgeprogramme im Rahmen unserer Aufgabe, die Fortbildung und die medizinische Leistung zu steigern, den Kollegen zur Verfügung zu stellen, und ich werde den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bitten, festzustellen, daß die Durchführung der Nachuntersuchungen von Tumor-Patienten anhand dieser Programme im vollen Umfang als notwendige kassenärztliche Leistungen anzuerkennen sind. Wir würden auf diese Weise das Schicksal vieler Tumor-Patienten erheblich bessern können, wie die inzwischen langfristig durchgeführten Untersuchungen des Herrn Leonhardt und anderer gezeigt haben. Ich kann leider heute noch keine Probedrucke verteilen. Wir werden sie aber sofort nach Fertigstellung zur Verfügung stellen.

Was wir ebenfalls einführen, ist ein Nachsorge-Terminkalender für die Frauen. Auch hier ist das Modell fertig. Jede Frau soll, wenn sie von der Nachsorgeklinik oder aus der Klinik entlassen wird, diesen Terminkalender mitbekommen, damit sie auch selber daran denkt, wann sie wieder zu ihrem Arzt gehen muß und wann die nächste Nachuntersuchung fällig ist. Nur wenn die Frauen kommen, können die Untersuchungen durchgeführt werden.

Bedeutung der TNM-Klassifizierung

Die Dokumentation der Ergebnisse ist eine andere Frage, die ich heute noch nicht anzusprechen brauche. Uns kommt es jetzt in erster Linie darauf an, daß wir den Krankheitsverlauf bessern, die Heilungschancen dieser Patienten bessern und auf diese Weise einen Beitrag zu wirksamer Tumortherapie leisten.

Um unseren Kollegen in Bayern auch das Verständnis für das Stadium der Tumorerkrankung zu erleichtern und sie mit der internationalen Nomenklatur vertraut zu machen, die gar nicht so kompliziert ist, wie manche meinen, haben wir gerade ein Blatt fertiggestellt, das die sogenannte TNM-Klassifizierung enthält.

Diese TNM-Klassifizierung ist für jeden von uns in der Praxis von Bedeutung. Darin sind nämlich keine Geheimwissenschaften verborgen, sondern hier geht es allein darum, daß man heute die Tumorerkrankung, schon um sie in ihrem

Verlauf beurteilen zu können, einteilt in lokalisierte Tumoren, in Tumoren mit Beteiligung der benachbarten Lymphknoten und in Tumoren, bei denen bereits Fernmetastasen auftreten: Tumoren, Noduli, Metastasen. Das ist die Einteilung, nach der wir die Tumoren beurteilen.

Um jedem Kollegen die Möglichkeit zu geben, das auch für die verschiedenen gynäkologischen Formen nachzulesen, haben wir das Blatt erarbeitet. Es wird auf starkem Papier gedruckt und dem „Bayerischen Ärzteblatt" (vgl. November-Heft, S. 1093) beigelegt, so daß es jeder Kollege in seinem Schreibtisch hat, wenn er einen Brief aus der Klinik bekommt und dort steht, daß diese Tumorerkrankung in diese oder jene Gruppe eingeordnet ist. Wir haben genügend solcher Tabellen noch im Vorrat, so daß sie an die Kollegen sowohl in der Praxis wie in der Klinik verteilt werden können. Ich hoffe, wir geben Ihnen damit auch eine kleine Hilfe.

Rückläufige Lebenserwartung — kein Zeichen mangelnder Effektivität des Gesundheitswesens

Das Thema Effektivität und Effizienz, vor ellem der ambulanten ärztlichen Versorgung, habe ich gestern abend bei der Eröffnungsveranstaltung bewußt angesprochen, weil wir gerade in der letzten Zeit dezu außerordentlich interessante Quellen in der Literatur gefunden haben.

Es wurde ja wiederholt und immer wieder versucht, darzulegen, die ärztliche Versorgung mit den Kassenärzten in der freien Praxis und der mangelnden Zusammenarbeit mit den Kliniken ohne vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung sei weder effektiv noch effizient; die Doppeluntersuchungen würden ein Heidengeld kosten. Sie kennen das. Aus der Statistik könne man ablesen, daß die Lebenserwartung der erwachsenen Männer in der Bundesrepublik Deutschland deutlich rückläufig sei, und dies sei der Beweis dafür, daß dieses System so nicht bleiben kann; das muß geändert werden.

Es war Herr Schäfer in Heidelberg, der weiß Gott nicht im Verdacht steht, unsere Fehne zu schwingen, der in einem Vortreg, gehalten beim Bundesverband der Ortskrankenkassen, zu diesen Fragen Stellung nahm. Er erklärte, es sei ein reines Märchen, wenn man behaupte, diese rückläufige Lebenserwartung sei eine Folge der mangelnden Effektivität der ärztlichen Behandlung, sie würde allein auf die — gestern von mir schon aufgezählten — folgenden Ursachen zurückzuführen sein: Herzinfarkt, Lungenkarzinom, Leberzirrhose und Verkehrsunfälle.

Das heißt, daß das Verhalten des einzelnen im weitesten Umfang entscheidend ist für die gesamte Lebenserwartung, die der einzelne und die ganze Gesellschaft haben kann. Hier können nicht die Ärzte eingreifen, sondern hier muß eben von Grund auf eine Änderung der Lebensgewohnheiten eintreten.

Herr Schäfer hat ausgeführt, die Restmortalität der Männer — wenn man also diese fünf sogenannten Killer herausnimmt — sei in den letzten zwanzig Jahren um rund 26 Prozent gesunken! Das heißt, die Lebenserwartung im Bereich der übrigen Erkrankungen, auf die wir als Ärzte Einfluß haben, ist in dieser Zeit enorm gestiegen. Ich glaube, das ist eine ganz wesentliche Feststellung, die getroffen werden mußte, damit wieder etwas Ernüchterung eintritt und klargestellt wird, daß diese Behauptung als Vorwand für eine Systemveränderung jedenfalls nicht herangezogen werden kann.

Allerdings: die Frage der Effektivität und der Effizienz wird immer wieder auch unser Problem sein. Man muß sich überlegen: Welche Maßnahmen ärztlichen Tuns sind sinnvoll und vertretbar? Schäfer selbst hat in seinem Vortrag Beispiele angeführt und z. B. erklärt: Wenn man es auf das Ganze sieht, dann muß man in Frage stellen, ob die Bypass-Operationen von Koronar-Kranken mit ihrem immensen Aufwand heute, insgesamt von ihrer Effektivität und ihrer Effizienz her gesehen, vertretbar erscheinen.

Dabei hat er allerdings — er ist ja Sozialmediziner — zugegeben, daß derartige Eingriffe selbstverständlich im Einzelfall anders beurteilt werden müssen. Das heißt, auf den einzelnen Patienten bezogen, ist natürlich ein solcher Eingriff effektiv und dann deshalb auch effizient; denn es wird ein Lebensschicksal positiv beeinflußt. Aber wenn man es nach der sogenannten Kosten-Nutzen-Rechnung auf des Gesamte überträgt, sehen die Rechnungen natürlich immer anders aus.

Neue Vorsorgeuntersuchungen oder Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens?

Diese Frage der Kosten-Nutzen-Rechnung stellt sich aber viel mehr bei der Einführung von weiteren Vorsorgeuntersuchungen. Wir können sagen, daß die Krebsvorsorgeuntersuchung der Frauen, wie wir sie heute durchführen, wenn alle Frauen kämen, sowohl als effektiv als auch als effizient, also kostengerecht, angesehen werden könnte. Aber wir sind uns alle darüber einig, daß es — um ein Gegenbeispiel zu bringen — völlig sinnlos wäre, eine Vorsorgeuntersuchung für Herz- und Kreislauf einzuführen. Denn erstens würde eine solche Untersuchung, wenn sie aussagekräftig sein soll, so umfangreich sein, daß man sie bei der großen Zahl technisch nicht mehr bewältigen kann und so teuer werden, daß man sie nicht mehr finanzieren kann. Darüber hinaus würden mit Sicherheit bei 95 Prozent der Untersuchten keine Konsequenzen gezogen werden. Wenn nämlich der Arzt feststellt, daß eine koronare Gefährdung vorliegt, dann liegt es nicht in seiner Hand, sie abzuwenden. Es läge in der Hand des Patienten, des Betroffenen, seine Lebensweise zu ändern.

Wir haben Informationen aus Herz- und Kreislaufvorsorgekliniken, wo mit einem immensen Geldaufwand bei sogenannten Anbrüchigen (das sind die Gefährdeten mit zu hohem Blutdruck, mit Übergewicht; die Gruppe von Menschen, die noch keinen Herzinfarkt hatten, die man aber bereits zur Kur schickt, weil sie gefährdet sind) eine Untersuchung und Behandlung durchgeführt wird — und danach ist die Bereitschaft, sich in der Lebensführung und in den Konsumgewohnheiten umzustellen, mit maximal zehn Prozent derer anzusetzen, die bei der Kur waren. Das heißt, bei 90 Prozent derer, die mit einem riesigen finanziellen Aufwand solche Kuren durchlaufen, muß man annehmen, daß sie ihre Lebensgewohnheiten nicht ändern, also nachher genau so weiterleben wie zuvor. Man kann also sagen, daß hier weder die Vorsorgeuntersu-

chung noch die Vorsorgekur effektiv ist, und sie ist auch nicht effizient, weil sie viel zu teuer wäre. Damit ist an einem Beispiel gezeigt, daß die Einführung einer Herz-Kreislauf-Vorsorgeuntersuchung unter diesen Gesichtspunkten mit Sicherheit nicht gerechtfertigt werden könnte.



Münchener Delegierte

Konsequenzen aus dem „Kostendämpfungsgesetz"

Nun zur allgemeinen Sozialpolitik, in die wir damit bereits übergeleitet haben! Im Mittelpunkt unserer Sorgen und unserer Mühen steht natürlich – wie könnte es anders sein? – das „Kostendämpfungsgesetz". Gerade die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ist hautnah mit den ersten Auswirkungen dieses Gesetzes konfrontiert.

Wir sind in Verhandlungen mit den Kassen, um z. B. das Prüfwesen dem Gesetz entsprechend neu zu organisieren. Dabei zeigt sich, daß auf der anderen Seite zum Teil Erwartungen bestehen, die für uns einfach nicht annehmbar sein können, weil damit die Möglichkeit, ärztliches Tun noch nach ärztlichen Gesichtspunkten zu beurteilen, völlig zugrunde gehen müßte. Es zeigt sich gerade bei diesen Verhandlungen, die jetzt durch das Gesetz ausgelöst werden, daß die Verlagerung der Gewichte, die Beseitigung der Gleichberechtigung der Partner, die Möglichkeit für die Kassen, in den Bereich einzudringen, der bisher ärztliche Selbstverwaltung war, Auswirkungen bringen werden, die wir heute im vollem Umfang noch gar nicht zu übersehen vermögen, die wir aber ahnen können.

Es ist wiederholt auch an mich, z. B. im Zusammenhang mit öffentlichen Äußerungen von Politikern, die Frage gerichtet worden: Ja, ist denn eure Behauptung, daß dieses Gesetz, das KVKG, nun den Weg in die Sozialisierung öffnet, wirklich so begründet? Ich habe dazu einige Ausführungen gemacht, die ich kurz zusammenfasse. Wir sehen die entscheidenden Weichenstellungen in folgenden Punkten:

Die entscheidenden Weichenstellungen in Richtung Sozialisierung

• *Erstens:* Durch dieses Gesetz ist, ob man es bestreitet oder nicht, der Weg in die Einheitskrankenkasse eröffnet worden. Wir haben zwar noch eine gegliederte Krankenversicherung, wir haben noch die „Eigenständigkeit" – das Wort muß man zwischen Anführungszeichen setzen – der Ersatzkassen. Aber durch den Finanzausgleich, der hier erzwungen wird, indem man die Krankenversicherung aushungert dadurch, daß man ihr die Beiträge der Rentenkrankenversicherung vorenthält, nivelliert man die Krankenkassen im finanziellen Bereich. Das ist der erste Schritt auf dem Weg zur Einheitskrankenkasse. Wenn man nachliest, was Herr Muhr, stellvertretender Vorsitzender des DGB, dazu im Zusammenhang mit der Hamburger Tagung des BdO ausgeführt hat, dann kann man feststellen, daß er es sehr dezent ausdrückte. Er sagt:

> „Die zersplitterte Krankenversicherung ist ein großes Hindernis für die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben. Wir müssen Arbeitsgemeinschaften auf der Verwaltungs- und Selbstverwaltungsebene regional schaffen, damit die Aufgaben gemeinsam erfüllt werden können."

Das ist eine sehr elegante Umschreibung für den Anfang der Einheitskrankenkasse. Sein Kollege Loderer von der IG-Metall, der ja die Samthandschuhe nicht schätzt, hat das mit seinen Kollegen in den Beschlüssen der Düsseldorfer Tagung schon ganz klar gesagt. Hier wird der Zersplitterung der Krankenversicherung der Kampf angesagt und die Einheitskrankenkasse gefordert. Wir sollten uns also keinen Illusionen über die weitere Entwicklung hingeben. Auch das Schicksal der Ersatzkassen entscheidet sich hier. Durch das KVKG sind sie in viele Bestimmungen der RVO eingebunden, wo sie bisher Entscheidungsfreiheit hatten. Das wird mit Sicherheit Schritt um Schritt weitervollzogen werden. Es ist ein offenes Geheimnis, daß gerade die Ersatzkassen der große Dorn im Auge vieler Sozialpolitiker, aber auch Machtpolitiker im Bereich anderer Kassenverbände sind.

• Das *zweite* Problem des KVKG, mit dem nach unserer Meinung die freiheitliche Gesellschaftsordnung verändert wird, ist die grenzenlose und unbeschränkte Datenerfassung, die durch dieses Gesetz eingeleitet wird. Es kann kein Zweifel sein, daß auf der Grundlage des KVKG nunmehr die in Lindau erprobte Datenbank errichtet werden soll, und zwar umfassend für alle Kassenarten in letzter Zielsetzung. Sämtliche für die Versicherung erbrachten Leistungen von der Geburt bis zum Sterbebett würden in dieser Datenbank gespeichert werden. Jede Verordnung, sogar mit der Apotheke, in der sie eingelöst wurde; also alles, was mit dem gesundheit-

lichen Schicksal eines Menschen zusammenhängt, soll offengelegt werden.

Das war der Grund, warum Herr Überla auf der Deutschen Tagung für medizinische Statistik und Dokumentation erklärt hat, Trensparenz brauche man natürlich in vielen Bereichen, sie sei die Voreussetzung, wenn man Fragen beantworten will. Dann sagte er: „Ich warne Sie, die Transparenz kann zur Guillotine der Menschen werden".

• *Drittens:* die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung ist nunmehr im Gesetz verankert. Herr Ehrenberg hat vor dem Bundesrat erklärt, sie werde natürlich nur dann gemacht, wenn der Kassenarzt, also der Hausarzt oder der behandelnde Arzt, der den Patienten stationär eingewiesen hat, damit einverstanden ist. Wie sich das in der Praxis auswirkt, werden wir in Bälde erleben!

Ein Beamter des Bundesarbeitsministeriums hat jedenfalls schon vor Moneten erklärt: Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten dahingehend beeinflussen, daß sie die Einrichtungen des Krenkenhauses in Anspruch nehmen. Damit ist, glaube ich, zur Genüge bewiesen, daß hier die Türe für das Ambulatorium im vollen Umfang geöffnet wird, und daß die vor- und nachstationäre Behandlung hier nur noch eine Variante in dieser Entwicklung ist.

• *Viertens:* Auch die Honorargestaltung, wie sie nunmehr vorgesehen ist, führt uns immer mehr zu einer Einheitshonorierung. Auch das hat Herr Schmidt, der vom DGB kommende Vorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, ganz klar ausgesprochen. Sie stellen sich die Honorierung des Arztes völlig anders vor, und das Gesetz gibt dazu auch schon die Anhaltspunkte. Denn wie wäre es denn, wenn man sich ehrlich zu einer Einzelleistungsvergütung bekennt, den freipraktizierenden Arzt also nach seinen erbrechten Leistungen honorieren will, möglich, daß man in das Gesetz den Begriff „Praxiskosten" und den Begriff „Arbeitszeit" einführt? Entweder Leistungshonorierung, also nach Einzelleistungen oder nach Arbeitszeit. Aber eine Verbindung dieser beiden Begriffe ist nicht möglich. Das bedeutet also, es kann nur etwas anderes gemeint sein. Herr Schmidt hat das verdeutlicht. Er meint, man werde so vorgehen, daß man die Praxiskosten ermittelt. Die müssen natürlich unterschiedlich vergütet werden. Man werde auch Untersuchungen über die Arbeitszeit anstellen. Aber im übrigen ist er der Meinung, das Honorar müsse einheitlich sein; denn es gäbe keine Gründe dafür, daß hier Unterschiede bestünden. Wenn wir vom Leistungshonorar, von der Vergütung nach Leistungen einer Gebührenordnung und damit einer unterschiedlichen Praxisgröße und Umsatzgröße abgehen, dann verlassen wir das entscheidende Prinzip der freiberuflichen Tätigkeit. Dann sind wir zwar noch keine Angestellten, indem wir noch nicht die sozialen Segnungen haben, aber wir haben sämtliche Nachteile, die sich daraus ergeben.

Sorgenkind belegärztlicher Tätigkeit — Krankenhausplanung

Ein Sonderproblem ist die Möglichkeit belegärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit der Entwicklung, mit der wir konfrontiert sind, wobei nicht allein das KVKG zu sehen ist, sondern auch die seit einigen Jahren schon zum Gesetz gewordene sogenannte Krankenhausplanung, die über das Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeführt wurde.

Sie kennen alle das Prinzip. Man hat seinerzeit festgelegt, daß die Kosten eines Krankenhauses getrennt werden in Investitionskosten einerseits und laufende Betriebskosten andererseits. Für die Investitionskosten soll der Staat aufkommen; das heißt, Bund und Länder sollen sie dem Träger des Krankenhauses geben oder ersetzen, während die laufenden Kosten durch die Benützer aufzubringen sind. An dieser Finanzierung der Investitionskosten hat man dann die Krankenhausplanung aufgehängt, zunächst die Grundsätze auf Bundesebene und dann die konkrete Krankenhausplanung auf Landesebene.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich glaube, wir sind uns alle darüber einig, daß auch die Errichtung und Führung von Krankenhäusern einer vernünftigen Überlegung und Planung bedarf. Was aber inzwischen aus der Krankenhausplenung geworden ist, kann mit den Vorstellungen, die sich aus der ärztlichen Sicht und aus der Sicht einer guten ärztlichen Versorgung ergeben, in vieler Hinsicht nicht mehr vereinbart werden.

Pladoyer für des familiennahe Krankenhaus

Ich bin der Meinung, daß sich Krankenhausplanung nicht darin erschöpfen darf, die Bettenzahl zu reduzieren. Man kann nicht alle kleinen Häuser schließen und die gesamte stationäre Versorgung nur noch auf große Krankenhäuser konzentrieren. Das bewirkt, daß erstens die stationäre Behandlung in einem Flächenstaat familienferner und wesentlich teuerer wird.

Das ist kein Vorwurf etwa gegenüber einer Universitätsklinik oder einem zentralen Krankenhaus, eber wenn man — ich denke jetzt konkret an einen Regierungsbezirk — die Betten für Hals-, Nasen-, Ohren-Kranke nicht in den Krankenhausbedarfsplan eufnimmt, weil man beabsichtigt, in diesem Regierungsbezirk ein großes zentrales Krankenhaus zu bauen, in dem auch die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde angesiedelt ist, dann frage ich, ob es verantwortet werden kann, daß in Zukunft jede Tonsillektomie, die jetzt preiswert im Kreiskrankenhaus durchgeführt wird und sicher nicht schlechter, in das Zentralkrankenhaus eingewiesen werden muß: mit dem doppelten Pflegesatz und den viel höheren Kosten.

Wir sind der Meinung, daß man nicht nur eine Gliederung in der Weise bewirken muß, daß man überall Zentralkrankenhäuser hat. Das bejahen wir. Wir glauben, es muß auch eine Gliederung geben, die es möglich macht, zwischen den großen Kliniken eingestreut auch kleinere Krankenhäuser zu haben, die vor allem belegärztlich betreut werden und wo eine Fülle von Patienten froh und glücklich sind, wenn sie dort behandelt werden können, nahe bei der Familie, bei dem Arzt, dem sie vertrauen, und medizinisch mit Sicherheit nicht schlechter. Man sollte doch den betreffenden Kollegen zutreuen, daß sie genügend Verantwortungsgefühl haben, einen Fall in die Zentrelklinik abzugeben, wenn er den Möglichkeiten ihrer eigenen Tätig-

keit nicht mehr entspricht. Deswegen sind wir der Meinung, daß nunmehr dieses Thema noch einmal mit unseren Verantwortlichen besprochen werden muß.

Krankenhausbedarfsplanung als „Fallbeil"

Krankenhausbedarfsplanung hat nämlich auch eine Guillotinewirkung, und die ist unter Umständen außerordentlich wirksam. Das KVKG hat das noch verstärkt, indem die Position der Krankenversicherungsträger gegenüber den Krankenhäusern wesentlich stärker geworden ist. Entscheidend ist hier der § 184 Abs. 2 in seiner neuen Fassung. Er lautet:

> „Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten tragen."

Der Versicherte ist also durch die Neufassung des § 184 Abs. 2 auf Vertragskrankenhäuser beschränkt. Wenn die Krankenversicherungsträger nun erklären, die Belegbetten im Krankenhaus X stehen nicht im Krankenhausbedarfsplan, wir machen dafür keinen Vertrag, dann kann der Versicherte dieses Vertragskrankenhaus nicht in Anspruch nehmen. Die Krankenhausversicherungsträger brauchen mit unserer KV gar nicht zu streiten, ob der Belegarzt tätig sein darf oder nicht. Man entzieht ihm einfach den Boden, indem man diese Belegbetten aus dem Vertrag herausnimmt. Auf diese Rechtslage hat der Berichterstatter im Bundesrat eindeutig hingewiesen. Das kann man im Wortprotokoll nachlesen. Er sagte, der Versicherte sei an Vertragskrankenhäuser gebunden. Herr Ehrenberg hat dann erklärt, davon könne gar keine Rede sein; selbstverständlich könne sich der Versicherte jedes Krankenhaus heraussuchen, das ihm Freude mache. Das ist durch den Wortlaut des Gesetzes nicht gedeckt.

Dann kommt es noch auf den § 371 an, wonach die Krankenkassen



Oberbayerische Delegierte

Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren haben, die sich gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben. Das Krankenhaus bewirbt sich also gewissermaßen um einen Vertrag, und die Landesverbände können das Angebot des Krankenhauses ablehnen, „wenn die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist". Das ist ein ganz weit gespannter Begriff.

Dann heißt es: „Die Ablehnung bedarf der Zustimmung der für die Landesverbände zuständigen Aufsichtsbehörde, wenn das Krankenhaus im Krankenhausbedarfsplan aufgeführt ist." Also nur dann, wenn das Krankenhaus im Krankenhausbedarfsplan steht, muß die Ablehnung von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Wenn aber ein Krankenhaus, das im Bedarfsplan steht, bisher Belegbetten hatte, die nicht im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen sind, so kann die Fortsetzung des Vertrages für diese Belegbetten verweigert werden. Der Belegarzt verliert damit seine Arbeitsmöglichkeit, obwohl ein echter Bedarf besteht.

Vor einer völligen Ausrottung des Belegarztes

Das ist eine Rechtslage, die so, wie es in Bayern aussieht, zu einer nahezu völligen Ausrottung des Belegarztsystems führen kann. Ich habe dem Herrn Sozialminister, mit dem dieses Thema in den letzten Jahren mehrfach besprochen wurde, erneut geschrieben, daß das nun endgültig zwischen uns geklärt werden müsse.

Arzneiverordnungen nach dem KVKG

Hinweisen möchte ich kurz noch auf die schweren Komplikationen, die sich aus dem KVKG im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Arzneiverordnungen ergeben. Ich glaube, hier machen sich manche noch nicht die rechten Begriffe, in wie vielfältiger Hinsicht die Kassenärzte in eine außerordentlich schwierige Lage geraten werden. Der Arzneimittelhöchstbetrag ist ja nach wie vor im Gesetz enthalten. Die ursprüngliche Fassung, wonach der überschreitende Betrag kollektiv einfach von der Gesamtvergütung abgezogen werden sollte, ist gefallen und es heißt jetzt, daß gezielte Einzelprüfungen durchgeführt werden. Wie das gehen soll, und wie Minister Ehrenberg die eineinhalb Milliarden DM bei den Arzneiverordnungen einsparen will, ist sein Geheimnis; ich jedenfalls weiß es nicht.

Bei der einen Mark, die der Versicherte zu zahlen hat, habe ich nach dem, was man so hört, den Eindruck, daß die Leute, wenn auch schimpfend und grollend, sich da-

mit abgefunden heben. Es gibt eine Personengruppe, die befreit werden kenn. Die Kriterien dafür wurden von den Bundesverbänden der Krankenkessen vereinbert. Aber für diese Personengruppe wurde damit das alte Wohlfahrtsamtsprinzip wieder eingeführt, das man els dem Bürger nicht mehr zumutber erklärt hatte. Jeder, der von der Mark befreit werden will, muß der Kasse im einzelnen nachweisen, daß er wirklich so arm ist, wie es die Vorschriften verlangen.

Unaufrichtige Härtefallregelung

Aus sozialen Gründen können die Kessenärzte, wenn es sich um ihre Dauerpatienten handelt, das Kreuzchen bei Ja gar nicht verweigern.

In Wirklichkeit zeigt aber gerade schon die Fragestellung und das, was wir beantworten müssen, wie fragwürdig das Ganze ist. Denn es ist doch ein Unterschied, ob etwa ein Patient jeden Tag eine Tablette einnimmt und eile drei Monete ein Rezept braucht, oder ob ein Rentner, der unter diese Gruppe fällt, der aber nicht drei Monate, sondern nur zwei Monate krank ist, in diesen zwei Monaten immense Aufwendungen hat, aber für jedes Medikament die Mark bezahlen muß, weil er die Dreimonatsfrist nicht erfüllt.

Wir haben empfohlen, man sollte sich entschließen, eine untere Einkommensgrenze festzulegen und zu sagen: Die sind befreit, und damit Ruhe. Aber daß man die Befreiung von solchen Fregen über den leufenden Arznelbedarf ebhängig macht, ist bedeuerlich.

Schlimm wird es aber noch, wenn jetzt der nächste Schritt geten wird, nämlich die Herausnahme bestimmter Arzneigruppen eus der kassenärztlichen Verordnung. Arzneimittel, die normalerweise für leichte Gesundheitsstörungen verordnet werden, soll der Patient nicht mehr auf Kassenrezept erhalten. Es ist aber allen Unterlagen zu entnehmen, daß man selbstverständlich davon ausgeht, daß der Patient in dringenden Fällen es dann natürlich doch auf Kassenrezept bekommt. Und die Entscheidung darüber, ob ein drlngender Fall vorliegt, wann der Patient die Arznei auf Kassenrezept bekommen soll und wann eine leichte Gesundheitsstörung gegeben ist, — die wird man uns zuzuschleben versuchen. Wir sind uns, glaube ich, elle darüber einig, daß das für uns in der freien Praxis unzumutbar ist und wir eine solche Regelung unter allen Umständen eblehnen müssen. Es besteht euch auf der Bundesebene in dieser Frage, glaube ich, völlige Einigkeit. Ich hoffe nur, daß der Wille zur Ablehnung euch dann so stark bleibt, wie er jetzt ist, wenn wir plötzlich mit dem Vertrag, der hier geschlossen werden muß, konfrontiert werden.

Einbeziehung der freien Heilfürsorge — nein!

Wenn ich das sage, tue ich das nicht ohne Grund; denn es gibt noch eine andere heiße Frage: Durch das KVKG wird euch eine Personengruppe in die kessenärztliche Versorgung einbezogen, die bisher noch nach freien Verträgen behandelt wurde: Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Polizel, Zivildienstleistende. Da gibt es Verträge, die teilweise von freien Verbänden geschlossen sind. Andere hat in Nebenfunktion die KV. Aber immer handelt es sich um frele Verträge, die mit kassenärztlicher Versorgung gar nichts zu tun haben.

Des Gesetz bezieht diese Personengruppen in die kassenärztliche Versorgung ein, und sie müssen zu Sätzen der AOK behandelt werden. Solange die Verträge mehr bringen, will man sie zwar nicht aufkündigen, aber dann wachsen die Honorare hinein. Das heißt, die Obergrenze wurde eingefroren. Wir waren uns darüber einig, daß diese Bestimmung von uns als verfassungswidrig anzusehen ist, weil hier in unsere Vertragsfreiheit und auch in die Vertragsfreiheit der betreffenden Personengruppen eingegriffen wird. Wir haben uns daher entschlossen, dagegen eine Verfassungsklage einzureichen.

Die nächsten Ziele der Strukturveränderer

Zur Dokumentation der weiteren Zieisetzung im Bereich der Krankenversicherung eine Anmerkung: Es wird jetzt über ein neues Apothekengesetz gesprochen. In der Stellungnahme des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen kenn man dazu folgendes iesen:

1. Die Versorgung von embulanten Patienten durch die Krankenhausapotheken soll nicht eingeschränkt werden. Der Ausschluß der Krankenhausapotheke von der Wehlfreiheit sei unbegründet und müsse letztlich von dem Versicherten durch die höhere Kostenstruktur der Privatapotheken finanziert werden.

2. Den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung soll das Recht eingeräumt werden, selber Apotheken als Eigeneinrichtungen zu betreiben.

Das sind unmißverständliche Forderungen! Man will dieses System voll in den Griff bekommen und in jeder Hinsicht die freiberufliche Ausübung der Heilkunde, sei es im ärztlichen, sei es im Apothekenbereich, wenn auch nicht beseitigen, so doch selber derart steuern, daß letzten Endes alle Entscheidungen in der Krankenversicherung und nicht mehr in der ärztlichen Selbstverwaltung fallen.

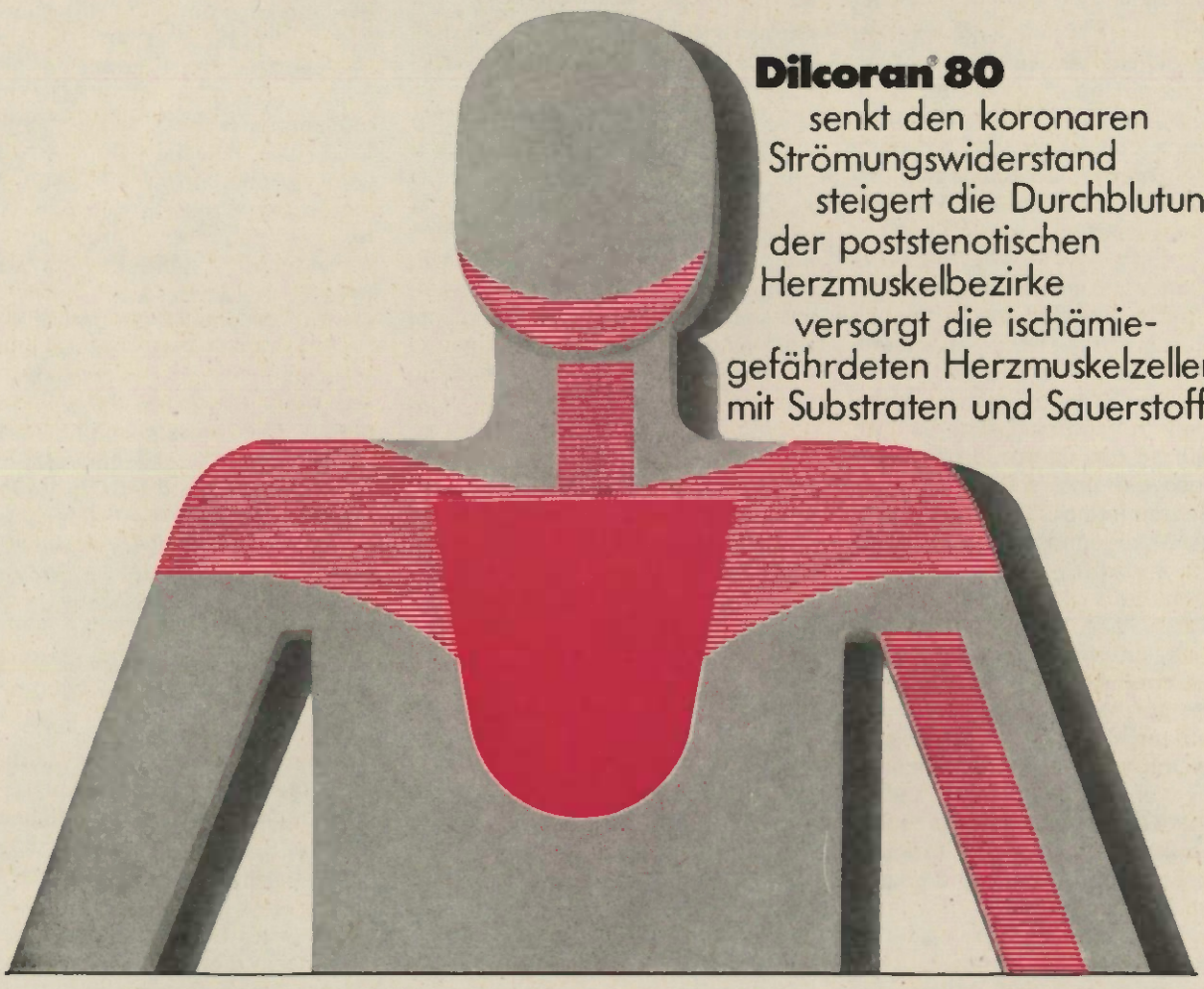
Gemeinsame Nutzung teurer Einrichtungen — ein Gebot der Zukunft

Ich möchte zum Schluß noch auf eine Frage zu sprechen kommen, die Bedeutung hat für die zukünftige Entwicklung. Die Frage nach Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften wird sich in der nächsten Zeit noch deutlicher stellen als bisher. Ich würde sagen, bisher waren es Versuche, waren es Zusammenschlüsse aus Gründen der Vereinfachung, der Kostenersparnis, ohne daß der Druck von der Kostenseite her bereits so stark war. Das wird sich ändern.

In dem neuen Bewertungsmaßstab/ Ärzte werden die medizintechnischen Leistungen generell sehr stark gedrückt werden. Auf dem Laborsektor ist es bereits geschehen. Man steht, wes die Laborleistungen anbelangt, auf dem Standpunkt, daß eigentlich mehr als die technischen Unkosten nicht bezahlt werden darf. Das sei eine reine Fabrikationsleistung. Wieweit wir in den Verhandlungen kommen werden, wird sich zeigen.

Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale
verursachen pektanginöse Beschwerden.



Dilcoran® 80
senkt den koronaren Strömungswiderstand
steigert die Durchblutung der poststenotischen Herzmuskelbezirke
versorgt die ischämiegefährdeten Herzmuskelzellen mit Substraten und Sauerstoff

Das zuverlässige Langzeit-Nitrat

Dilcoran® 80

nimmt Ihren Koronarpatienten die Angst vor dem neuen Tag

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

473/0 - Febr. 77

Jedenfalls glaube ich, daß sich die Kollegen Gedanken darüber machen sollten, ob es nicht in vielen Fällen Möglichkeiten gibt, aufwendige Investitionen und Betriebskosten dadurch zu sparen, daß mehrere gemeinsam Einrichtungen benützen, die einer allein nicht mehr auslasten kann. Ich sage das deshalb, weil ich aus jahrelanger Überlegung heraus zu der Überzeugung gelangt bin, daß die medizinische Technik, die man ja aus der Kassenpraxis eliminieren will, für uns Kassenärzte nur gerettet werden kann, wenn wir uns zu solchen Kooperationsformen entschließen. Das sollte ganz nüchtern ohne Bezug auf Personen und ohne Emotion von uns diskutiert werden.

Natürlich müssen wir gewisse Normen auch hier beachten, die uns zum Teil durch die Rechtssprechung gesetzt wurden. Es gibt inzwischen Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesfinanzhofes, in denen festgelegt wurde, daß Großlaborgemeinschaften nicht mehr dem Bereich der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit zugeordnet werden können und deshalb große Laborgemeinschaften, selbst wenn die Eigentümer dieser Laborgemeinschaften freiberufliche Ärzte sind, sowohl der Gewerbesteuer wie der Umsatzsteuer unterliegen. Man muß die Auswirkungen auch hier prüfen und versuchen, Wege zu finden, die nach Möglichkeit die Erbringung medizinischer Leistungen im Bereich der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit unter der Verantwortung des einzelnen Arztes belassen.

Das Bundessozialgericht hat sich mit dieser Frage in einem Musterprozeß, den wir von Bayern aus führten, befaßt und erklärt, daß Hilfeleistungen, also die Mitwirkung von ärztlichem Assistenzpersonal, zur ärztlichen Behandlung gerechnet werden können, „wenn der Arzt verantwortlich an dieser Hilfsleistung durch eine, je nach Lage des Falles, mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung der Hilfspersonen mitgewirkt hat". Das ist eine ganz klare Definition der persönlichen Leistungserbringung des Kassenarztes hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Assistenzpersonal. Daran sollten wir uns meines Erachtens orientieren.

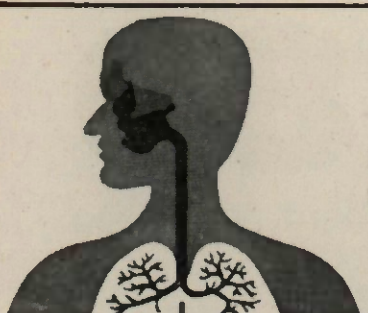
Ich gebe das heute als Anregung und meine, wir sollten in der nächsten Zeit diesen Fragen unsere Aufmerksamkeit zuwenden; denn sonst wird eines Tages die Bestimmung des KVKG wirksam, in der man die Kassenärztlichen Vereinigungen fast gezwungen hat, von sich aus so etwas wie ein MTZ zu errichten, indem es heißt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Gemeinschaftseinrichtungen schaffen, aus denen die Kassenärzte medizintechnische Leistungen „beziehen" – nicht „erbringen" – können. Ich glaube, dieser Unterschied zwischen „erbringen" und „beziehen" sollte uns beschäftigen.

Alles, was dahin führt, daß die Kassenpraxis medizinisch verarmt, alles, was dazu führt, daß letzten Endes der freipraktizierende Arzt nur ein Satellit medizinischer Zentren ist, wodurch ihm die Möglichkeit genommen wird, seinen Beruf so auszuüben, wie er es gelernt hat, und wie er es nach seiner Neigung und nach seinem Gewissen tun möchte, all das sollten wir so lange verhindern, als es in unseren Kräften steht.

Nicht resignieren!

Wir dürfen alles tun – nur nicht resignieren! Wir müssen uns bemühen, eine Entwicklung aufzuhalten, die erwiesenermaßen in anderen Ländern bereits zu einer entscheidenden Verschlechterung der ärztlichen Versorgung geführt hat. Wir müssen versuchen, das persönliche Verhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten vor einer Anonymisierung zu retten, wie sie auch bei uns beginnen würde und wie sie in anderen Ländern bereits eingesetzt hat, wo sich inzwischen als Regulativ dafür ein grauer Markt ärztlicher Leistungen entwickelt hat. Wo es längst Usus geworden ist, daß der Patient dem im Ambulatorium tätigen Arzt noch schnell zwischen Tür und Angel fragt: Könnte ich nicht heute Abend um 7 Uhr zu Ihnen in die Wohnung kommen? Ich zahle es gern und privat. Dieser graue Markt einer ärztlichen Versorgung ist kennzeichnend für ein System, in dem die persönliche Würde und die Freiheit der Entscheidung des Patienten und des Arztes zugrunde gegangen sind.

Wir sollten uns, wenn wir eines Tages das Werkzeug aus der Hand legen, sei es in der Standespolitik oder in der eigenen Praxis, wenigstens sagen können, daß wir mit letzter Kraft alles getan haben, um eine solche Entwicklung zu verhindern. Dem dienen auch, glaube ich, unsere Beratungen hier.



SEKRETOLYTIKUM
bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humida, Ozaene, Tubenkatarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,8 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,8 g = 1 Dragée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dragées, Kinder 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Dragée. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 6,35, OP mit 60 Dragées DM 8,35, OP mit 240 Dragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Bemühungen um den Nachwuchs

Vizepräsident Dr. H. Braun

Wie Sie wissen, richteten wir bei der Bayerischen Landesärztekammer schon Ende 1972, nämlich nach dem Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung vom Oktober 1970, die em 1. Oktober 1972 in Kraft getreten ist, eine Famulatur-Vermittlungsstelle ein. Da damals nur die niedergelassenen Allgemeinärzte berechtigt waren, Famuli auszubilden, haben wir alle niedergelassenen Allgemeinärzte und praktischen Ärzte Bayerns angeschrieben mit der Bitte, sich für diese Aufgabe zur Verfügung zu stellen. Nach mehreren Aufrufen im „Bayerischen Ärzteblatt" und auch nach mehreren persönlichen Anschreiben hatten wir eine stattliche Zahl von rund 400 solcher Praxen erfaßt.

Da im übrigen Bundesgebiet auf diesem Sektor sehr wenig bis gar nichts geschah, sah sich die Bundesregierung vor zwei Jahren veranlaßt, die Approbationsordnung insoweit wieder zu ändern, als alle niedergelassenen Ärzte, also auch die Fachärzte, berechtigt wurden, Famuli auszubilden.

Zentrale Famulatur-Vermittlungsstelle

Wir haben in Bayern derzeit rund 750 niedergelassene Ärzte und darunter ungefähr 570 bis 580 Allgemeinärzte und praktische Ärzte, die eine Famulaturstelle enbieten. Das ist eine beachtliche Zahl. Die gibt es in keiner Landesärztekammer. Da jedoch bisher die Femulaturvermittlung an unsere Vertretervermittlungsstelle gekoppelt wer, konnten wir aus Gründen der Überlastung anfragenden Studenten — dies waren im Jahr 1000 bis 1200 — nur die Adressen mehrerer Ärzte in die Hand geben, bei denen sie sich selbst um eine Famulatur bemühen mußten. Dieses System war für alle Beteiligten, für die Landesärztekammer, für die Famuli-Väter und für die Studenten mit großen Mühen verbunden und unbefriedigend. Viele Studenten bemühten sich auch ohne Einschaltung unserer Famulaturvermittlungsstelle selbst um Famulaturstellen. So konnte es geschehen, daß sie beim Nachfragen aufgrund der ihnen übergebenen Adressen Antworten bekamen wie: Ich habe bereits einen Famulus — ich bin in dieser Zeit im Urlaub — ich habe in diesem Jahr bereits einen Famulus gehabt — und andere Antworten. Für uns war dies ebenfalls sehr schwierig, weil wir nur in den seltensten Fällen eine Rückmeldung bekamen und daher nie wußten, welche der vermittelten Famulaturen wirklich angetreten und ebgeleistet worden sind.

Dies bewog den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer vor einem Jahr zu dem Beschluß, bei der Bayerischen Landesärztekemmer eine feste zentrale Femulatur-Vermittlungsstelle einzurichten, die über einen eigenen Raum und über eine eigene Sekretärin verfügt. Außerdem wird diese Dienststelle von einem jungen Kollegen geleitet. Es ist der Herr Kollege Homann eus der Klinik von Professor Hecker, der schon Jahre hindurch in der Famulatur-Vermittlung an anderer Stelle, nämlich beim perimed-Verlag (im Zusammenhang mit der Zeitschrift „Medizinstudent") große Erfahrungen erworben hatte.

Die zentrale Femulatur-Vermittlungsstelle läuft nun voll seit dem 1. März dieses Jahres. Es wurden Erhebungsbögen für den Femulus-„Vater" und für den Famulanten entwickelt. In einem Orientierungsbogen wird beim Arzt erfragt, über welche Praxisstruktur und Einrichtung er verfügt, wieviel Personal er beschäftigt und welche Wünsche er an die Person des Famulus hat. Für den Famulus wird gefragt, wann und in welcher Gegend, in einer wie gearteten Praxis usw. er die Famulatur ableisten will. Aufgrund dieser Unterlagen und nach telefonischen Absprachen wird jetzt jeder Famulus in einer bestimmten Praxis fest vermittelt. Anhand eines Dokumentationsbogens, den der Famulus nach abgeleisteter Famulatur an unsere Famulatur-Vermittlungsstelle zurückleitet, beantwortet der Famulus, ob und wo er die Famulatur abgeleistet hat, in welcher Zeit, womit er beschäftigt war, welches sein Berufsziel war und ob sich dieses Berufsziel durch die Famulatur verändert hat — eine sehr wichtige Frage für uns —, gerade dann, wenn die Famulatur in der Allgemeinmedizin abgeleistet wurde. Diesen Dokumentationsbogen werden wir auswerten.

Neufassung der Approbationsordnung

Wir haben also jetzt eine Dokumentationsmöglichkeit, mit der ich Ihnen in einem Jahr die verschiedensten und zuverlässigen Daten über die Effizienz der Famulatur vortragen kann. Wir liegen damit weit an der Spitze aller Ärztekammern im Bundesgebiet.

Im übrigen wird demnächst eine Änderung der Approbationsordnung erwartet, mit der die Famulatur von zwei Moneten auf drei Monate ausgedehnt werden soll. Derin wird auch die Krankenhaus-Famulatur wieder enthalten sein. Vor wenigen Wochen war ich gerade wegen der Famulatur bei einer Anhörung im Bundesgesundheitsministerium. Im Entwurf der Bundesregierung steht, daß von diesen drei Monaten der Famulatur zwei Monate pflichtmäßig im Krankenhaus ebgeleistet werden sollen und ein Monat zur freien Wahl steht. Da stehen zur Auswahl an erster Selle der öffentliche Gesundheitsdienst, die Arbeitsmedizin, die Sozialmedizin, der betriebsärztliche Dienst, die Bundeswehr und dann ganz klein: „oder in einer freien Praxis". Und dann folgt die Pflichtfamulatur: zwei Monate lang in einem Krankenhaus.



Niederbayerische Delegierte

Ich habe mich beim Ministerium sehr energisch dafür eingesetzt, daß die Famulatur auf drei Monate verlängert wird, das Verhältnis aber auf jeden Fall umzudrehen und höchstens einen Monat Pflichtfamulatur im Krankenhaus zu verlangen und die übrigen zwei Monate so zu belassen, wie es bisher ist, nämlich in der Praxis oder in einer öffentlichen Gesundheitsdienststelle. Deshalb nämlich, weil mit der Konzeption, wie sie jetzt vorliegt, das Anliegen der Famulatur von damals (1970), als die Approbationsordnung neu erlassen worden ist, einfach auf den Kopf gestellt würde. Damals hat man nur die Allgemeinmedizin als Famuleturstelle gewollt, weil man wollte, daß der junge Medizinstudent mit den Tatsachen der Allgemeinmedizin konfrontiert wird, den Patienten, den er ja im Praktischen Jahr ein ganzes Jahr lang in der Klinik kennenlernt, in der Famulatur gerade bei Hausbesuchen in seinem Milieu kennenlernen soll: die familiären Verhältnisse, sozialen Umstände, die Arbeitsbedingungen des Patienten und das Leben des Patienten in seiner Umgebung. Außerdem soll er die Möglichkeiten kennenlernen, die der Allgemeinarzt hat, mit dem Spektrum, das in der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin niedergelegt ist. Natürlich wird damit verbunden, daß der Student mit diesem Kennenlernen vielleicht motiviert wird, daß er sich später doch der Allgemeinmedizin — was so dringend notwendig wäre — zuwendet.

Förderung des Nechwuchses an Allgemeinmedizinern

Ich kann Ihnen auch dazu eus der Erfahrung berichten. Ich selbst habe jetzt vielleicht 25 Famuli in meiner Praxis beschäftigt, alle Monate in den Ferien habe ich Famuli gehabt. Alle diese Famulanten haben — ich glaube, ohne eine Ausnahme, wenn ich mich nicht täusche — erklärt, daß sie keine Ahnung hatten, was die Allgemeinpraxis überhaupt ist, was Allgemeinmedizin überhaupt bedeutet, was dort geleistet wird, und daß das ein sehr erstrebenswertes Berufsziel ist. Viele von ihnen haben gesagt: ich werde auf jeden Fall Allgemeinarzt, und ein ganz großer Teil hat sogar gesagt — und zwar euf dem Land. Das ist ein sehr wesentlicher Grund, warum man die Famulatur in der Allgemeinmedizin auf jeden Fall befürworten und schwergewichtig behandeln muß.

Das zweite Problem, mit dem wir uns Intensiv beschäftigt haben, ist die Weiterbildung zum Allgemeinarzt. Auch hier war es zuerst mühsam, die nötige Zahl von Allgemeinärzten zu finden, die bereit waren, in ihren Praxen Weiterbildungsassistenten aufzunehmen. Nachdem wir alle die wieder ausgesondert haben, die sich zwar bei uns für diese Aufgabe gemeldet hatten, aber, wie sich später herausstellte, nur einen einzigen jungen Kollegen (z. B. den Sohn, die Schwiegertochter oder sonst jemand aus der Verwandtschaft) weiterbilden, verfügen wir jetzt über 220 Allgemeinärzte, die generell die Ermächtigung für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin in Bayern besitzen.

Es ist außerordentlich erfreulich, daß im Berichtszeitreum erstmals in Beyern die Zahl der Anerkennungen als Allgemeinarzt an zweiter Stelle hinter der Anerkennung als Internist liegt. Im Berichtszeitraum wurden 151 Urkunden für Internisten und 95 Urkunden für Allgemeinärzte eusgegeben, und dann kommen erst viel später die übrigen Fachgebiete. Wir hoffen, daß sich dies in Zukunft noch weiter verbessert; denn in der Ärztestatistik von Bayern („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1114) ist es leider Gottes immer noch so, daß bei den Kassenzulassungen die Steigerung der Zahl der Allgemeinärzte nur unbedeutend ist: nämlich von 1973 auf 1977 von 5009 auf 5055. Das sind ganze 46 zusätzliche Allgemeinärzte und praktische Ärzte in der Kassenpraxis.

Das hat dazu geführt, daß wir am 30. Juni 1977 52,67 Prozent Fechärzte und nur 47,3 Prozent Allgemeinärzte in der Kassenpraxis hatten. Aber eines muß man dazu bedenken. Dieses kleine Plus von 46 Allgemeinärzten ist nicht der absolute Zuwachs an Neuzulassungen von Allgemeinmedizinern, sondern von dem tatsächlich viel größeren Zuwachs müssen Sie die vielen Kollegen ebrechnen, die in der Zwischenzeit ihre Praxis beendet haben, weil sie wegen der besseren Situation in der Arztversorgung in der Lage sind, früher zu gehen. Und da die Überalterungsquote gerade in der Allgemeinmedizin hoch war, war das bei den Allgemeinärzten und praktischen Ärzten in Bayern eine sehr große Zahl, so daß der Nachschub an Jungzugelassenen eben nicht eusgereicht hat, um eine noch höhere Zahl an Allgemeinärzten und praktischen Ärzten in Bayern zu erzielen.

Vereinbarung mit den Krankenhäusern über Rotationsstellen

Die Vorstände der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundes-

Strophanthin macht seinen Weg



NEUE DARREICHUNGS-FORM

Strodival® perlingual

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

Strodival® mr magensaftresistent

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

Zusammensetzung: Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmyocardschäden. **Kontreindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrioventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger i. v. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1–2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2–3 Kapseln zerbeissen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich 1–2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,05 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 16,10 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 54,50 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,45 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 17,20 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 58,25 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG, Wiesbaden

vereinigung, des Berufsverbandes der praktischen Ärzte und der Ärzte für Allgemeinmedizin, des Hartmannbundes, des Marburger Bundes, des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte und des NAV haben im letzten Jahr zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Empfehlungen vereinbert (ich war für den Hartmannbund damals auch beteiligt), nach denen in den Krankenhäusern für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin Rotationsstellen geschaffen werden sollen.

Wir haben im Frühjahr dieses Jahres in Bayern mit allen beteiligten Verbänden ein ähnliches Gespräch geführt und dabei völlige Übereinstimmung erzielt. Das Ergebnis ist, daß nun ein Schreiben an alle Krankenhausträger, ärztlichen Direktoren und Chefärzte versandt wird, das von dem Präsidenten bzw. Vorsitzenden dieser Gesprächspartner auf bayerischer Ebene unterschrieben ist. Wir hoffen, dadurch den in den letzten Jahren sprunghaft engestiegenen Trend zur fachärztlichen Weiterbildung bremsen zu können, um dem Bedarf entsprechend mehr Allgemeinärzte für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung stellen zu können.

Niederlassungsberatung — Eine „Epidemie" der Niederlassungen?

In den letzten Monaten ist unter den jungen Klinikassistenten eine Epidemie — ich kann es nicht mehr enders nennen — ausgebrochen: Kündigt eure Assistentenstelle so schnell wie möglich, damit ihr euch vor dem 1. Januar 1978 niederlassen könnt. Denn angeblich soll nach dem KVWG — Sie wissen, daß es den Bedarfsplan enthält —, das im Januar dieses Jahres in Kraft getreten ist, nach dem 1. Januar 1978 keine freie Kassenzulassung mehr möglich sein, sondern nur mehr im Rahmen des Bedarfsplanes. Es sollen dann angeblich Zulassungsbezirke gesperrt werden, und alle diese Dinge. In Landshut z. B. haben em Städtischen Krankenhaus in einer Woche zwölf Assistenten gekündigt. Zum Teil haben junge Kollegen, die es gar nicht mehr weit bis zu ihrer Facharztweiterbildung hatten, ihre Weiterbildung abgebrochen, um sich als Praktiker niederzulassen, bloß damit sie schnell zu ihrer Praxis kommen.

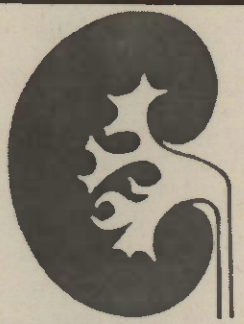
Torschlußpanik unberechtigt

Das ist etwas Irrsinniges, wo ja — das wissen Sie alle — das KVWG mit dem Bedarfsplan doch den Bedarfsplan erst als ultima ratio anwenden läßt. Wenn es unterversorgte Gebiete gäbe — die gibt es bestimmt nicht mehr —, die trotz eller anderen Maßnahmen nicht zu versorgen sind, erst dann dürfte nach dem Bedarfsplan und nur nach dem Bedarfsplan zugelassen werden. Ich möchte Sie also sehr bitten, den jungen Kollegen draußen eine Beruhigungsspritze zu verpassen, damit diese Hektik aufhört.

Ich erfahre jetzt bereits aus den Krankenhäusern, z. B. von einem internistischen Chef, daß er dringend zwei Oberärzte braucht, weil ihm beide Oberärzte in diesem Sommer weggelaufen sind. Er war bei allen großen Universitätskliniken in Bayern, er ist bei den Ordinerien vorstellig geworden, weil er einen Oberarzt gebraucht hätte: und die haben ihm alle gesagt: Es tut mir furchtbar leid, Herr Kollege, ich kann Ihnen keinen geben; denn auch in meiner Klinik gehen jetzt alle heraus mit Ausnahme derer, die sich habilitieren wollen; die bleiben noch da.

Finanziell nicht übernehmen!

In dieser Situation der hektischen Niederlassung hat sich gerade bei Internisten (die gibt es ja leider Gottes in so großer Zahl in der letzten Zeit und immer mehr und mehr) eine Situation herausgebildet, die gefährlich wird: Es gibt jetzt viele junge Kollegen, die sich bei ihrer Niederlassung und bei ihrer Kessenzulassung wirtschaftlich übernehmen. Es ist keine Seltenheit mehr, daß sich junge Internisten selbst in Ballungszentren wie München (bei diesem großen Konkurrenzangebot!) mit einer Investition von einer Million DM und mehr niederlassen. Ich sehe den Zeitpunkt nächstes oder übernächstes Jahr kommen, wo wir wieder ein Überangebot an internistischen Oberärzten haben — von Ärzten, die in der Praxis pleite gemacht haben und wieder in die Klinik hineingehen werden. Ich würde sehr dafür sein, daß Sie elle aufklärend wirken, daß man doch in einem so stark in Konkurrenz stehenden Fach wie der Inneren Medizin doch den jüngeren Kollegen rät, mit Maß und Ziel ihre Praxis zu eröffnen und sich nicht gleich in enorme Schulden hineinzustürzen. Das würde sicher auch für unsere ärztliche Versorgung nicht nützlich sein.



NEPHROLOGIKUM
zur risikolosen
Langzeittherapie
von NEPHROPATHIEN

Canephron®

Indikationen: Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwengerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. · **Kontreindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. · **Zusammensetzung:** 100 g enthelten 29 g Mazerat aus: Herb. Centeur. 0,8 g, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 1,0 g, Rad. Levistic. 0,8 g, Fol. Rosmerin. 0,8 g - 1 Oragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbet. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. · **Dosierung:** Erwachsene erhelten 3mal täglich 1 Teelöffet voll oder 2 Oragées, Schulkinder 3mal täglich ½ Teelöffet oder 1 Oragée, Kleinkinder 3mel täglich 25 Tropten, Säuglinge 3mal täglich 15 Tropfen, jeweils nach dem Essen; zur Langzeitbehendlung über mindestens 12 Wochen. · **Hendelsformen:** Canephron OP mit 100 ml OM 8,35, OP mit 60 Oragées OM 8,35, OP mit 240 Oregées OM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Verantwortung für die langfristige Sicherung der Ärzteversorgung

Dr. K. D e h l e r , Nürnberg, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung

Ich bin sehr dankbar, daß ich als Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung wiederum über die nicht spektakuläre, stille Arbeit der Selbstverwaltungsorgane und der Verwaltung berichten darf, allerdings auch über unsere Sorgen. Diese Arbeit ist eine hochverantwortliche. Wir betreuen 32 000 aktive Mitglieder, 11 000 Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige, also eine Bevölkerung, die schon der Einwohnerschaft einer Großstadt gleichkommt. Wir verwalten ein Rücklagevermögen von 2,2 Milliarden Deutsche Mark und jährliche Beiträge, die die Höhe von 300 Millionen DM erreicht haben.

Die Arbeit der Selbstverwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung ist rechtlich etwas problematisch und schwierig; denn nach dem Versicherungsgesetz aus dem Jahr 1923 besteht an sich nur die Versicherungskammer als verwaltende Institution. Was die Selbstverwaltung sich an Kompetenz, Einfluß und Einwirkungsmöglichkeit durch Sachverstand und kontinuierliche Mitarbeit, ich möchte sagen ertrotzt hat, begann erst unter der Ägide des Herrn Kollegen Sewering und findet jetzt die Fortsetzung (wobei die Tatsache, daß mich persönlich mit dem Leiter der Anstalt, dem Leitenden Regierungsdirektor Herrn Walter Albrecht, eine enge persönliche Freundschaft verbindet, sicher durchaus befruchtend ist). In diesem Verwaltungsausschuß – vier Ärzte, darunter ein Angestellter, zwei Zahnärzte und ein Tierarzt – ist so viel kooperativer Sachverstand angewachsen, daß es hier kaum kontroverse Entscheidungen gibt.

Ich habe zu berichten über eine weitere erfreuliche Entwicklung der Anstalt und muß Ihnen berichten über zunehmende Gefahren aus der Politik, die durchaus geeignet sind, die Existenz dieser Anstalt zu bedrohen.

Leistungsverbesserungen – solide finanziert

Ich habe Ihnen vor einem Jahr gesagt, daß die Voraussetzung zu weiteren Leistungsverbesserungen das Abgehen vom bisherigen offenen Deckungsplanverfahren hin zu einem neuen Verfahren ist, das Rechnungsgrundlagen zweiter Ordnung benutzt. Notwendig war ein sogenannter Säkulartrend, d. h. eine kontinuierliche Mehrung des Beitragseinganges um etwa acht Prozent jährlich. Ich freue mich, Ihnen berichten zu können, daß im Verhältnis von 1975 zu 1976 bei einer Mehrung der Gesamtmitgliederzahl von 3,9 Prozent die Mehrung des Beitragseinganges 17,41 Prozent betrug, d. h., daß das Soll von acht Prozent erfreulich und weit überschritten wurde.

Für alle Ängstlichen möchte ich sagen, daß sehr ausgedehnte versicherungsmathematische Berechnungen ergeben haben, daß bei Beibehaltung des Leistungsplanes, wie wir ihn im Augenblick haben, für alle aktiven Mitglieder der Anstalt die Sicherung ihrer jetzigen oder späteren Rentenerwartungen bis zum Jahr 2030, nach neuesten Rechnungen bis zum Jahr 2050 im vollen Umfang gesichert ist und hier keine Sorgen bestehen. Das Jahr 2030 bedeutet plus 53 Jahre zu unserem jeweiligen persönlichen Lebensalter, das Jahr 2050 plus 73 Jahre. Ich fürchte, daß nur die wenigsten in diesem Saal persönlich erleben können, ob sich diese Aussage auch im vollen Umfang bewahrheitet.

Wesentliche Leistungsverbesserungen konnten zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft gesetzt werden. Die Frühinvaliditäts-Höchstleistung konnte von DM 18 000 auf DM 21 000 pro anno erhöht werden. Es können alle alten Frühinvaliditätsleistungen, also für vor dem 1. Januar 1958 eingewiesene Kollegen, auf DM 8800 Rentenleistung jährlich, die Witwenrenten auf DM 5200, die Waisenrenten auf nahezu DM 3000 erhöht werden. Es konnte eine Begrenzung des Kindergeldes bei kinderreichen Familien beseitigt werden. Es konnte – und das mag besonders wichtig sein – bei Kollegen, die jenseits des 65. Lebensjahres in den Rentenbezug eingewiesen wurden, die verlorene Spanne des jährlichen Kaufkraftschwundzuschlages ausgeglichen und damit eine nicht unbeträchtliche Erhöhung ihrer Altersruhegelder durchgeführt werden. Es konnte wiederum eine Kaufkraftschwund-Ausgleichszulage von 4,5 Prozent eingeräumt werden und es konnten alle Mitglieder durch eine umfassende Informationsschrift über den Stand und die Rechtsgrundlagen der Anstalt informiert werden.

Für dieses Jahr sind weitere Pläne in Arbeit. Die im letzten Jahr schon andiskutierte Verbesserung – insbesondere vom Marburger Bund gewünscht – der Frühinvaliditätsregelung hat nun langsam durchaus Konturen angenommen. Es wird in Zukunft, so wie die Beschlußorgane zustimmen, so sein, daß jeder junge Kollege, beginnend mit dem 25. Lebensjahr, linear bis zum 28. Lebensjahr einen Anspruch auf DM 21 000 Ruhegeld pro Jahr hat, das dann nach dem 28. Lebensjahr pro Jahr kontinuierlich um DM 770 reduziert wird und mit dem 55. Lebensjahr die Nullgrenze erreicht. Inzwischen aber sind durch persönliche Beitragsleistungen eigene Ansprüche angewachsen, die, wie Sie wissen, zu 20 Prozent als Ruhegeld verrentet werden und sich mit dem 55. Lebensjahr damit treffen. Das stellt also ein System dar, das einmal einen hohen Primärschutz, zum zweiten aber auch einen Anreiz gibt, frühzeitig hohe Eigenbeträge zu leisten (das ist wichtig für die versicherungsmathematische Situation) und zum dritten eine gute Anpassungsmöglichkeit an weitere sozialpolitische Entwicklungen hat.

Der Kreis der Pflichtmitglieder soll erweitert werden um Grundwehrdienstleistende, Ersatzdienstleistende und Wehrdienende, die als Ärzte



Oberpfälzische Delegierte

eingesetzt sind. Das ist ein Ausfluß einer zu erwartenden Novelle des Unterhaltssicherungsgesetztes, um für diese Kollegen die Verpflichtung des Bundes zu sofortigen hohen Zuschüssen zur Ärzteversorgung während dieser Dienstzeit zu sichern.

Vorziehung des Altersruhegeldes?

Wir diskutieren und prüfen eine mögliche Vorziehung des Altersruhegeldes vom 65. Lebensjahr vielleicht zurück auf das 62. Lebensjahr – auf Antrag – und natürlich mit nicht unerheblichen Rentenabschlägen. Sie wissen, die Satzung beinhaltet bis jetzt das Instrument der Weiterführung der Mitgliedschaft bis zum 67. Lebensjahr mit einem Beitragsbonus; entsprechend würde ein Beitragsmalus hinzunehmen sein. Ob das lohnt und ob das tatsächlich gewünscht wird, mag sich herausstellen.

Die ständig erhöhten Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung führen – und das muß ich bekennen – auch zu einer gewissen Umorientierung in der Erwartungshaltung der Kollegen. Ich darf Ihnen – um Zahlen zu nennen – mitteilen, daß bei den Neueinweisungen von Altersruhegeld in den Monaten vom Januar bis Juli dieses Jahres die durchschnittlichen Ruhegelder DM 2299,19 und die durchschnittlichen Berufsunfähigkeits-Frühinvaliditätsruhegelder DM 1840,10 betrugen. Somit – das sei hier eingeblendet – sind die durchschnittlichen neu eingewiesenen Ruhegelder nahezu doppelt so hoch wie die Höchstrenten, die aus der Angestelltenversicherung gegeben werden können.

Wenn ich als Beispiel den Juni 1977 herausgreife, so stelle ich fest: Unter 34 neueingewiesenen Altersruhegeldern lag das höchste bei DM 4807,40 pro Monat, elf von den 34 lagen deutlich über der 3000-Mark-Grenze. Das heißt, es stimmt: Die Bayerische Ärzteversorgung ist aus der Notgroschensituation bestimmt heraus und in die Ebene einer recht respektablen Vollversorgung hineingewachsen.

Wir haben uns auch alle niedrigen Ruhegelder angesehen – und die gibt es auch –, weil wir nach Gründen suchten, um herauszufinden, ob hier Leistungsplan, Politik oder Anstalt eine Schuld trugen, und kamen zum Ergebnis, daß in keinem einzigen Fall unser System der Versorgung Ursache für ein zu niedriges Ruhegeld ist, sondern daß es immer in der Person des Mitgliedes liegende Tatbestände sind, insbesondere diskontinuierliche Berufsausbildung, verspäteter Beginn der Berufstätigkeit oder, ich möchte so formulieren, mangelnder beruflicher Erfolg.

Diese hohen Ruhegelder führen natürlich manchmal auch zu Erwartungen oder zu Fehleinschätzungen der subjektiven Gesundheitssituation. Wir kommen zum Ergebnis, daß die Zahl vorzeitiger Anträge auf das Ruhegeld so groß ist und sie so zahlreich werden, daß eine gewisse Gefährdung des Leistungsplanes der Anstalt eintritt, die ja bekanntlich, im Gegensatz zu anderen Versorgungseinrichtungen, davon ausgeht, daß der Kollege in aller Regel sein berufliches Leben auch weiter voll ausschöpft und eben nicht vorzeitig in den Ruhestand geht.

Wir sahen uns daher auch im Interesse der Kollegen hinsichtlich der Objektivierung dieser Anträge genötigt, einen eigenen Gutachterdienst einzurichten, der mit Schwerpunkt in München und jeweils in Nürnberg und in der Pfalz durch ein Team erfahrener im Gutachterwesen schon bewanderter Kollegen – ein Internist, ein Chirurg, ein Orthopäde, ein Gynäkologe, ein Neurologe, für kleinere Fächer nach Bedarf zuzuziehen – dafür sorgen soll, daß eine Kontinuität in der Begutachtung und eine Gleichbehandlung auf jeden Fall gewährleistet ist.

Rehabilitationsanträge wurden seit dem 1. Januar 1976 im Verwaltungsausschuß 74 behandelt. 58, das heißt 79 Prozent, wurden positiv verbeschieden. Die hierfür verwandten Mittel waren insgesamt etwas über DM 50 000, gewiß nicht hoch – bezogen auf den Einzelfall sind es etwas über DM 870 – ,haben aber, davon konnten wir uns überzeugen, durchaus in jedem Einzelfall zu einem vernünftigen und guten Ergebnis geführt. Ich meine, daß das Vorhandensein des Instrumentes der Beihilfe zur Rehabilitation für die Kollegen eine positive Vergewisserung ist.

Darlehensvergabe und Bayern-Programm

Die Darlehenshingabe an Mitglieder ist auch eine wesentliche Aufgabe der Anstalt. Man kann statistisch sagen, daß nahezu jedes Mitglied der Anstalt mindestens einmal im Leben einen Darlehenswunsch an die Anstalt heranträgt. Die Zinsen konnten – ich will besser formulieren: mußten – zum 1. Januar von 6,75 auf 6,5

Prozent und zum 1. Juli von 6,5 auf 6,25 Prozent gesenkt werden. Ohne die Darlehenstätigkeit der Bayerischen Ärzteversorgung hätte es kaum ein erweitertes Bayern-Programm gegeben. Und wir freuen uns – das ist ein Novum –, jetzt auch mitteilen zu können, daß für die Mitglieder, die keine dingliche Sicherung (die bis dato ja die Grundlage zu einem Darlehen gewesen war, d. h. die Verpfändung von Grundbesitz) besitzen, nun durch Zusammenarbeit mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durch Zurverfügungstellung von Refinanzierungsmitteln die Möglichkeit geschaffen wurde, eine Kreditgewährung zu vernünftigen Positionen einzuräumen, so daß auch die Kollegen berücksichtigt werden können, die diese Kreditierung zum Praxisaufbau benötigen .

Die Verwaltung der Anstalt funktioniert nach innen und nach außen durchaus. Der Verwaltungskostensatz, der 1975 noch 2,64 Prozent betrug, ist nun auf 2,51 Prozent abgesunken. Meine Damen und Herren, das ist ungefähr ein Viertel bis ein Fünftel dessen, was vergleichbare Institutionen für ihre Verwaltung in Anspruch nehmen.

Der Übergang von der kameralen auf die kaufmännische doppelte Buchführung ist voll gelungen und zum ersten Mal konnte ein renommiertes privates Wirtschaftsprüfungsunternehmen einen uneingeschränkten Prüfvermerk geben. Das heißt, Sie können versichert sein, daß nicht nur rein zahlenmäßig, sondern auch hinsichtlich der kaufmännischen und der betriebswirtschaftlichen Handhabung die Anstalt in jeder Hinsicht up to date ist.

Lassen Sie mich zusammenfassen! Das Modell einer berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtung hat sich über ein halbes Jahrhundert voll bewährt. Es hat in den Krisenzeiten nach dem ersten Weltkrieg und insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg seine Existenzberechtigung dargetan. Dieses Modell wird allerorten in der Bundesrepublik Deutschland mehr oder weniger gut nachgeahmt. Der Leistungsplan ist von einem beispiellosen Ergebnis. Die Verrentung der von Ihnen bezahlten Beiträge ist über doppelt so hoch wie in der Sozialversicherung und der Leistungsplan kann, wenn keine politischen Einflüsse dazu kommen, wohl für alle Zukunft als gesichert bezeichnet werden.

Gefahren aus den Politik-Forderungen der IG-Metall

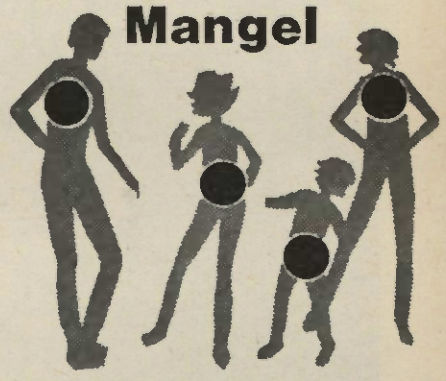
Nun aber komme ich zum zweiten Teil, nämlich zum großen Aber aus der Politik. Die Schubladenpläne zur Einbeziehung der Anstalt in eine imaginäre Volksversicherung bestehen seit über einem Jahrzehnt; sie sind uns wohlbekannt. In letzter Zeit ist aber für diese bis dato auf der Ebene mittlerer Parteiveranstaltungen oder unterer Gewerkschaftsinstitutionen diskutierten Pläne doch eine Konkretisierung der politischen Willensbildung erkennbar, die uns aufwecken muß. Die IG-Metall, die größte und linkeste DGB-Gewerkschaft hat vor wenigen Wochen auf ihrem Kongreß in Düsseldorf eine sozialpolitische Gesamtentschließung angenommen, die die Forderung nach einer „aktiven Sozialpolitik" beinhaltet. Zur Einstimmung will ich Ihnen vorlesen, was man dort über das „Krankheitskostendämpfungsgesetz" gesagt hat:

> Die IG-Metall stellt mit Empörung fest, daß ein Kampfbund, bestehend aus den ständischen Organisationen der Ärzteschaft, der pharmazeutischen Industrie, den Angestellten-Krankenkassen und den CDU/CSU-geführten Ländern im Bundesrat den schon in seinen Ansätzen unzureichenden Gesetzentwurf der Bundesregierung (die Rede ist vom KVKG; der Referent) noch weiter verwässert hat.

Nun kommt das Anspruchsprogramm zum Bereich der Volksversicherung: Man wünsche eine Versicherung mit dem Rentenalter des 60. Lebensjahres; man wünsche und fordert eine Rentenformel gleich 90 Prozent des letzten Nettoberufseinkommens. Man will, um das zu realisieren, eine Pflichtmitgliedschaft für alle Erwerbstätigen schaffen unter Einbeziehung bestehender Zusatzversorgungseinrichtungen in ein einheitliches System integrierter Gesamtversorgung. Man will eine einheitliche zentral geführte, dezentral organisierte, selbstverwaltete Bundesversicherungsanstalt.

Schon von der Terminologie her sind diese Termini technici mit den parallelen Forderungen zur weiteren

Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium-Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

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

Zusammensetzung: Dragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 6 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg. Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B_1-nitrat 2 mg, Vitamin B_2 3 mg, Vitamin-B_6-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.

50 Dragées 6,10 DM, 150 Dragées 15,30 DM · 3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13.45 DM · Konzentrat 20 Beutel 8,85 DM, 50 Beutel 19,95

VERLA-PHARM
8132 TUTZING



Oberfränkische Delegierte

Reform der Krankenversicherung signifikant: einheitliche Bundesinstitution, allgemeine Pflichtmitgliedschaft aller Bürger, Nivellierung des Leistungsplanes, Diktat gegenüber den sogenannten Leistungsbringern und Konfiszierung bestehender freiwilliger Institutionen.

Auch die SPD beginnt sich zu demaskieren. Der Parteitag im November in Hamburg, also in wenigen Wochen, soll ja das Gesundheitsprogramm beschließen – das ist Ihnen bekannt –, daneben aber auch Formulierungen für eine Gesamtreform der Altersversorgung treffen. Im „PPP", dem Politisch-Parlamentarischen Pressedienst der SPD, findet sich folgende Formulierung:

> Im Bereich der Altersversorgung tritt die SPD für eine Gesamtreform mit dem Ziel größerer Transparenz (das Wort haben wir heute auch schon gehört; der Referent) und Gerechtigkeit (das hören wir immer; der Referent) in und zwischen den einzelnen Versorgungssystemen ein.

Schritt zur Volksversorgung

Damit ist erstmals auf Spitzenebene und durch den Parteitag der Schritt zur Volksversorgung getan. Wenn man die Entwicklung der letzten fünf Jahre bei den Renten betrachtet, kann man jetzt retrospektiv durchaus erkennen, daß die hier formulierte Zielsetzung ganz klar in Einzelschritten verfolgt wurde. Rentenreform 1972, Öffnung der Rentenversicherung für Freiberufliche, angeblicher Schritt der Wiedergutmachung gegenüber einer bisher mißbehandelten Bevölkerungsgruppe, in Wirklichkeit Anlockung potentieller hoher Beitragszahler, Lockung mit Nachzahlung, Lockung mit Dynamisierung bei Erwerb der Pflichtversicherung, Anrechnung von Ausbildungszeiten bei Annahme der Pflichtversicherung.

Sehr viele, auch von Ihnen, sind dieser Lockung erlegen. Ende der Eintrittsfrist war der 31. Dezember 1974, und auf den Tag genau, mit dem 1. Januar 1975, begann die Debatte über die sogenannte Kappung zu hoher Renten, umverteilungsideologische Diskussionen, Pläne über Reduzierung oder Beseitigung der Dynamisierung, also eine klare Demontage gegebener Versprechungen. Die nun jüngst erlebte mit dem 20. Rentenanpassungsgesetz erfolgte Rentenreform 1977 brachte erstens einmal eine Versagung der als wesentlicher Eintrittsgrund empfundenen Krankenversicherung der Rentner für die Freiberufler, eine deutliche Reduzierung der Anrechnungsfähigkeit der Ausbildungszeiten um nahezu ein Drittel der möglichen Summen.

Der Deutsche Bundestag faßte eine Entschließung, mit der die Bundesregierung beauftragt wurde, zu prüfen, ob die Rentendynamik für freiwillige Mitglieder vom regelmäßigen Entrichten entsprechender Beiträge abhängig gemacht werden kann. Zu meinem Bedauern muß ich Ihnen sagen, daß diese Entschließung mit den Stimmen der Opposition, d. h. der CDU/CSU, gefaßt wurde.

Eine Strategie der Verteidigung suchen!

Der Weg zur Einheitsrente ist eingeschlagen. Die Rentenversicherungen beginnen, bei ihren Mitgliedern durch Versenden von Fragebögen sogenannte Mehrfachrentenbezieher zu erfassen. Wohin das gehen soll und wohin das führen soll, wissen wir ja alle. Nun, wir müssen eine Strategie der Verteidigung entwikkeln, und eine Verteidigung, die nicht defensiv sein kann, sondern die offensiv geführt werden muß.

Beim KVKG haben wir in den Monaten Januar bis Juni kennengelernt, wie es in der parlamentarischen Demokratie möglich ist, unter einer Demagogie ohnegleichen, die jede Vernunft hinwegschwemmt, einen parlamentarischen Blitzkrieg zu führen und mit Mehrheiten Gesetze zu entwickeln, in denen fast alles möglich ist. Wir sind und bleiben als Ärzte eine zahlenmäßig verschwindende Minderheit, wir meinen aber, daß es durchaus möglich ist, hier Freunde und Partner zu finden.

Ich bitte um Verständnis, daß ich Einzelfragen hier nicht in foro dartun, sondern Ihnen nur die großen Umrisse zeigen kann. Wir müssen der Öffentlichkeit bewußt machen, daß hier – und das ist eine Kalkulation gegenüber den Gefahren, die durch eine Exposition gegeben sind – eine kleine Gruppe ohne jeden Pfennig Staatszuschuß in der Lage ist, ihre eigenen Versorgungsaufgaben zu erfüllen. Wir müssen Freunde und Partner kennenlernen – die gibt es –, wir müssen Verbündete aus parallelen Institutionen aktivieren und wir müssen vor allem sehr gründlich die gegebenen Rechtsgarantien untersuchen.

Noch haben wir ein Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, das in seinem Artikel 14 vorschreibt:

> Das Eigentum und das Erbrecht werden gewährleistet. Eine Ent-

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden und laden Sie zu einem kleinen Quizspiel ein.

Böse Geister zwingen den Mann ins Wochenbett.



Unsere Quiz-Frage:

Aus der Medizin der Naturvölker kennen wir das ›Männerkindbett‹.
Welche Bedeutung hatte es?
Bitte kreuzen Sie im Coupon Ihre Meinung an.

Quellenhinweis:
Bildband Kunst + Medizin
Verlag M. Du Mont
Schauberg, Köln

Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer
und des Marburger Bundes
Generaldirektion
Leopoldstraße 24
8000 München 40

Ihr Quiz-Gewinn:

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine wertvolle Reproduktion des indischen Schutzdämons „Garuda".
Einsendeschluß: 15. 2. 1978
Rechtsweg ausgeschlossen.



Meiner Meinung nach versteht man unter ›Männerkindbett‹:
☐ Spezieller Ritus zur männlichen Geschlechtsbestimmung
☐ Dämonenvertreibender Brauch während der Schwangerschaft
☐ Zauberritual zur Verhütung von Kindbettfieber
☐ Zauberritual zur Behandlung von Impotenz

Adresse

KX2S

eignung ist nur zum Wohle der Allgemeinheit zulässig. Sie darf nur durch und aufgrund eines Gesetzes erfolgen, das Art und Ausmaß der Entschädigung regelt.

Es dürfte den Politikern sehr schwer fallen, darzutun, wo eine Enteignung zum Wohle der Allgemeinheit gegeben sein kann. Wir haben den Artikel 20 des Grundgesetzes, der vorschreibt:

> Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung an Gesetz und Recht gebunden. Gegen jeden, der es unternimmt, diese Ordnung zu beseitigen, haben alle Deutschen das Recht des Widerstandes, wenn andere Abhilfe nicht möglich ist.

Wir haben zwei Ordinarii in der Bundesrepublik Deutschland beauftragt, in umfassenden Rechtsgutachten alle Konsequenzen des Rechtsschutzes aus dem Artikel 14 und dem Artikel 20 des Grundgesetzes dahin abzuklopfen, welche Verteidigungslinien schon jetzt im Vorweggefecht und vor allem dann im Hauptkampf möglich sind. Die bis jetzt vorliegenden Vorergebnisse – ich freue mich, Ihnen das mitteilen zu können – sind hier durchaus positiv. So wenig die Mitglieder der Angestelltenversicherung irgendeine Rechtsgarantie gegenüber der Änderung oder Beseitigung der Anspruchserwartung für die Gruppe derer haben, die dieser Institution beitreten, so sicher ist es doch auch, daß Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes garantieren, daß es nicht möglich ist, vom Gesetzgeber her in Eigentumsrechte einzugreifen, wenn diese allein aus Eigenleistungen des einzelnen oder einer Gemeinschaft erarbeitet sind.

Es gilt, Freunde zu finden ...

Der zitierte Artikel 20, der den sogenannten Vertrauensschutz beinhaltet, läßt ähnliche Wertungen durchaus zu. Das allein wird uns natürlich nichts nützen. Es gilt, Freunde im Parlament zu finden, es gilt, kontinuierlich, rechtzeitig und unmittelbar alle Entwicklungen, Planungen und Vorlagen zu erkennen, um auf sie antworten zu können. Dazu ist es möglich, daß die Anstalt das notwendige Instrumentarium besitzt. Wir haben seit Jahr und Tag nun den Kampf mit der Versicherungskammer um eine eigene elektronische Datenverarbeitungsanlage zu führen, weil diese unmittelbar notwendig ist, um im ständigen Zugriff auf Tatbestände und Werte auf alle Aktionen in der Öffentlichkeit reagieren zu können. Wir brauchen eine ausreichende Zahl gut geschulter Mitarbeiter und wir brauchen vor allem den Bewegungsspielraum gegenüber dem Bereich der Politik und der Publizistik, ohne den Auseinandersetzungen nicht geführt werden können.

Die Bayerische Ärzteversorgung ist eingebettet in die Bayerische Versicherungskammer, und ich will wie im Vorjahr wiederholen, daß wir uns dort durchaus wohl fühlen, daß wir aber manchmal gern mehr Verständnis für die besonderen Gefährdungen und Schwierigkeiten unserer Situation gefunden hätten, als dies in der Gegenwart noch gegeben ist. Wir hoffen, daß sich dies im kommenden Jahr zu unserer Zufriedenheit ändert. Sollte dem nicht so sein, müßte in voller Verantwortlichkeit für die Aufgabenstellung und für die Zukunftsbedeutung auch zur Diskussion gestellt werden, ob die Normierung eines Versicherungsgesetzes aus dem Jahr 1923, die der Selbstverwaltung wenig, der Versicherungskammer aber nahezu alle Rechte zuerkennt, noch in die Zeit des Jahres 1978 paßt.

Ich bedauere, Ihnen offenbaren zu müssen, daß wir in einer neuen Kampffront Auseinandersetzungen führen müssen, in der Kampffront um die Bewahrung unserer gesetzlichen berufsständischen Altersversorgungseinrichtung. Es gibt im Deutschen den Satz „Viel Feind, viel Ehr". Der ist hier nicht zutreffend. Denn der Feind ist nahezu überall der gleiche. Wir müssen diese Auseinandersetzung gegen die politischen Kräfte führen, die glauben, daß man durch Gesetz den Menschen zwingen kann, glücklich zu sein, und daß der Mensch dann zufrieden wäre, wenn er in einem Einheitsbrei totaler Gleichmacherei aufgeht. Es geht uns hier im Kampf um die Eigenständigkeit und Eigenverwaltung unserer Anstalt, nicht um die Bewahrung, wie wir Franken sagen, eines „Hasengärtchens", sondern der Souveränität über die Art der Altersversorgung, die für die Ärzteschaft eine essentielle Voraussetzung zur Freiberuflichkeit ist.

Wenn es beim KVKG noch eine irgendwie vertretbare Argumentationsberechtigung auf der Seite der Reformer gegeben hätte, so gibt es sie hier nicht. Denn es stehen weder fremde Beitragsinteressen auf dem Spiel, noch kann von der Notwendigkeit einer Kostendämpfung geredet werden, noch besteht beim betroffenen Kreis der Mitglieder auch nur im mindesten der Hauch eines Wunsches nach gesetzlicher Änderung oder nach „Reformen".

Wir dürfen nicht zulassen, daß diese Anstalt, die durch die Solidarleistung dieses Berufsstandes 54 Jahre lang aufgebaut und zum Aufblühen und Gedeihen gebracht werden konnte, das Opfer von Reformisten und Ideologen wird. Wir, die wir für die Anstalt Verantwortung tragen, können zusagen, daß wir das Äußerste tun werden, die Auseinandersetzung, die man uns aufzwingt, zu führen.

Meine Bitte an Sie bleibt, sich des Ernstes der Situation auch in dieser Frage bewußt zu bleiben und allerorten dort, wo Sie Einfluß nehmen und meinungsbildend tätig sein können, darauf hinzuweisen, daß es ein Unding wäre, hier reformieren zu wollen, wo niemand eine Reform will.

RECORSAN®

RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor nervosum, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2 g, Valerian. 1,7 g, Tinct. Convall. 0,8 g, Castor. 0,6 g, Camph. 1,0 g, Menthol. 0,5 g, Nicotin. 0,155 g. · O.P. 30 g DM 5.65

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Berichte der Vorsitzenden der Ausschüsse

Mangelnde Erfahrungen mit dem kooperativen Belegarztwesen

Medizinaldirektor Dr. H. Birkner, Nürnberg, Krankenhausausschuß

Die im Berichtsjahr ausgeübte Tätigkeit des Krankenhausausschusses wurde bereits im Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer allen mitgeteilt („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1106 f). Wenn man darüber hinaus über diese Ausschußtätigkeit berichten soll, so ist zu sagen, daß sich der Krankenhausausschuß in einer Sitzung nach Erstellung des Geschäftsberichtes auch mit den vom 80. Deutschen Ärztetag in Saarbrücken gefaßten Entschließungen zum Krankenhauswesen, insbesondere auch mit den in den Ausschüssen erarbeiteten „Thesen zur Reform der Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in freier Praxis und im Krankenhaus" befaßt hat.

Als Quintessenz wurde in den darüber geführten Diskussionen die Meinung vertreten, daß man bei allen Überlegungen über die notwendige kollegiale Zusammenarbeit im Krankenhaus bis hin zur kollegialen Leitung eines Krankenhauses nicht übersehen darf, dem Krankenhausträger eine Führungsstruktur anzubieten, die eine eindeutige Verantwortlichkeit erkennen läßt. Diese Verantwortung in einer Person verlangt vor allem der kommunale Krankenhausträger und er wird dabei unterstützt von den Juristen. Ohne diese Voraussetzung wird es uns einfach nicht gelingen, den Krankenhausträger für neue Strukturreformen zu interessieren.

Ähnliches gilt auch für das *kooperative Belegarztwesen*. Das kooperative Belegarztwesen hat unbestritten große Vorteile. Denken wir an die verbesserte fachärztliche Versorgung der Patienten, an die damit ermöglichte ständige ärztliche Präsenz und an die kostensparende Patientenversorgung durch denselben Arzt im ambulanten und stationären Bereich. Es wird reibungslos funktionieren, wenn sich Kollegen zusammengefunden haben, die sich von ihrem Wesen her gut verstehen, daher zusammenpassen und von Idealismus getragen sind. Was aber geschieht, wenn diese Harmonie, aus welchen Gründen auch immer, gestört wird? Hierzu fehlen noch die erforderlichen Organisationsempfehlungen und rechtlichen Vertragsgrundlagen. Ein Gebiet, das dringend einer juristischen Erarbeitung bedarf. Leider sind auch immer noch zu wenig Erfahrungen mit dem kooperativen Belegarztwesen in entsprechenden Modellversuchen bekanntgeworden. Es ist dringend nötig, noch mehr Modellversuche zu starten.

Sorgen mit der Abgabenregelung

Noch größere Sorgen bereitet aber dabei die Abgabenregelung an den Krankenhausträger. Die Bemühungen um die Schaffung eines mittleren Pflegesatzes in Bayern sind bis heute noch nicht weitergekommen. Zur allgemeinen Erinnerung des Begriffes „mittlerer Pflegesatz": Vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung wurde dazu festgestellt:

> „Der Arztkostenabschlag (das ist die Differenz zwischen großem und kleinem Pflegesatz) entspricht grundsätzlich den Kosten des ärztlichen Dienstes, die bei der Behandlung von Patienten, die gesondert berechenbare ärztliche Leistung in Anspruch nehmen, anfallen."

Der Arztkostenabschlag wird also auf der Grundlage der entstehenden ärztlichen Personalkosten berechnet. Den Einnahmen aus der liquidationsberechtigten Tätigkeit der Ärzte liegt aber nicht eine Personalkostenberechnung, sondern die „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)" zugrunde. Diese gestattet zwar in einem gewissen Umfang, den Schwierigkeitsgrad einer ärztlichen Leistung zu berücksichtigen, nicht aber den Zeit- bzw. Personalaufwand. Gewisse ärztliche Grundleistungen im Krankenhaus, insbesondere eine 24-stündige durchgehende ärztliche Präsenz, läßt sich aufgrund der GOÄ überhaupt nicht in Rechnung stellen. Das heißt, der Arzt muß dem Krankenhausträger für ärztliche Leistungen Kosten erstatten, für die er vom Patienten kein Honorar erhalten kann. Dieser Tatsache wäre am besten durch die Einführung eines mittleren Pflegesatzes Rechnung zu tragen.

Ein neues Gesetz für die Krankenhäuser als Ergänzung zum Krankenhausfinanzierungsgesetz und zur Bundespflegesatzordnung soll in Vorbereitung sein, in dem diese Probleme gelöst werden sollen. Hoffentlich können wir danach das kooperative Belegarztwesen ebenfalls weiterhin vertreten. Wenn dieses neue Gesetz keine entscheidende finanzielle Verbesserung für den Belegarzt zur Folge hat, wird auf die Dauer dem Belegarzt die Existenzgrundlage entzogen.

Mit diesen und ähnlichen Problemen wird sich der Krankenhausausschuß auch weiterhin beschäftigen müssen.

Angebot und Nachfrage an Ärzten

Dr. K. P. Eilert, München, Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte

Als Nachfolger des Herrn Kollegen Dr. Bausch im Vorsitz des Ausschusses „Angestellte und beamteta Ärzte" habe ich die Ehre, die Ausschußarbeit des letzten Jahres zu vertreten. Der Nachfolger eines so kompetenten, ideenreichen und fleißigen Standespolitikers zu werden, der darüber hinaus über eine große Eloquenz verfügte, ist für mich eine gewisse Belastung, aber auch ein Ansporn.

Der Ausschuß tagte im Berichtsjahr insgesamt dreimal. Von den zahlreichen behandelten Themen möchte ich nur einige herausgreifen, bezüglich der Einzelheiten der Ausschußarbeit darf ich auf den Ihnen vorliegenden Geschäftsbericht 1976/77 der Bayerischen Landesärztekammer verweisen („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1109).

Eingehend befaßte sich der Ausschuß im Februar 1977 mit dem Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetz. Wir erhoben Bedenken gegen jegliche Plafondierung der Kosten, stimmten aber im Prinzip Tendenzen stärkerer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu. Als angestellte Ärzte befaßten wir uns besonders mit der vorgesehenen Ausweitung der Zulassung von Krankenhausfachärzten zur ambulanten Behandlung.

Wir kamen zu dem Schluß, daß die vorgesehena Ausweitung der Zulassung von Krankenhausärzten keinesfalls ein Mittel zur Kostendämpfung sein kann, da jede Aufgabenmehrung für den kostentreibenden Krankenhaussektor besonders kostenintensiv ist. Außerdem wiesen wir darauf hin, daß die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte so hoch ist, daß eine Steigerung zu weiterer Stellenvermehrung führen muß, wodurch sicher nicht Kosten gesenkt werden können. Nur nach genauer Prüfung der Bedürfnisfrage und im Einzelfall sollta die Zulassung von Krankenhausärzten ausschließlich für ihr Spezialgebiet erfolgen. Die Anstrengungen der Ärzteschaft in den letzten Jahren, einen besseren Informationsfluß zwischen Praxis und Krankenhaus zu gewährleisten, um z. B. unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden, sind ein sicher wichtigerer Faktor der Kostenersparnis als eine unnötige Ausweitung der Zulassung.

Kollegialstrukturen weiter fördern!

Ein Thema, das uns auch in diesem Jahr beschäftigte und künftig wieder beschäftigen wird, war die Einführung von Kollegialstrukturen an Krankenhäusern. Wie Sie wissen, wurden die Saarbrücker Beschlüsse des Marburger Bundes in der Substanz von mehreren Deutschen Ärztetagen übernommen und bereits in einigen Ländergesetzen verankert. Die Realisierung der Ideen kann aber nur in einem langwierigen Prozeß erfolgen, der von uns ständiges Bemühen erfordert, um in kleinen Schritten die von uns gewünschten Verbesserungen der Krankenhausstruktur herbeizuführen. Die uns bisher bekanntgewordenen Erfahrungen an Krankenhäusern, an denen neue Kollegialstrukturen eingeführt wurden, waren nach Anfangsschwierigkeiten so gut, daß wir unsere Anstrengungen in dieser Richtung noch verstärken sollten.

Herr Kollege Dr. Rusche, der seit Jahrzehnten als Arbeitsmediziner tätig ist, berichtete dem Ausschuß über die gesetzlichen und organisatorischen Entwicklungen in der Arbeitsmedizin der letzten Jahre. Der Ausschuß begrüßte vor allem die Entwicklung, daß überraschend viele niedergelassene Ärzte die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin" erwarben und so für zahlreiche Betriebe die wünschbare individuelle und intensiva Betreuung sicherstellen. Wir meinen, daß diese Entwicklung noch verstärkt werden sollte.

Überlegungen zur Nachwuchslage

Ausführlich befaßten wir uns mit den Problemen, die durch die immer größer werdende Zahl von deutschen Studienanfängern in der Medizin mittel- und langfristig auf uns zukommen werden. Ich halte das Thema für so wichtig, daß ich hier ausführlicher darauf eingehen möchte. Dabei werda ich einige persönliche Vorstellungen entwickeln, die noch nicht im Ausschuß diskutiert wurden. Meine Vorstellungen werden sicher nicht unwidersprochen bleiben. Ich möchte sogar sagen, Widerspruch soll provoziert werden. Ich glaube nämlich, daß die Nachwuchszahlen in der Medizin noch nicht ausreichend als Problem allgemein erkannt ist. Ich bitte Sie, meina Ausführungen als Denkanstoß aufzufassen und als ganz persönliche Meinung.

Im „Deutschen Ärzteblatt", Heft 16 vom 21. April 1977, wird vermutet, daß derzeit mindestens 9000, wenn nicht 10 000 Abiturienten mit dem Medizinstudium beginnen. Würde zu der Zahl von 10 000 noch die Überlastungsquote von 15 Prozent gerechnet, resultierte daraus eine Zahl von 11 500 Studienanfängern pro Jahr. Nach Angaben der Zentralstelle für Vergabe von Studienplätzen (ZVS) begannen im Wintersemester 1976/77 und Sommersemester 1977 8516 das Medizinstudium. Dazu muß die immer größer werdende Zahl derer gerechnet werden, die über den Rechtsweg einen Studienplatz erreichen. Ich möchte annehmen, daß eine Zahl von 9000 Studienanfängern in der Humanmedizin pro Jahr zur Zeit realistisch ist.

Die McKinsey-Studie von 1974 zum Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahre 2000 mag in manchen Punkten überholt sein, bietet aber einen guten Anhalt wegen zahlreicher Variablen, die wenig vom Erwartungswert abweichen dürften und somit die Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse einigermaßen glaubwürdig machen. Ich glaube sogar, daß, gemessen an den finanziellen Möglichkeiten, der erwartete Bedarf zu hoch veranschlagt wurde. Aus der Zusammenfassung der Ergebnisse der Mc-

Kinsey-Studie möchte ich drei Punkte zitieren:

1. Die Entwicklung der wesentlichen Einflüsse euf die Gesamtnachfrage nach ärztlichen Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland läßt bis zum Jahr 2000 einen Anstieg der Nachfrage um 50 bis 60 Prozent erwarten.

2. Zur Befriedigung dieser Gesamtnachfrege wird eine Zahl von maximal 175 000 berufstätigen Ärzten erforderlich sein, die mit jährlich 7500 Studienanfängern sicherzustellen ist.

3. In Anbetracht der jüngsten Entwicklung der Zulassungszahlen und im Hinblick auf die laufenden Ausbauvorhaben wurde diese Jahresquote voraussichtlich bereits 1975 erreicht.

Dazu die offizielle Zahl der ZVS: Im Wintersemester 1975/76 und Sommersemester 1976 7164 Studienanfänger.

Bei 7500 Studienanfängern resultiert im Jahre 2000 ein Verhältnis von 350 Einwohnern pro Arzt. Zum Vergleich: Am 30. September 1976 hatten wir in Bayern ein Verhältnis von 493 Einwohnern je berufstätiger Arzt. Die Bundesrepublik Deutschland hat bereits heute die größte Arztdichte im Verhältnis zu vergleichbaren Industrienationen.

Von 1972 bis 1976 hatten wir in Bayern einen Anstieg der Gesamtzahl von Ärzten und Medizinalassistenten um 3299 von 22 345 bis auf 25 644. Vergleichbare Anstiege der Arztzahlen gab es in den Jahren vor 1972. Was für Bayern gilt, gilt in ähnlicher Weise für alle Bundesländer. Wo fanden nun die Ärzte, die über den Ersatzbedarf hinaus ausgebildet wurden, eine Arbeitsstelle? 80 Prozent aller zwischen 1960 und 1970 ausgebildeten Ärzte kamen der Versorgung im Krankenhaus zugute, nur drei Prozent der freien Praxis. Die Ausweitung der Stellenpläne an den Krankenhäusern war die Folge des Abbaues von Mißständen und der medizinischen Entwicklung. Inzwischen ist der Nachholbedarf weitgehend gedeckt, wir können jedenfalls nicht mehr mit ähnlichen Zuwachsraten rechnen.

Die McKinsey-Studie kommt zu dem Ergebnis, daß bei 7500 Studienanfängern pro Jahr im Jahre 2000 das Angebot an ärztlicher Leistung größer sein wird als die Nachfrage.



Mittelfränkische Delegierte

Die Begriffe Angebot und Nachfrage suggerieren, auch der Gesundheitssektor regle sich wie andere Märkte in unserer freien Marktwirtschaft. Manch einer von Ihnen wird sich innerlich dagegen sträuben, sein ärztliches Handeln im Zusammenhang mit Begriffen der Nationalökonomie zu sehen oder in der Kategorie Dienstleistung. Ich teile da ganz sicher Ihr Widerstreben, aber man muß sehen, daß etwa 50 Milliarden DM pro Jahr für das Gesundheitswesen ausgegeben werden bei einem Bruttosozialprodukt von etwa 1200 Milliarden DM. Diese Kosten sind für Versicherte, Wirtschaft und Staat eine zunehmende Belastung und führten in den letzten Jehren zu Überlegungen, wie man einem weiteren Kostenanstieg Herr werden könne. Die Kosten im Gesundheitswesen entwickelten sich leider zu einem nationalökonomischen Problem, deshalb müssen auch wir Ärzte uns damit befassen und mit nach Lösungsmöglichkeiten suchen.

Was versteht man unter Angebot im Gesundheitswesen?

Alle Leistungen, die von ärztlichem und nichtärztlichem Personal erbracht werden in dem Bereich, den wir mit dem Begriff Gesundheitswesen verbinden. Das Angebot durch Ärzte wird beeinflußt durch die Zahl der Ärzte, Produktivität, Arbeitszeit und wissenschaftliche medizinische Entwicklung.

Was versteht man unter Nachfrege im Gesundheitswesen?

Alle Leistungen innerhalb des Gesundheitswesens, die von der Bevölkerung gewünscht werden. Die Nachfrage wird beeinflußt durch sozioökonomische Einflüsse, z. B. je besser ausgebildet, je wohlhabender die Bevölkerung, um so mehr Nachfrage, demokratische Faktoren, z. B. Altersstruktur der Bevölkerung, und Entwicklung im Gesundheitswesen, z. B. neue Therapien und neue Diagnostik.

Die Nachfrage wird z. B. beeinflußt durch die Einführung der Selbstbeteiligung an Rezepten und Zahnersatz, eventuell für besonderen Service im Krankenhaus usw. Die Nachfrage wird weiter beeinflußt durch niedrigeren Krankenstand bei hoher Arbeitslosenzahl, eventuell auch durch die Früchte einer besseren Gesundheitserziehung. Außerdem wirken sich ganz besonders die Kassenleistungen auf die Nachfrage aus.

Die Angebotsseite wird beeinflußt durch Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung, Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetz, die zu geringerer Ausweitung, wenn nicht Kürzung, der Stellenpläne in den Kranken-

häusern führen werden und zu einer deutlichen Verringerung der jährlichen Leistungssteigerung in Krankenhäusern und in der freien Praxis. Aus Kostengründen werden wahrscheinlich in absehbarer Zeit für Arbeitsmedizin, Psychiatrie und weitere Gebiete weniger Stellen zur Verfügung stehen, als notwendig wäre, um eine wünschbar gute Versorgung zu gewährleisten. Die Verringerung der Nachfrage und die Änderung auf der Angebotsseite werden Konsequenzen haben. Assistenzarztstellen an den Krankenhäusern werden so attraktiv, daß der Entschluß, sich niederzulassen, immer schwerer fallen wird, zumal die Einkommenserwartung sinkt und das Risiko bei der freien Niederlassung höher wird. Die neue Zulassungsordnung wird de facto darüber hinaus für die nächsten Jahre die Niederlassung erschweren durch die sechsmonatige Vorbereitungszeit in Form einer Vertretung oder einer Assistententätigkeit in einer Praxis.

Die großen Zahlen der Studienanfänger in der Medizin und die veränderte Lage auf der Angebots- wie auf der Nachfrageseite lassen folgende Entwicklung erwarten. Mit Überwindung des Numerus clausus kann zwar das Medizinstudium beendet werden, die Aussichten, eine Weiterbildungsstelle zu finden, werden aber immer schlechter werden. Zwar kann sich nach der neuen Zulassungsordnung der approbierte Arzt nach sechsmonatiger Vertreterzeit niederlassen, aber wer möchte das dem jungen Arzt und auch den Patienten zumuten. Neben der Warteschlange vor Eintritt ins Studium werden sich künftig zwei weitere entwickeln: vor den Türen der Krankenhäuser und vor den freien Praxen. So werden viele Einflüsse dazu führen, daß die nachfolgenden approbierten Ärzte es immer schwerer haben, eine Arbeitsmöglichkeit zu finden. Was den Älteren unter Ihnen noch eine vertraute Gefahr war, was durch die Entwicklung der letzten Jahre Vergangenheit schien, wird wieder aktuell. Um überhaupt ärztlich tätig werden zu können, ist man vielleicht bereit, zu zweit oder zu dritt eine Planstelle zu besetzen. Die Krankenhausträger könnten wieder Arbeitsbedingungen diktieren. Gleiches gilt für die abhängige Tätigkeit in freier Praxis.

Es hat die Ärzteschaft immer schon ausgezeichnet, daß sie die Medizinstudenten als Kollegen empfand und so bezeichnete. Die intensiven Bemühungen der Ärzteschaft um die Reformierung der Approbationsordnung und der Einsatz für die Durchführung des MPJ sind dafür ein gutes Beispiel. In gleicher Weise sollten wir uns einsetzen für die nachfolgenden jungen Ärzte und versuchen, ihnen Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen. Das Problem stellt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in voller Schärfe, aber bereits in den nächsten Jahren. Die Ärzteschaft ist stolz, sich im Rahmen der Selbstverwaltung flexibel an veränderte Umstände anpassen zu können. Die anstehenden Probleme sind nur zu lösen, wenn wir auch bereit sind, Strukturveränderungen unserer Tätigkeit zu erwägen. Darüber möchte ich nun reden.

Wir können nicht davon ausgehen, daß der Zulauf zum Medizinstudium geringer werden wird bei dem zunehmenden Trend zum Abitur und Hochschulstudium. Wir können auch nicht davon ausgehen, daß ein approbierter Arzt, ohne das Gefühl gescheitert zu sein, bereit ist, irgendeine Tätigkeit zu übernehmen, wie man in der Erhebung über „die Berufsaussichten und Motivation der deutschen Mediziner" nachlesen kann. Eine Einstellung, wie die des Direktors des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung in Berlin, Professor Dr. Helmut Becker, ich zitiere wörtlich: „Jedem jungen Menschen müsse klargemacht werden, daß er aus seiner Bildungsqualifikation heraus keinen Anspruch auf einen bestimmten Beruf ableiten dürfe", sollte keine Maxime für unsere Handlungsweisen sein.

Wir können auch nicht davon ausgehen, daß bei der allgemeinen wirtschaftlichen Situation die Stellenpläne wie in den sechziger und siebziger Jahren an den Krankenhäusern ausgeweitet werden und damit das dem medizinischen Fortschritt entsprechende Leistungsangebot geschaffen wird. Wir können also nur durch Veränderung unserer Berufserwartungen und Arbeitsweisen die Situation wesentlich verbessern. Im Krankenhausbereich liegt eine Strukturveränderung nahe, die zu einer weiteren Verbesserung der Patientenversorgung und zu einer Erweiterung der Stellenpläne führen wird. Ich meine, die gleitende Fünf-Tage-Woche, die Einführung des Schichtdienstes und damit die Abschaffung oder generelle Begrenzung von Mehrarbeitsleistung. Es gibt Untersuchungen, die belegen, daß die Qualität von Diagnostik und Therapie in Abhängigkeit von Tageszeit und Wochentag Schwankungen unterworfen ist. Zum Wohle des Patienten könnte hier etwas verbessert werden. Den Ärzten in Weiterbildung würde diese Strukturveränderung einen wesentlichen Zuwachs an Freizeit, die Fortbildungszeit sein könnte, einbringen. Die Kosten für die Ausweitung der Stellenpläne würden teilweise gedeckt durch den Wegfall der Bereitschaftsdienstvergütung.

Strukturveränderungen, die sich für die Praxis anbieten

Viele niedergelassene Ärzte arbeiten mehr, als sie ihren Patienten gestatten würden. Teilweise sicher, da ihnen nichts anderes übrigbleibt. Viele Arztpraxen haben eine Größe, die einen *ärztlichen Assistenten* trüge, ohne die Alterssicherung und die Ausbildung der Kinder zu gefährden. Dieses gilt vor allem für Praxen in den Stadtrandgebieten und auf dem Lande. Im Gegensatz zu den Voraussagen der McKinsey-Studie bin ich der Meinung, daß bei den jetzigen Studentenzahlen es unterversorgte Gebiete bald nicht mehr geben wird, in die niederlassungswillige Ärzte gehen könnten.

Strukturveränderungen innerhalb des Gesundheitssystems

Unser Gesundheitssystem ist im Rahmen unserer Gesellschaftsordnung angemessen und funktionsfähig. Es kann aber stets ohne Systemveränderung verbessert werden. Bei festgelegtem Kostenrahmen für das Gesundheitswesen kann man in allen Bereichen medizinischer Tätigkeit überlegen, ob es sinnvoll ist, was wir tun, ob man rationeller handeln kann und ob effektivere Maßnahmen als die bisherigen möglich sind. Wir müssen uns künftig überlegen, daß nicht alles, was medizinisch machbar ist, auch menschlich ist und sinnvoll. Technische Befunde können rationeller erbracht werden, z. B. durch EDV, Autoanalyzer, Apparategemeinschaften usw. Mit Hilfe der Technik sollte es möglich sein, das Verhältnis von diagnostischer Leistung

zu Diagnose zu optimieren. Was bei Hippokrates Diätetik genannt wurde, ist bei uns fast verlorengegangen, wäre aber das wichtigste Instrument bei der Vorbeugung von Krankheiten. Dies sollte dazu führen, die eigentlichen ärztlichen Leistungen angemessener zu honorieren. Ein Mehr an Diagnostik führt nicht automatisch zu besseren Diagnosen und effektiverer Therapie.

Zum Abschluß möchte ich sagen: Unser Gesundheitssystem mag verbesserungswürdig sein, ist aber funktionsfähig und angemessen. Uneinigkeit der Ärzte untereinander und Unzufriedenheit der einmal arbeitslosen Ärzte werden aber bestimmt dazu führen, dieses System in Frage zu stellen. Der Ruf nach einem nationalen Gesundheitssystem wird in schwierigen Zeiten immer leicht laut. Das sollte uns veranlassen, die zu erwartenden Probleme früh. zu erkennen und ihnen rechtzeitig zu begegnen.

Mit Absicht habe ich mich nicht auseinandergesetzt mit Forderungen nach einer weiteren Verschärfung des Numerus clausus, nach schwierigeren Prüfungen, um die Zahl der studiumbeendenden Mediziner zu reduzieren und der Ansicht, daß man wohl sein Studium frei wählen könne, aber kein Anrecht auf Arbeit gemäß der Ausbildung habe. Die Diskussion über solche Fragen sollte hier nicht geführt werden. Wir sollten aber stärker als bisher die Abiturienten möglichst umfassend über die sich verschlechternden Berufsaussichten in der Medizin aufklären. Mit Tausenden von arbeitslosen Ärzten wäre keinem gedient.

61. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 17. bis 19. März 1978

Einengung durch den Staat

Dr. G. Fuchs, Würzburg, Ausschuß für Hochschulfragen

Zum dritten Mal ist mir Gelegenheit gegeben, im Plenum des Bayerischen Ärztetages aus der Arbeit des Ausschusses für Hochschulfragen vorzutragen. Satzungsgemäß dienen seine Arbeitsergebnisse dem Kammervorstand als Entscheidungshilfen, eine letztendliche Beschlußfassung und Initiativen nach außen kommen ihm nicht zu. In seinem Selbstverständnis versteht sich der Ausschuß als ein Fachgremium in allen Fragen der Hochschulpolitik, insbesondere jedoch der Hochschulmedizin. Im Mittelpunkt seiner Beratungen stehen daher die Probleme der ärztlichen Ausbildung, Organisationsfragen von Lehre und Krankenversorgung, d. h. des ärztlichen Dienstes, Im Hochschulbereich und eine kritische Bewertung der derzeit anstehenden Hochschulgesetzgebung. Seine personelle Besetzung macht durch einen Vertreter der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin und einen für die Famulatur in der Praxis persönlich engagierten Allgemeinarzt den engen Bezug zur freien Praxis deutlich. Sie leidet derzeit unter dem Fehlen eines Vertreters der nichthabilitierten wissenschaftlichen Assistenten, der sicher größten Gruppe der Hochschulmediziner.

Nemens eller Ausschußmitglieder darf ich den Herren der Geschäftsführung und allen ihren Mitarbeitern, die durch unsere Ausschußarbeit beschwert wurden, herzlich für ihre Unterstützung und ihr Verständnis danken.

Der Ihnen schriftlich vorliegende Geschäftsbericht 1976/77 („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1106) macht Sie in knappen Umrissen mit den zumeist einvernehmlichen Ergebnissen unserer Arbeit vertraut. Er ist nicht geeignet, die oftmals kontroverse Diskussion im Ausschuß wiederzugeben. Er bedarf damit einer punktuellen Ergänzung und rechtfertigt so diesen Zusatzbericht, in dem auch Erfolg und Mißerfolg unserer Arbeit kritisch hinterfragt werden soll.

Lassen Sie mich in gebotener Kürze, jedoch unmißverständlich, zu drei Problemkreisen Stellung nehmen.

Gestörter Dialog mit der Politik

An gleicher Stelle habe ich im letzten Jahr ein wenig euphorisch gemeint, der Dialog mit unseren Partnern in Landtag, Regierung und Hochschule sei gekennzeichnet durch unser Bemühen, sachlich konstruktive Zusammenarbeit zu vertiefen oder zu ermöglichen und durch die erklärte Absicht unserer Gesprächspartner, vor Entscheidungen umfangreicher und rechtzeitiger zu informieren, ja sogar zu konsultieren.

Die Wirklichkeit hat uns anders belehrt.

Der Hochschulausschuß hat die Entwürfe eines Bayerischen Hochschullehrergesetzes und eines Gesetzes zur Änderung des Bayerischen Hochschulgesetzes zunächst nach Vorlagen diskutiert, die er sich auf indirektem Wege zu beschaffen wußte.

Unter Hinweis auf § 5 Abs. 4 der Geschäftsordnung der Bayerischen Staatsregierung hat das Kultusministerium der Kammer mitgeteilt, eine Zuleitung von Entwürfen allgemeiner beamtenrechtlicher Regelungen sei nur an die Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften und Berufsverbände vorgesehen. Man habe die Gesetzentwürfe zur Anpassung des bayerischen Hochschulrechtes zusätzlich nur den Verbänden zugeleitet, die Interessenvertretungen von Hochschulmitgliedern sind. Zu solchen Interessenvertretungen zähle die Landesärztekammer als Berufsvertretung der



Unterfränkische Delegierte

Ärzte nicht, nach ihrer Aufgabenstellung gemäß Art. 2 des Kammergesetzes könne sie nicht als im Hochschulbereich tätiger Verband angesehen werden. Unbeschadet dieser Feststellungen waren diesem Schreiben dann die beiden Gesetzentwürfe beigefügt.

In Wahrung der Interessen der Kammer und ihrer Hochschulmitglieder hat der Herr Präsident in seinem Antwortschreiben unmißverständlich klargestellt, daß nach Art. 2 des Kammergesetzes für die Heilberufe die Wahrung der beruflichen Belange der gesamten Ärzteschaft sowie die Mitwirkung bei gesetzlichen Vorhaben zu den Aufgaben der Bayerischen Landesärztekammer gehören, und daß die Behörden gehalten sind, die gesetzliche Berufsvertretung vor der Regelung wichtiger einschlägiger Fragen zu hören.

Zu beiden Gesetzentwürfen veranstaltete das bayerische Kultusministerium em 9. Mai 1977 ein Hearing. Man traf dort eine Vielzahl von Gruppen und Gruppierungen. Die Bayerische Landesärztekammer war nicht geladen. Ich vermag ein solches Verhalten nicht mehr rechtlich zu qualifizieren, es muß wohl an politischen Maßstäben sich messen lassen.

Der 29. Bayerische Ärztetag hat in einer Entschließung die hochschul- und personalrechtliche Ungleichbehandlung klinischer und nichtklinischer Einrichtungen und deren Mitarbeiter beklagt und eine entsprechende Novellierung des Art. 28 des BayHschG und des Art. 6c Abs. 2 Satz 1 des Nachtregshaushaltsgesetzes 1975 erbeten. In seiner Sitzung vom 21. Juni 1977 hat der Ausschuß für den Staatshaushalt und Finanzfragen des Bayerischen Landtages eufgrund der Erklärung der Bayerischen Staatsregierung die Eingabe für erledigt betrachtet. Ich darf die einschlägigen Sätze des Schreibens des bayerischen Kultusministeriums zitieren und ihrer Beurteilung überlassen.

> „Für die dargestellte differenzierte Behandlung klinischer und nichtklinischer Einrichtungen sprachen und sprechen zahlreiche Gründe, die eine Gleichstellung im Wege von Gesetzesveränderungen nicht angezeigt erscheinen lassen; zudem dürfte bei dem Versuch, für die nichtklinischen Einrichtungen in den Fachbereichen Medizin die gleiche Sonderregelung wie für die Universitätskliniken zu erreichen, eher zu erwarten sein, daß die Spezialregelungen der Universitätskliniken in Frage gestellt als den nichtklinischen Einrichtungen die gleichen Sonderregelungen gewährt werden."

Studienreform

Die Studienreformkommission Medizin hat auf der Grundlage der Approbationsordnung für Ärzte nach eingehender Erörterung inhaltlicher und organisatorischer Fragen dieses Studiengenges den Entwurf einer Empfehlung und einer Musterstudienordnung beschlossen. Beide Entwürfe wurden der Kammer euf Anforderung zur Kenntnisnahme und mit der Anheimgabe einer Stellungnahme übersandt.

Nach Auffassung der Studienreformkommission Medizin haben die bisherigen Erfahrungen erheblich systematische und strukturelle Mängel der Approbationsordnung aufgedeckt, die eine Reihe von Änderungen notwendig macht. Die Änderungen haben sich vor ellem auf die Verteilung und Vermittlung des Unterrichtsstoffes, die Verzehnung von praktischer und theoretischer Ausbildung und auf das Prüfungswesen zu erstrecken.

Die Kommission beklagt insbesondere die augenblickliche Überbewertung nervenheilkundlicher und sozioökologischer Fächer und das zu geringe Angebot klinischer Fächer im ersten klinischen Studienabschnitt.

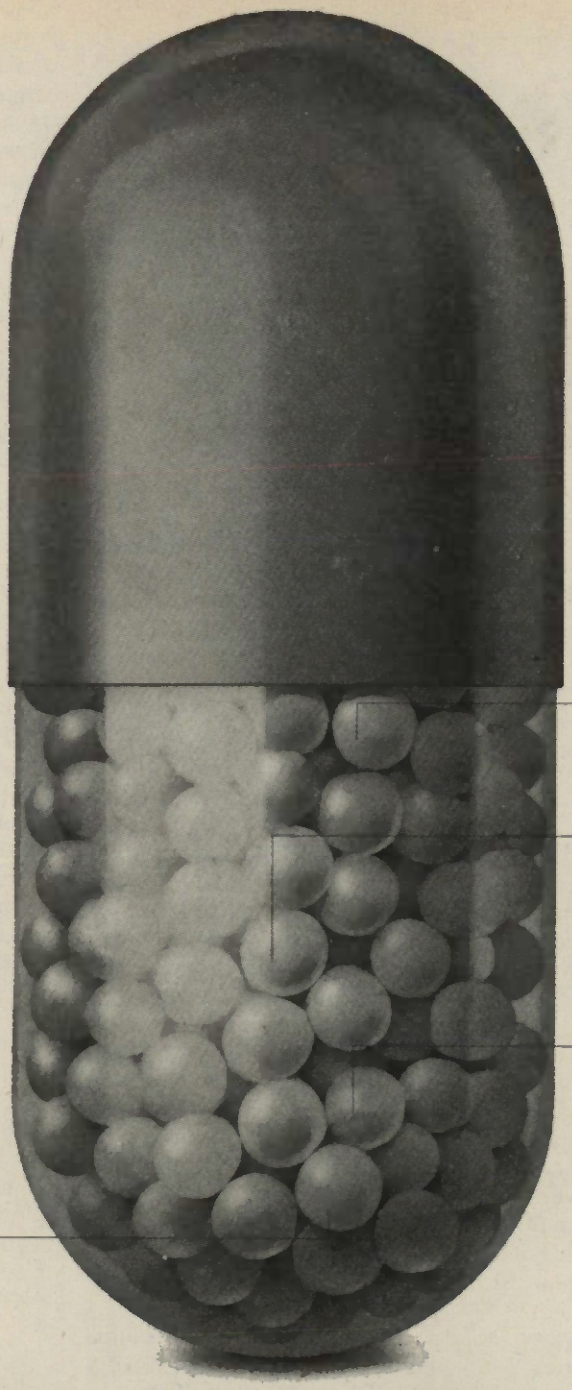
Zur ausreichenden Vermittlung systematischen Wissens müßten die dazu notwendigen Vorlesungen wieder zu Pflichtvorlesungen gemacht werden, zur Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung sei die Pflichtfamulatur auf sechs Monate zu verlängern.

Für die zentrale schriftliche Prüfung wird eine Bestehensquote von 50 Prozent der Fragen in allen Stoffgebieten und eine Stärkung der klinisch-praktischen und morphologischen Fächer in der mündlichen Prüfung gefordert.

Nach Auffassung der Kommission ist der Inhalt des schriftlichen Teils des Dritten Abschnittes der ärztlichen Prüfung, solange es bei der Ausbildung in Lehrkrankenhäusern im Sinne des derzeitigen § 3 der Approbationsordnung bleibt, in geeigneter Weise in den Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung zu integrieren. Die Kommission het weiterhin in Übereinstimmung mit den Vorstellungen des Wissenscheftsrates in ihrem Entwurf für den Studenten eine Schwerpunktbildung nach eigener Wahl vorgesehen, die ihm ermöglichen soll, sein Studium durch exemplarische kritische Auseinan-

Schnelles Einschlafen

Ungestörtes Durchschlafen



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

Die Retard-Form vereint schnellen Wirkungseintritt mit kontrolliert verzögerter Wirkstoffreigabe und guter Verträglichkeit.
Das Pro-Dorm-retard-Prinzip: die optimale Lösung.

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

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

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

4 Die schnelle Eliminierung bewirkt das frische Erwachen. In pharmakokinetischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß die Ausscheidung der therapeutischen Dosis in 24 Stunden abgeschlossen ist (zum Vergleich: Barbiturate sind bei gleicher Dosierung noch nach 16 Tagen im Harn nachweisbar).

Pro Dorm® retard

Zusammensetzung: 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter. Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwerer Leberschaden, Eklampsie, Diabetes, Alkoholismus, Schäden des Nervensystems. Pro Dorm sollte während der Schwangerschaft nicht eingenommen werden. Auch für Kinder unter 14 Jahren ist es nicht geeignet. **Nebenwirkungen:** In vereinzelten Fällen und bei besonders empfindlichen Patienten sind leichte Parästhesien beschrieben worden. In diesen Fällen ist zu empfehlen, die Dosis zu vermindern. **Hinweise:** Alkohol beeinflußt die Wirkung von Pro Dorm. Wie für alle Schlafmittel gilt auch für Pro Dorm, daß das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Arbeitsplatz) am nächsten Morgen noch beeinträchtigt sein kann. Eine Tagesdosis von 300 mg und eine Anwendungsdauer von vier, höchstens acht Wochen sollte nur in begründeten Fällen überschritten werden. **Verschreibungsformen:** Pro Dorm retard: Packung zu 20 Kapseln DM 11,70; Pro Dorm: Packung zu 20 Tabletten DM 7,95; Preise inkl. MwSt. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch: **SCHÜRHOLZ ARZNEIMITTEL GMBH, vorm. Chem. Fabr. Schürholz GmbH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60**

SCHÜRHOLZ
1907



Schwäbische Delegierte *)

dersetzung mit diesem selbstgewählten Fach zu vertiefen.

Der Ausschuß für Hochschulfragen hat diese Vorschläge eingehend erörtert. Er begrüßt die Bereitschaft der Kommission, ihre Reformvorstellungen grundsätzlich unter den Voraussetzungen der Approbationsordnung vorzulegen, auch wenn nicht übersehen werden darf, daß ihr curriculares Konzept auf eine Zahl von etwe 4000 bis 5000 Studienenfänger jährlich abstellt, die heute weit überschritten ist und eine Mehrzahl der Ausbildungsprobleme verschuldet. Es bestand im Ausschuß Übereinstimmung mit den Kommissionsvorschlägen zur Regelstudienzeit, zur Änderung der zentralen schriftlichen Prüfung und der Vorverlegung der schriftlichen Prüfung des Dritten Studienabschnittes. Mehrheitlich ist der Ausschuß der Auffassung, das Prinzip der patientennahen theoretischen Ausbildung in kleinen Gruppen nicht wieder voll zugunsten der „Großen Vorlesung" aufzugeben. Bedenklich und wenig hilfreich erschien die Absicht der Ausweitung der Pflichtfemulatur.

Bei einer Wiederzulassung der Pflichtfamulatur im Krankenhaus besteht Einigkeit im Ausschuß, diese auf die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung zu beschränken.

*) Fotos (10): Fritz Kuhn, München 26

Die Vorstellungen der Studienreformkommission über eine fachspezifische Schwerpunktbildung innerhalb des Studiums werden vom Ausschuß abgelehnt. In der vorgelegten Formulierung, insbesondere jedoch in ihrer Begründung, sind sie durchaus geeignet, die Grenzen zwischen Ausbildung und Weiterbildung aufzuheben, zumindest zu verwischen.

Abschließend bestand Einigkeit im Ausschuß für Hochschulfragen darüber, daß eine sinnvolle und sachgerechte Novellierung der derzeitigen Ausbildungsordnung ohne eine Regelung für das Praktische Jahr undenkbar ist.

Mit den Studenten plädiert die Mehrheit des Ausschusses dabei für die Beibehaltung des Praktischen Jahres. Es wird jedoch unumgänglich sein, seine Inhalte zu überdenken und seine Lasten gerechter zu verteilen.

Hochschullehrergesetz

Nach einem Hearing und einer Flut von schriftlichen Stellungnahmen legt nun die Bayerische Staatsregierung den Entwurf eines Hochschullehrergesetzes erneut vor. Wir werden beide Entwürfe kritisch zu vergleichen haben in unseren nächsten Ausschußberetungen. Eines muß eber schon heute als unannehmbar vorgetragen werden. In Art. 25 werden unter der Überschrift „Wissenscheftliche und künstlerische Mitarbeiter im Angestelltenverhältnis" in einem neuen Abs. 3 euch die wissenschaftlichen Hilfskräfte mit einer Dienstzeit von höchstens vier Jahren abgehandelt.

Der Art. 26 „Personal mit ärztlichen Aufgaben" erhält einen Satz 2: Die Dauer der Beschäftigung als wissenschaftliche Hilfskräfte darf ebweichend von Art. 25 Abs. 3 Satz 2 insgesamt sieben Jahre nicht überschreiten.

Wie in der Begründung der Vorlege eusgeführt, unterliegen „wissenschaftliche Hilfskräfte" nicht dem persönlichen Geltungsbereich der im öffentlichen Dienst anzuwendenden tariflichen Vorschriften. Es genügt demnach, einem Kollegen in Weiterbildung als „wissenschaftliche Hilfskraft" zu bezeichnen, um seine Beschäftigungsbedingungen letztlich willkürlich bestimmen zu können. Wenn er ärztliche Aufgaben wahrzunehmen hat, also einen für die Aufrechterhaltung der Krankenversorgung unverzichtbaren Beitrag leistet, erscheint es im höchsten Maße unbillig, ihm tarifliche Vergütungen und Rechte vorzuenthalten.

Ich durfte meinen letztjährigen Bericht zusammenfassen mit der Befürchtung, daß die Fülle der Gesetze und einengenden Verordnungen die Arbeit der Hochschule auf weite Strecken behindert, ihre Mitglieder resignieren und nicht mehr bereit sind, den Gedanken einer freien Hochschule offensiv zu vertreten.

> „Die Universitäten sind en dieser Pseudoreform mitschuld — und zwar in zweifacher Hinsicht. Erstens hatten sie sich bis dahin gegen jede Innovation gewehrt und nicht einmal versucht, den Vorschlägen der Kultusminister mit adäquateren Gegenvorschlägen zu begegnen. Zweitens riefen sie angesichts des Chaos, das die Linksradikalen hervorriefen, nach dem Staat. Damit begaben sie sich zweimal ihrer Autonomie."

Diese Worte des Münchener Universitätspräsidenten Professor Lobkowicz, nachzulesen im „Münchner Merkur" vom 26. Januar 1977, sind sicher wahr, aber derzeit wenig hilfreich.

„Geringere Einnahmen"

Dr. H. Doerfler, Weißenburg, Hilfsausschuß

Ergänzend zu dem sehr eusführlichen Bericht („Beyerisches Ärzteblatt", 11/1977, S. 1109 f) über den Hilfsausschuß der Bayerischen Lendesärztekammer möchte ich nur zwei Tatsachen dareus noch besonders hervorheben.

Einmal ist die Zahl der monatlich unterstützten Ärzte und Arztangehörigen im Jahre 1977 weiter, wenn euch nicht so beachtlich wie im Jahre 1976, von 161 im Dezember 1976 auf durchschnittlich 150 Personen zurückgegangen, während wir im Jahre 1975 noch im Mittel 185 Unterstützungsbedürftige zu versorgen hatten. Diese neuerliche Minderung ergibt sich daraus, daß vier Bezieher in diesem Zeitraum verstorben sind, acht Unterstützte aufgrund einer Besserung ihrer wirtschaftlichen Lege eine weitere Beihilfe nicht mehr in Anspruch nehmen und nur ein bedürftiger Arzt neu hinzugekommen ist.

Die zweite Tatsache, auf die ich Ihr Augenmerk richten möchte, besteht darin, daß wir 1977 die Richtsätze für die Gesamteinnahmen von Antragstellern, bis zu denen wir mit monatlichen Beihilfen den Bezuschußten deren Einkommen aufstocken konnten, erstmals nicht erhöhen konnten, sondern im Hinblick euf die zu erwartenden geringeren Einnahmen des Hilfsausschusses in der gleichen Höhe, wie 1975, belassen mußten. Wie wir uns für 1978 in dieser Hinsicht verhalten müssen, hängt von dem Ergebnis des Finanzberichtes des Hilfsausschusses für 1977 ab, über den wir in unserer gegen Jahresende stattfindenden Sitzung des großen Hilfsausschusses erst noch bereten müssen. Immerhin sind die Lebenshaltungskosten gegenüber 1975 um acht Prozent gestiegen. Wir hoffen, das bei unseren Beretungen berücksichtigen zu können.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

2.1 Rechnungsabschluß 1976

2.2 Entlastung des Vorstandes

2.3 Haushaltsvoranschlag 1978

2.4 Beitragsordnung

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Vierheilig, Würzburg, erläuterte den Delegierten den übersandten Rechnungsabschluß des Jahres 1976, der vom Ärztetag gebilligt wurde.

Anschließend erteilte der Ärztetag dem Vorstand der Kammer – bei einigen Enthaltungen – Entlastung.

Ferner trug der Vorsitzende des Finanzausschusses den Haushaltsvoranschlag 1978 vor, der ebenfalls vom Ärztetag mit einzelnen Enthaltungen angenommen wurde.

Dr. Vierheilig führte weiter eus, daß sich die Frage einer Beitragserhöhung aufgrund der sich ebzeichnenden eusgeglichenen Finanzlage der Kammer nach einem Beschluß des Finenzausschusses und des Vorstandes nicht stellt. Beide Gremien empfehlen daher dem Bayerischen Ärztetag, ab 1978 keine neue Beitragsordnung zu beschließen, wie das ursprünglich vom 29. Bayerischen Ärztetag in Regensburg vorgesehen war. In Übereinstimmung mit einer Anregung des Bayerischen Obersten Rechnungshofes sollte eine neue Beitragsordnung erst dann beschlossen werden, wenn mit der derzeitigen Beitragsordnung hinreichende Erfahrungen vorliegen und die Finanzlage der Kammer eine Anhebung der Beiträge erforderlich macht.

Auf Antrag des Vorsitzenden des Finanzausschusses beschloß der Bayerische Ärzteteg – bei einzelnen Enthaltungen und Gegenstimmen – den Beschluß auf Erlaß einer neuen Beitragsordnung ab 1978 zu vertagen. Gleichzeitig sicherte der Vorsitzende des Finanzausschusses zu, daß die Entwicklung der Einnahmen und Ausgeben sehr sorgfältig beobachtet und der Entwurf einer neuen Beitragsordnung rechtzeitig vorgelegt werde.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Ärztliches Berufsrecht

Der Ärztetag beschloß eine neue **Berufsordnung** und eine neue **Weiterbildungsordnung** für die Ärzte Bayerns mit Anlage auf der Grundlage der Empfehlungs-Berufsordnung und Weiterbildungsordnung für die deutschen Ärzte, die vom 79. Deutschen Ärztetag 1976 beschlossen worden waren, unter Berücksichtigung der in anderen Ärztekammern bereits genehmigten Berufsordnungen und Weiterbildungsordnungen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Nachwahl in den Finanzausschuß der Bayerischen Landesärztekammer

Der 30. Beyerische Ärztetag wählte einstimmig als Nachfolger des verstorbenen Delegierten Dr. Fluch, Würzburg, Dr. Walther Muth, Spiegelstraße 19, 8700 Würzburg.

Nachdem die bisherigen Mitglieder des Finanzausschusses Dr. Hellmann, Augsburg, und Dr. Platiel, Wolfratshausen, zu Bezirksverbands-Vorsitzenden gewählt worden sind und damit dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer angehören, wurden an ihrer Stelle die Delegierten Dr. Eberhard Thäle, Ahornweg 2, 7912 Weißenhorn, und Dr. Adolf Roth, Am Starzenbach 1, 8069 Wolnzach, in den Finanzeusschuß gewählt.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Die vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer in seiner Sitzung vom 6. November 1976 vorläufig nominierten Mitglieder der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung wurden vom 30. Bayerischen Ärztetag einstimmig bestätigt. Damit setzt sich dieser Ausschuß der Landesärztekammer aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Professor Dr. A. Schretzenmayr, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg, „Vorsitzender"

Dr. E. Th. Mayer, Hochkalterstraße 2, 8000 München 90, „stv. Vorsitzender"

Dr. A. Platiel, Schnellrieder Weg 4, 8190 Wolfratshausen

Dr. K. A. Blömer, Alleestraße 9, 8420 Kelheim

Dr. A. Kehrer, Luitpoldstraße 16, 8400 Regensburg

Dr. H. J. Friedrich, Am Viktoriabrunnen 1, 8630 Coburg

Dr. R. Rothlauf, Eichenweg 11, 8520 Erlangen

Dr. B. Brückl, Ludwigstraße 11, 8700 Würzburg

Professor Dr. E. Kern, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Professor Dr. H. Kleinfelder, III. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg

Privatdozent Dr. H. Pillau, Wasserburger Landstraße 225, 8000 München 82

sowie dem Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. H. Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf

Neuordnung der Fortbildung

Dr. E. Th. Mayer, stellvertretender Vorsitzender der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung

Vor knapp einem Jahr, nämlich am 8. Dezember 1976, konstituierte sich in Fortsetzung der Arbeit des alten Vorstandsausschusses für Fortbildung die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung. Die alte und stets ernst genommene Verpflichtung der Ärzte, zum Wohle der ihnen anvertrauten Kranken sich fortzubilden, bedurfte einer organisatorischen und berufspolitischen Neuordnung, auch um den auf uns zukommenden Aufgaben gerecht zu werden.

Als eine der Ursachen für diese Neuordnung wird die notwendig werdende Bewältigung des Massenproblems angesehen, ist es doch sehr viel leichter, einen medizinischen Standort unter wenigen tausend Ärzten zu erreichen und durch kollegiale Selbstverwaltung aufrechtzuerhalten, als eine wirkungsvolle Fortbildungspraxis für zig Tausende von Ärzten und bald mehrere Hunderttausend im Bundesgebiet zu organisieren. Mir scheint die Bewältigung dieses jetzt auf uns zukommenden Massenproblems ganz besonders wichtig.

Aufgaben der Akademie — Effizienzkontrolle

Aufgaben der Akademie sind nach § 5 ihrer Geschäftsordnung:

1. die gegenseitige thematische, zeitliche und methodische Abstimmung der Fortbildung in Bayern;

2. die Erarbeitung von aktuellen Schwerpunktthemen für die ärztliche Fortbildung für ein Fortbildungsjahr;

3. die Erarbeitung anderer aktueller Themen, die den Fortbildungsveranstaltern vorgeschlagen werden können;

4. die Gewinnung von Referenten für die jeweiligen Themen;

5. die Erarbeitung von Finanzierungsvorschlägen.

Damit kommt als 6. und, wie mir scheint, schwierigster Punkt, die „Erarbeitung von Vorschlägen für eine Effizienzkontrolle". Wir haben hier drei Vokabeln, die schwierig sind: Nachweis, Standard, Motivation. Wie können wir dies erreichen? Wir haben heute gerade die Berufsordnung beschlossen und stehen nunmehr auf dem § 7 Abs. 2, wo es jetzt wörtlich heißt:

> Der Arzt muß eine den Absätzen (1) bis (3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

Das heißt doch im Klartext: Jeder Arzt muß erstens in geeigneter Form *nachweisen*, daß er sich über die für seine Berufsausbildung jeweils geltenden Bestimmungen unterrichtet hat, zweitens, daß er an Fortbildungsveranstaltungen oder an klinischer Fortbildung teilgenommen bzw. fachliche Literatur studiert oder audiovisuelle Lehr- und Lernmittel in Anspruch genommen hat. Drittens muß jeder Arzt nachweisen können, daß er dies alles in einem Maß unternommen hat — ich zitiere —, „wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausbildung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist".

Es ist darüber diskutiert worden, wie schwierig oder wie unmöglich das sein wird; dennoch ist dies jetzt Berufsordnung. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer als Exekutivorgan der Selbstverwaltung der bayerischen Ärzteschaft hat heute und seit heute diesbezüglich den Schwarzen Peter und muß im Verein mit seiner Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung das erreichen. Ihm muß es gelingen, dieser Berufsordnung für die Ärzte Bayerns volle Geltung und Wirksamkeit zu verschaffen und dabei eine Fortbildungskontrollbürokratie zu vermeiden. Dennoch müssen wir den Versuch machen, wie ich meine, die Bürokraten — wie es Herr Professor Kern, auch Akademiemitglied, gesagt hat — „mit ihren eigenen Waffen zu schlagen". Ich darf ganz kurz Herrn Professor Kern zitieren, der

vor kurzem in der September-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes" einen wie ich meine, lesenswerten Artikel – Sie sollten ihn sich nochmals schicken lassen – verfaßt hat:

> „Nun ist Zwang eine denkbar schlechte Lern- und Fortbildungsmotivation. Dem Zwang entziehen können wir Ärzte uns aber nur, wenn *alle* Ärzte sich der Wichtigkeit dieses Punktes und seiner Kritikanfälligkeit von außen ganz klar bewußt werden und dementsprechend handeln. Ganz abgesehen davon kann kein Arzt wissen, wie bald er in die unangenehme Situation kommen kann, daß die Frage nach seiner Fortbildung inkriminierend an ihn gestellt wird."

Wer, wie Herr Professor Kern, immer wieder als Gutachter bei Ärzteprozessen tätig werden muß, der weiß, wie entscheidend die Beantwortung gerade dieser Frage bei einer Gerichtsverhandlung zu Buche schlägt.

> „Und die Zahl der Prozesse und Schadensersatzforderungen gegen Ärzte wird mit Sicherheit in den nächsten Jahren rapid ansteigen. Nicht wenige Menschen glauben heute mehr und mehr, ein einklagbares Recht auf Gesundheit und Gesundung zu haben, und sie sehen im Arzt häufig nur noch den Erfüllungsgehilfen im Sinne eines Vertragspartners, den er bei Nichtgelingen einer Behandlung juristisch haftbar machen kann. In solchen Situationen ist es von größtem Gewicht, wie der beschuldigte Arzt auf die Frage nach seiner Fortbildung antworten kann – aber auch, wie ihm dies notfalls zu beweisen möglich ist."

Soweit das Zitat aus dem Artikel von Professor Kern.

Fortbildungsnachweis?

Skylla und Charybdis der abenteuerlichen Seefahrt unseres Selbstverwaltungsschiffes sind, wie ich meine, der medizinische Standard auf der einen Seite und der Fortbildungsnachweis auf der anderen Seite, und keines der Akademiemitglieder will von einem dieser beiden Felsen unser Schifflein zerschellen lassen. Darum aber müssen wir beide Steine des Anstoßes genauer kennenlernen und sie so gut zu erfassen lernen, daß jeder bayerische Arzt bald wird sein eigener Lotse sein können.

Mit dem Fortbildungsnachweis haben wir einen, allerdings vorerst gescheiterten Versuch im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer unternommen, wo wir insbesondere mit unserem Projekt eines alle zwei Jahre zu erneuernden Fortbildungsnachweises für die bayerischen Ärzte rebus sic stantibus nicht durchgekommen sind. Dabei war das Hauptargument, wir würden hiermit den Organen außerhalb der Ärzteschaft Zwangsinstrumente in die Hand spielen. Ich kann Ihnen aus Loyalitätsgründen diesen Nachweis-Entwurf natürlich nicht zeigen, aber wir werden dieses Problem weiter bearbeiten müssen. Wir müssen einen plausiblen Fortbildungsnachweis schwarz auf weiß gedruckt oder nicht gedruckt, jedenfalls einen Nachweis vorschlagen können, und gerade in bezug auf das, was wir heute in der Berufsordnung in § 7 beschlossen haben, nämlich:

> Der Arzt muß eine . . . entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

Ich möchte vor diesbezüglicher Passivität dringend warnen.

Was ist „medizinischer Standard"?

Neben diesem schwierigen Problem des Nachweises hat sich die bayerische Akademie mit dem „medizinischen Standard" zu beschäftigen. Sie hat sich über die Definition nicht grundsätzlich geeinigt, sondern sich ihr nur genähert. Die Akademie will hier wie auch bei dem dritten Teil, der sogenannten Motivation, ganz pragmatisch vorgehen. Was aber heißt eigentlich „medizinischer Standard"? Ist es vielleicht das Minimum an ärztlichen Kenntnissen und Fertigkeiten, wie sie von einem approbierten Arzt billigerweise erwartet werden können. Fragen über Fragen! Wir können es auch noch nicht definieren.

Wenigstens ein Ansatz, den „Standard" besser als bisher erfassen zu können, schien uns die Notfallmedizin zu sein. Deswegen haben wir bereits im Juli-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes" 1977 damit begonnen, den bayerischen Kolleginnen und Kollegen notfallmedizinische Fortbildung in Stichwörtern und Leitsymptomen an die Hand zu geben. Die Reihe wird fortgesetzt. Hier öffnet sich ein noch weites Feld für dringend erwünschte medizinische und auch didaktische Aktivitäten.

Referentenliste

Weiter haben wir uns erlaubt, eine vorläufige – ich betone: vorläufige – Liste der Referenten für die ärztliche Fortbildung in Bayern zu erstellen, die naturgemäß keinem bayerischen Kollegen durch Nichterwähnung zu nahe treten will (auch die Akademiemitglieder stehen im übrigen nicht drin), wenn dieser Kollege nicht oder noch nicht in dieses Verzeichnis der Fortbildner aufgenommen wurde. Diese Liste soll lediglich ein Anfang sein. Sie wurde zusammengestellt nach den Kriterien auch der Bereitwilligkeit, in entlegene Veranstaltungsräume zu kommen, und nach der Beliebtheit der Referenten bzw. ihres jeweiligen didaktischen Vermögens (das natürlich nicht gemessen, sondern das erfragt worden ist, was stimmungsmäßig hereinkam), unmittelbar wirksam werdende Fortbildung zu vermitteln.

Damit komme ich zu meiner vorletzten Anmerkung, nämlich zu der Tatsache, daß ja auch schon der Pfarrer

---

Band 42 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen k o s t e n l o s zur Verfügung.

Dieser Bend enthält die Vorträge des 27. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekemmer 1976

Aktuelle Probleme der Leberkrankheften – Alkoholismus und Folgekrankheiten – Koronare Herzerkrenkungen und Rhythmusstörungen des Herzens – Notfäle in der Praxis

Die Kassenärzte Bayerns erhelten die Broschüre über die Bezirksstellen der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen en die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes", Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, **unter Beifügung von DM 1,– in Briefmarken als Schutzgebühr**, richten.

in der Regel vor denen predigt, die es möglicherweise nicht ganz so nötig hätten wie diejenigen, die selten oder nie kommen. Hier hat die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, wie ich sagte, einen schüchternen Versuch unternommen, nämlich einen Musterbrief für alle Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände zu erstellen, den diese dann jenen Kollegen zuschicken können oder sollten, die sich an der örtlichen ärztlichen Fortbildung nicht oder unzureichend beteiligen. Hier muß ich allerdings gleich anfügen, daß die zwar nur wenigen, aber ganz großen Ärztlichen Kreisverbände mit vielen Hunderten oder mehreren Tausenden Mitgliedern als Selbstverwaltungsorgane derzeit gänzlich überfordert sind.

Dies in Kürze zum dritten Fortbildungsproblem: Motivation, Frage des ominösen Standards und des kitzligen Nachweises.

Zum Schluß möchte ich nochmals einen ganz energischen Protest gegen die, wie ich meine, nicht hinnehmbare gesetzgeberische Zumutung erheben, zu dem gesetzlichen Zwang einer speziellen kassenärztlichen Fortbildung auch von dieser Stelle aus die Bundesregierung und die Mehrheit der sie tragenden Parteien zu fragen, warum denn diese groteske gesetzliche Bestimmung und warum sie sie herbeigeführt, herbeigezwungen haben. Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen — so heißt es richtig, wie ich meine —, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu machen. Denn die uns Ärzte alle verbindende Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung besteht bereits und schließlich ist die Ärzteschaft in ihren Pflichten wie in ihren Rechten unteilbar. Hier sollten wir — wie schon beim Lebensrecht der ungeborenen Kinder und dem diesbezüglichen rechtlichen Schutz des ärztlichen Gewissens — es auch auf eine verfassungsgerichtliche Auseinandersetzung durchaus ankommen lassen.

Im übrigen darf ich auf die Seiten 1122 ff des Geschäftsberichtes („Bayerisches Ärzteblatt", 11/1977) verweisen, wo schon auf die Arbeit der Akademie für ärztliche Fortbildung Bezug genommen bzw. über deren Arbeit berichtet wurde. Insgesamt haben drei Sitzungen stattgefunden. Wir werden unsere Arbeit fortsetzen.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Besetzung der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe mit nichtrichterlichen Beisitzern und deren Stellvertreter

Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG München

Nichtrichterliche Beisitzer:	*Stellvertreter:*
1. Dr. Friedrich Stoiber München bis 1979 noch im Amt!	1. Dr. Ernst Wiedemann Plattling 2. Lothar Kramm Kaufbeuren 3. Dr. Heinrich von Busch Deggendorf 4. Dr. Sebastian Mohr Kelheim
2. Privatdozent Dr. Rüdiger Reichert Augsburg	1. Dr. Wolf Stromeyer München 2. Dr. Josef Spanneberg Schwindegg 3. Dr. Gerhard Schulenburg Rottach-Egern 4. Dr. Alfred Sprengard München

Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG Nürnberg

Nichtrichterliche Beisitzer:	*Stellvertreter:*
1. Dr. Karl Stöhr Bad Kissingen bis 1981 noch im Amt!	1. Dr. Heinrich Lindenberger Regensburg 2. Dr. Hanns-Günther Koslowsky Ansbach 3. Dr. Friedrich Kühnlein Coburg 4. Dr. Willi Müller Würzburg
2. Dr. Albert Frieser Teublitz/Opf.	1. Dr. Gustav Rhomberg Weißenburg 2. Dr. Hans Witthauer Weißenbrunn 3. Dr. Martin Kressmann Nürnberg 4. Dr. Herbert Vieth Bayreuth bis 1978 noch im Amt! (bis 4. Oktober)

Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Nichtrichterliche Beisitzer:	*Stellvertreter:*
1. Dr. Ewald Lenz Würzburg	1. Dr. Ludwig Leissing Tröstau 2. Dr. Wilhelm Hillenbrand Augsburg: bis 1978 noch im Amt! 3. Dr. Heinrich Dreher Neuburg/Do. 4. Dr. Rudolf Hartlöhner Fürth
2. Dr. Eduard Hiller Dachau	1. Dr. Kurt Göpfert Schweinfurt 2. Dr. Eduard Koschade Dachau 3. Dr. Armin Schmitt Würzburg 4. Dr. Helga Curschmann München: bis 1978 noch im Amt! (bis 8. Oktober)
3. Dr. Siegfried Schuck Bernhardswald/Opf.	1. Dr. Karl Hiendlmayer Straubing 2. Dr. Alfons Ammerschläger Aschaffenburg 3. Dr. Kurt Schneider Schwaig 4. Dr. Jörg Schmutterer München: bis 1981 noch im Amt!

Punkt 7 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 32. Bayerischen Ärztetages 1979

Der 30. Bayerische Ärztetag wählte die Stadt Bad Tölz als Tagungsort für den 32. Bayerischen Ärztetag 1979.

Für den *31. Bayerischen Ärztetag 1978* ist vom letzten Bayerischen Ärztetag St. Englmar/Niederbayern festgelegt worden. Er findet vom 6. bis 8. Oktober 1978 statt.

Dr. Ernst Bauer dankte im Namen des Ärztetages dem Präsidenten und allen Mitarbeitern für die gute Vorbereitung und Durchführung des Ärztetages.

Professor Dr. Sewering schloß den Bayerischen Ärztetag mit der Feststellung, daß die Sachlichkeit der Diskussionen wieder einmal bewiesen habe, wie gut die ärztliche Selbstverwaltung funktioniere. Er dankte allen Delegierten für ihre Mitarbeit, insbesondere den Kollegen des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München für die gute Vorbereitung und den schönen Rahmen dieses Ärztetages.

PETER SPREUER

Assmann Memocord K 77-mini:

Das kleinste Taschendiktiergerät der Welt mit 1½ Stunden Aufnahmezeit



Großartig klein gelungen ist dieses 114 x 27 x 26 mm winzige (und nur 300 g leichte!) Assmenn Teschendiktiergerät, des einen Rekord für sich beenspruchen kenn: es ist des kleinste Teschendiktiergerät der Welt, mit dem men 1½ Stunden diktieren kenn. (Wehlweise gibt es euch Kessetten mit 2 x 25 und 2 x 35 Min. Aufnahmezeit).

PETER SPREUER
MASCHINELLE BÜROTECHNIK

Vogelweidepletz 11
8000 München 80
Telefon (0 89) 47 83 56 + 47 83 78

P. S. Mit dem Memocord K 77 und dem Memocord Continental AW 1090 sind sie „büro-organisiert".

.....

Bitte informieren Sie mich über das ASSMANN-Memocord-System

Name: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel.: .....

Entschließungen des 30. Bayerischen Ärztetages

Vorsorgeuntersuchungen

Der 30. Beyerische Ärztetag unterstreicht erneut die große gesundheitliche Bedeutung der durch Gesetz eingeführten Vorsorgeuntersuchungen. Dies gilt gleichermeßen für die Krebsvorsorgeuntersuchung bei Freuen und Männern, die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und die Vorsorgeuntersuchungen für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder.

An der Vorsorgeuntersuchung der Brust und der weibiichen Geschiechtsorgane beteiligten sich im ietzten Jehr rund die Hälfte der Frauen im erwerbstätigen Aiter. Dies ist zwar eine erfreuliche Zunahme, kann jedoch noch keinesfalls befriedigen. Nach wie vor ist die möglichst frühzeitige Erkennung bösartiger Erkrankungen die wichtigste Voraussetzung für eine Heiiung. Das Lebensschicksal vieler Frauen hängt demit einzig und allein an der regeimäßigen Durchführung der engebotenen Vorsorgeuntersuchung. Der Bayerische Ärzteteg empfiehlt deshelb alien Freuen ab 30 Jehren dringend, von der ihnen gebotenen Mögiichkeit Gebrauch zu machen.

Die *Krebsvorsorgeuntersuchung für Männer* wird bisher ieider nur von 20 Prozent eller Männer ab 45 Jahren in Anspruch genommen. Dies ist um so erschreckender, als ailein der Krebs der männlichen Vorsteherdrüse (Prostata) rund acht Prozent alier Krebserkrankungen der Männer eusmacht. Nachdem es sich bei den in Frage kommenden Altersgruppen weit überwiegend um Männer handeit, die auch die Verantwortung für eine Familie zu tragen haben, eppeiiiert der Bayerische Ärztetag an ihr Verentwortungsbewußtsein und fordert sie euf, die auch ihnen angebotene Vorsorgeuntersuchung regelmäßig durchführen zu lassen.

Die *regelmäßige Untersuchung während der Schwangerschaft* sichert Leben und Gesundheit von Mutter und Kind. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von möglichen Erkrankungen während der Schwangerschaft verhiift zu einem weitgehend kompiiketionsiosen Geburtsverlauf und eröffnet dem Kind alie Chancen der modernen Medizin für einen gesunden Start in das Leben. Diese Schwangerschaftsvorsorge ailein ist imstande, die frühkindliche Sterblichkeit in der Bundesrepubiik Deutschland wesentlich zu senken, also mitzuheifen, die Häufigkeit der Frühgeburten mit der gesundheitlichen Gefährdung des Kindes ebenso erhebiich zu mindern wie auch den vermeidbaren Anteii der Totgeburten.

Wenn euch heute schon rund 98 Prozent elier Schwangeren diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, so kommen die werdenden Mütter jedoch zu einem hohen Prozentsatz erst im vierten Monet der Schwangerschaft erstmeiig zum Arzt. Nur eine regelmäßige, in den Mutterscheftsrichtlinien der Ärzteschaft festgeiegte Reihenfolge bringt ein optimeles Ergebnis für Mutter und Kind. Dies setzt voraus, daß die werdende Mutter mit Beginn der Schwangerschaft eile vier Wochen, jedoch die ietzten eineinhalb Monate vor der Niederkunft alie zwei Wochen die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Anspruch nimmt.

Vorsorgeuntersuchung für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zum vierten Lebensjahr

Von jedem Geburtsjahrgeng in Bayern sind rund 2000 Kinder im weitesten Sinne körperbehindert, d. h. seh-, hör- bzw. sprechbehindert oder chronisch krenk. Aile wesentiichen Krankheiten und Leiden dieser Zeitperiode können jedoch mit den sieben vorgesehenen Untersuchungen während der ersten vier Lebensjahre frühzeitig erfaßt und auch behandelt werden, womit einem Großteil dieser Kinder das Schicksel des „behinderten Menschen" erspart bieibt.

Nach den bisherigen Feststeiiungen werden nur die ersten drei Untersuchungen voll in Anspruch genommen, die vierte bis siebte Untersuchung jedoch bis zum vierten Lebensjahr weisen einen so starken Abfeii der Teilnehme euf, daß sich die Ärzte Beyerns gezwungen sehen, en das Verantwortungsbewußtsein eller Eltern zu eppellieren, auch diese kostenlosen Untersuchungen voll in Anspruch zu nehmen. Sie ersparen mögiicherweise sich und ihrem Kinde ein vermeidberes schweres Schicksal.

Diabetes-Vorsorgeuntersuchungen

Von 100 Menschen sind im Durchschnitt nach statistischen Untersuchungen mindestens drei zuckerkrank. Bei der Früherkennung dieser Krankheit hat jedoch die moderne Medizin heute alle Möglichkeiten, diese Patienten vor den Spätschäden der Zuckerkrankheit zu bewahren. In jeder Apotheke erhält man ein Teststäbchen zur Harnuntersuchung für nur 20 Pfennige. Das Stäbchen solite zwei Stunden nach einem besonders kräftigen Frühstück angewendet werden. Der Bayerische Ärzteteg empfiehit ailen Mitbürgern, diesen einfachen und biiiigen Test zweimai im Jahr selbst durchzuführen und bei Verfärbung des Teststäbchens oder in Zweifeisfäiien den Arzt eufzusuchen.

Münchener Perinatalstudie

1. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird beauftragt, die Fortführung der sogenennten *Münchener Perinatalstudie* zu ermögiichen und sie auf ganz Beyern auszudehnen.

2. Die Bayerische Landesärztekammer wird beauftregt, zu prüfen, ob die in der Münchener Perinatalstudie zugrunde geiegten Prinzipien nicht geeignet sind, daraus eine *interkollegiale Qualitätssicherung* alier Fechgebiete zu entwickeln.

Begründung:

Seit Jahren wird über eine sogenannte ärztiiche Selbstkontroiie, Effizienzsicherung, Qualitätskontroiie und Quaiitätssicherung diskutiert. Einige wissenschaftliche Fachgeselischaften, wie z. B. die Deutsche Geseiischaft für Chirurgie, Deutsche Geseilscheft für Kinderheilkunde und Deutsche Gesellscheft für Kinderchirurgie, haben entsprechende Kommissionen gegründet, um einer drohenden staatlichen Kontroiie zuvorzukommen. ich bin der Überzeugung, daß alle Maßnehmen einer ärztiichen Selbstüberwachung, für die ich die Bezeichnung: „Interkoiiegiale Quaiitätssicherung" em günstigsten finde, in den Händen der ärztiichen Selbstverwaitung euf Kreis-,

Windjammer

= großes Segelschiff



Wind-Jammer

= Meteorismus

Das Spezifikum
gegen Meteorismus

ELUGAN®

● wirkt ursachengerecht und lokal ● völlig unbedenklich ● kostengünstig ● in therapie-gerechten Abpackungen

Indikationen:
Meteorismus, Aerophagie, Flatulenz, Roemheld-Syndrom.

Zusammensetzung:
1 Tabl. ELUGAN enthält: Dimethylpolysiloxan 40,00 mg, Siliciumdioxid 1,20 mg, Pankreatin 40,00 mg, Diastase 15,00 mg.

Dosierung und Anwendungsweise:
Je 1-2 Tabl. ELUGAN nach den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen. Die Tabletten sind zerkaut zu schlucken.

Kleinkindern gibt man jeweils 1/2-1 Tabl. Die Tabletten können leicht zerdrückt und Speisen beigegeben werden.

Besondere Hinweise:
Wichtig für Diabetiker: Der Zuckergehalt einer Tablette entspricht etwa 0,04 Broteinheiten, neu.

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):
OP à 30 Tabl., AV m. MwSt. DM 4,95
OP à 100 Tabl., AV m. MwSt. DM 14,35

MENADIER Heilmittel GmbH
Postfach 501004 · 2 Hamburg 50
seit 1788.

Malinert®

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit. Zur speziellen Information des Kassenarztes dient:

Die Forderungen aus den „Arzneimittel-Richtlinien" werden für MALINERT erfüllt

1. Therapeutische Wirksamkeit, Bioverfügbarkeit, Verträglichkeit von MALINERT sind in der Literatur belegt.
2. MALINERT-Dragées ermöglichen eine wirtschaftliche Therapie.

Deshalb Malinert®-Dragées u. N-Salbe

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

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgie, Lumbago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: 200 mg Metamizol (= Phenyldimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsaures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenyldimethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octotiamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

100 g MALINERT N-Salbe enthalten: 10 g Aethylenglykolmonosalicylat, 1,250 g Nicotinsäurebenzylester, 3 g Campher, 1 g Menthol.

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

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

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

Muster und Literatur von MALINERT erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.

MENADIER Heilmittel GmbH
2 Hamburg 50
Postfach 501004

Bezirks- sowie auch auf Landesebene der Kammern bleiben müssen. Ein exzellentes und prektikables Modell het jetzt die Arbeitsgruppe von Gynäkologen und Kinderärzten – der sogenennten Münchener-Perinatalstudie unter der Federführung von Dr. F. Conrad und Professor K. Riegel – vorgelegt. Hier wurden erstmels Wege gezeigt, wie in einer treiwillig echten interkollegialen Arbeit Ärzte en der Oualitätssicherung ihrer Tätigkeit gearbeitet heben. Dieses Modell gilt es zu erhalten, euszubeuen, so deß es für elle Fechgebiete enwendber ist.

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

Die Messenmedien werden gebeten, die Bevölkerung intensiver darüber eufzuklären, daß nicht nur die ersten Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern wichtig sind.

Alle Vorsorgeuntersuchungen sind für das Kind von gleichrengiger Bedeutung, weil men eine Reihe von schweren Leiden erst bei späteren Vorsorgeuntersuchungen erkennen kann. Das Unterlassen der späteren Vorsorgeuntersuchungen kenn bei den betroffenen Kindern zu vermeidbarer Krüppelhettigkeit und zu vermeidbarem lebenslänglichen Siechtum tühren.

Zwangsernährung von Häftlingen

Die Verpflichtung des Arztes, menschliches Leben mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln und nech den Regeln ärztlicher Kunst, ohne Ansehen von Person, Rasse, Religion, politischer Einstellung oder Handlungsweise zu erhalten und zu retten, ist unebdingbar.

Diese Verpflichtung findet jedoch dort ihre Grenze, wo ein eindeutiger, auf treier Willensbildung beruhender Entschluß eines einzelnen vorliegt, die ärztliche Behendlung abzulehnen und sich ihr soger ektiv zu widersetzen. Wenn ein Gefengener, trotz eingehender ērztlicher Aufklärung über die Folgen seiner Selbstgefēhrdung, jegliche Nahrungszutuhr verweigert, so hat der Arzt diese Entscheidung ebenso zu respektieren, wie bei jedem enderen Bürger und darf nicht durch Gesetz verptlichtet werden, eine künstliche Ernährung zwengsweise durchzuführen.

Der 30. Beyerische Ärzteteg schließt sich ohne Einschränkung der diesbezüglichen Deklaration des Weltärztebundes en, die dieser in seiner Tegung im Oktober 1975 in Tokio einstimmig beschloß.

Anhörung der Bayerischen Landesärztekammer in Gesetzgebungsverfahren

Der Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Steetsregierung nachdrücklich, die Beyerische Lendesärztekammer els Berutsvertretung der Ärzte künftig vermehrt und insbesondere schon im Stadium der Vorbereitung ihrer Beschlußfassung zu allen für Ärzte und ihre Berutseusübung wichtigen Fragen zu hören und damit der Regelung in Art. 2 Abs. 2 des Kammergesetzes Rechnung zu tragen.

Der Bayerische Ärztetag het kein Verständnis dafür, wenn z. B. bei der Bedeutung der Medizinischen Fachbereiche und ihrer klinischen Einrichtungen für die gegenwērtige und künftige gesundheitliche Versorgung unserer Mitbürger, bei der Anhörung zu Fragen des Hochschulgesetzes und des Hochschullehrergesetzes – neben anderen – zwar der „Beyerische Dozentenkonvent", der „Bayerische Beamtenbund" und die „Gewerkschaft Erziehung und Wissenschatt", nicht aber die gesetzliche Berufsvertretung der im Hochschulbereich tätigen Ärzte gehört wird!

Ergänzung des Entwurfes des Bayerischen Hochschullehrergesetzes

Der 30. Beyerische Ärztetag bittet die Abgeordneten des Bayerischen Lendtages, im Zuge der Beratungen des Regierungsentwurfes eines neuen Bayerischen Hochschullehrergesetzes (Senetsdrucksache 200/77) Art. 40 Abs. 1 dehingehend zu ergänzen, daß in die Gruppe der kraft Gesetzes in den Professorenstetus (neu) überzuleitende Personen auch eufgenommen werden:

1. Habilitierte Oberärzte (in der Besoldungsgruppe HS 2)
2. Hochschul- und Universitätsdozenten

Entwurf des Bayerischen Hochschullehrergesetzes

Einführung von wissenschaftlichen Hilfskrēften

Der Entwurf des Bayerischen Hochschullehrergesetzes (Senetsdrucksache 200/77) ermöglicht in seinem Art. 25 und 26 tür die Medizinischen Fechbereiche einen weitgehenden Ersatz des bisherigen wissenscheftlichen Assistenten im Stetus des Widerrutsbeamten bzw. Taritangestellten durch sogenannte „wissenschaftliche Hilfskrätte". Diese Ärzte müßten denn den Schutz tariflicher Vorschriften im ötfentlichen Dienst entbehren.

Die Universitätskliniken können ihren Auttrag in Lehre, Forschung und Krenkenversorgung ohne den Beitrag der Kotleginnen und Kollegen in wissenschaftlicher und fachärztlicher Weiterbildung unter keinen Umständen erfüllen. Der Klinikassistent ist mit den „wissenschattlichen Hilfskräften" in den meisten der anderen Fachbereiche der Hochschulen nicht vergleichbar!

Der Bayerische Ärztetag bittet den Bayerischen Lendtag, bei der Gesetzesberatung die Art. 25 und 26 so zu präzisieren, daß diese Betürchtungen unbegründet sind.

Vergütung unverzichtbarer Mehrarbeitsleistungen beamteter Klinikärzte

Der Bayerische Ärztetag bittet die Beyerische Staatsregierung, im Bundesrat initietiv zu werden und auf die Beseitigung oder zumindest erhebliche zeitliche Erstreckung der Befristungsktausel zu § 44 Satz 3 Bundes-Beamtenrechtsrahmengesetz in Art. IV des Gesetzes zur Änderung beemtenrechtlicher Vorschriften vom 12. Dezember 1973 hinzuwirken.

Die letztgenannte Vorschrift würde es eb 1. Januar 1978 unmöglich machen, die Mehrarbeit beamteter Ärzte finanziell auszugleichen, die über 40 Vollarbeitsstunden monatlich hinaus geleistet wird und nicht durch Gewährung entsprechender Freizeit eusgeglichen werden kenn.

Die personelle Situation an den Hochschulkliniken läßt es engesichts weiter angestiegener und sicher euch künftig ansteigender Autgaben in Lehre und Krankenversorgung nicht zu, den an sich wünschenswerten Ausgleich notwendiger Mehrerbeitsleistungen durch die Gewährung von Freizeit vorzunehmen.

Der Fortfall der Regelung, die eine Vergütung von mehr els 40 bis zu 80 Mehrerbeitsstunden monatlich zuläßt, führt leider nicht zu einer Änderung der tetsächlichen Verhēltnisse, der mit dieser Regelung Rechnung getregen worden

Wenn Sie Bluthochdruck feststellen...

MODURETIK

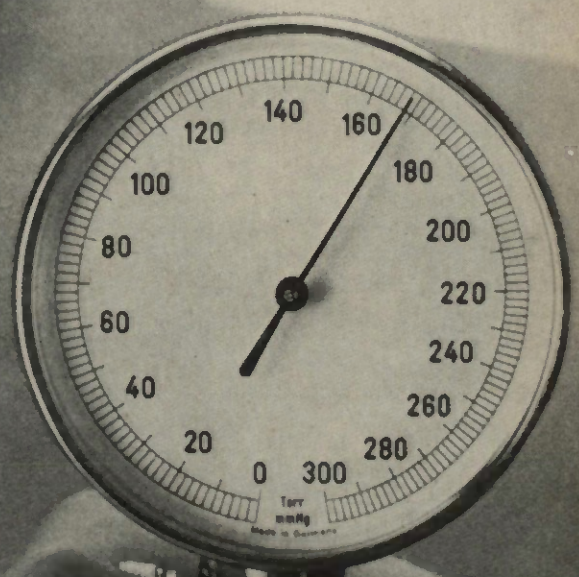
(Hydrochlorothiazid und Amilorid HCl)

MODURETIK senkt erhöhte Blutdruckwerte bei den meisten Patienten mit leichter bis mittelschwerer Hypertonie.

MODURETIK bewahrt das körpereigene Kalium; es schützt selbst bei langfristiger Einnahme vor nennenswerten Kaliumverlusten. Eine Kalium-Substitution ist nicht erforderlich.

Für die Mehrzahl der Patienten reichen eine oder zwei Tabletten MODURETIK täglich aus.

MODURETIK zählt heute zu den Basistherapeutika bei der Behandlung des Bluthochdrucks



Zusammensetzung: Eine Tablette Moduretik® enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxamid-hydrochlorid (Amilorid-hydrochlorid) und 50 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Kardial bedingte Ödeme und digitalisierte Patienten mit Ödemen, Hypertonie, sofern die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites. Moduretik® kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden. Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß Moduretik® deren Wirkung verstärkt. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von Moduretik® eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden. **Kontraindikationen:** Erhöhter Serum-Kaliumspiegel (>5,5 m Äq/l). Zugabe von kaliumsehemmenden Substanzen oder Kaliumsubstitution. Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie. Erhöhter Rest-N (>60 mg/100 ml). Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1 × täglich 1 Tablette Moduretik®. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serumelektrolytwerten angepaßt werden. **Zu beachten:** Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. **Besondere Hinweise:** Über die Anwendung von Moduretik® während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, Moduretik® während der Laktation zu geben, sollte abgestillt werden. Der Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer Moduretik®-Behandlung ist der Zustand der Nierenfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetes-Verdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte Moduretik® vorher abgesetzt werden. Ein latenter Diabetes mellitus kann unter der Verabreichung von Thiaziden manifest werden. Eine kaliumretinierende Therapie sollte bei Patienten mit Neigung zu Azidose (z.B. Diabetes mellitus) nur sehr vorsichtig eingeleitet und durchgeführt werden. **Handelsformen und Preise lt. A.T.:** 20 Tabletten DM 14.40, 50 Tabletten DM 29.55. Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP & DOHME

1-78-MDR-77-G-017-J

wer! Die personelle Situation in den Universitätskliniken het sich eher verschärft als entspannt!

Bei der Befristung der Regelung kann es nech Auttassung des Bayerischen Ärztetages nur verbleiben, wenn nennenswerte Mehrungen der Planstellen für Ärzte die Gewährung von Freizeitausgleich tatsächlich ermöglichen würde.

Überfüllung des Arztberufes

Es soll en den Gymnesien und in den Schüler- und Jugendzeitschriften anhend von herten Zehlen euf die bevorstehende Überfüllung des Arztberufes hingewiesen werden.

Approbationsordnung

Vorziehung der schriftlichen Prüfung

Der Beyerische Ärztetag bittet die Beyerische Staatsregierung, bei den Beratungen der 2. Novelle zur Approbationsordnung defür einzutreten, deß die bisher nach dem III. klinischen Studienabschnitt durchzuführende schriftliche Prüfung vorgezogen und nech dem II. klinischen Studienabschnitt, elso vor Beginn des Prektischen Jahres, durchgeführt wird.

Die mündliche Prüfung nech dem III. klinischen Studienabschnitt (PJ) Ist aut den Sinn dieses Ausbildungsebschnittes abzustellen.

Novellierung der Approbationsordnung

Der 30. Beyerische Ärzteteg ist der Auftassung, daß eine Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte dringlich notwendig Ist. Der Vorstend der Beyerischen Landesärztekammer wird eufgefordert, alles zu tun, um möglichst resch eine Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte in folgenden Punkten zu erreichen:

1. Wiedereinführung einer zusätzlichen klinischen Famuletur en Krankenhäusarn der Grund- und Regelversorgung.

2. Einreihung der Großen Vorlasung untar die Pflichtverenstaltung.

3. Festlegung der in jedam Stoffgebiet zu erreichenden Punktezahl der zentrelen schriftlichen Prüfung von auf mindestens 50 vom Hundert.

4. Danach Erteilung einer eingeschränkten, nicht zur Tätigkeit in freier Praxis berechtigten Approbation, sodenn ein Jahr Pflichtessistententzeit els Arzt am Krankenhaus bei Aufrechterheltung der Unterrichtsprinzipien des Praktischen Jehres en den Lehrkrenkenhäusern, deren Zehl tühlbar erhöht werden muß.

5. Koditizierung eindeutiger Einspruchs- und Kontrollrechte der Medizinischen Fekultäten gegenüber dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prütungsfragen durch eine Revision des Abkommens vom 14. Oktober 1970.

6. Ergênzung der obligatorischen zentralen schrittlichen Prüfungen – zumindest in ellen morphologischen und klinisch-praktischen Fêchern – durch eine dezentrale mündliche Prütung en den Universitäten.

Erweiterung der Famulaturzeit auf drei Monate

Die Tätigkeit bei einem Belegerzt soll voll euf die Famulaturzeit von drei Monaten angerechnet werden, de gleichzeitig die Besonderheiten der embulanten und der stationären ärztlichen Arbeit vermittelt werden können.

Beibehaltung der Famulatur beim niedergelassenen Arzt

Bei der Novellierung der Approbetionsordnung ist geplant, die Pflichtfamuletur euf drei Monate zu verlängern und im wesentlichen euf dia Klinik zu verlegen. Der Bayerische Ärztetag wendet sich gegen diese Absicht und befürwortet die Beibehaltung der bisherigen Regelung, die Famulatur beim niedergelassenen Arzt (insbesondere Allgemeinarzt) zu belessen. Das bisherige Verfahren hat sich in der Prexis gut bewährt und stellt derüber hineus eine wertvolle Anragung zur Motivation des engehenden Mediziners für das Berufsziel des Allgemalnarztes dar.

Approbationsordnung

Vermehrung der Lehrkrankenhäuser

Der Bayerische Ärztetag erneuert seine Fordarung, eine größere Zehl von Krankenenstelten els Lehrkrankenhäuser in die Ausbildung der Medizinstudenten im Prektischen Jahr einzubeziehen und insbesondere auch die Ableistung des freien Tertials en solchen Krankenhäusern zuzulassen.

Immer mehr wird eine unzumutbare Belastung der Patienten unserer Universitätskliniken durch den Lahrbetrieb am Krankenbett erkennber. Des in diesem Ausmaß nie erwarteta Ansteigen der Studentenzahlen läßt allenfells noch die Unterweisung der Studierenden im zweiten klinischen Studienebschnitt zu, nicht jadoch die Vermittlung eusreichender praktischer Erfahrungen en MPJ.

Der Bayerische Ärzteteg bittet bei dieser Sechlege alle Verantwortlichen, euch sorgfältig zu prüfen, ob nicht die gänzliche Verlagerung der Ausbildung im Prektischen Jahr an Lehrkrankenhäusern geboten ist.

Schutzkleidung für Studenten während des Praktischen Jahres

Der Bayerische Ärztetag hält es tür nicht vertretbar, wenn den im letzten Studienjehr in praktischer Ausbildung am Krankenbett tätigen Medizinstudenten en Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern teilweise keine Schutzkleidung gestellt wird.

Er bittet die Bayerische Staatsregierung, dem unverzüglich ebzuhelfen und eventuell notwendige Mittel hierfür bereitzustellen.

Die für die Krankenanstelten im Interesse des Personals wie auch der Patienten zu beachtenden Unfellverhütungsvorschriften gelten ohne Einschränkung euch für steatliche und sonstige Kliniken öffentlicher Träger und auch tür dort zur prektischen Ausbildung tätigen Personen!

Kantinenverpflegung für Studenten im Praktischen Jahr

Der Bayerische Ärztetag bittet die Landesuniversitêten und die Träger kommuneler Lehrkrenkenhäuser, den Medizinstudenten im Praktischen Jahr die kostenfreie Teilnahme en der Anstalts- oder Kentinenverpflegung zu ermöglichen.

Obgleich Studenten, ist es MPJ durch ihre Einbindung in den Klinik- und Krankenheusbetrieb unmöglich, em Mensaessen teilzunehmen. Derzeit läßt es dia im Regelfall höchst unbefriedigende wirtschaftliche Lage der MPJ els unsoziel erscheinen, wenn sie am Anstaltsessen nur gegen Kostenerstettung teilnehmen können.

Senkung der Neugeborenensterblichkeit und Verminderung von geistigen und körperlichen Behinderungen durch Verbesserung der personellen Struktur der Krankenhäuser

Der 30. Bayerische Ärztetag appelliert an die Bayerische Staatsregierung, insbesondere das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, die personelle Struktur der Krankenhäuser wenigstens den Emptehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft eus dem Jahre 1974 anzupessen. Debei ist vor ellem die in den letzten Jahren ausgereifte Intensivptlege von Neugeborenen und Risikokindern zu berücksichtigen.

Diese Anpassung ist eine unebdingbare Voreussetzung zur Senkung der Neugeborenensterblichkeit und zur Verminderung von geistigen und körperlichen Behinderungen.

Verkürzung der Untersuchungs- und Behandlungszeit der Krankenhausärzte

Der 30. Bayerische Ärztetag hat mit großem Befremden von den verötfentlichten Überlegungen Kenntnis genommen, welche dem Arzt im Krenkenhaus die dem einzelnen Patienten zu widmende gesamte Untersuchungs- und Behendlungszeit von bisher 24 bis 29 Minuten euf zwölf Minuten verkürzen wollen. Arbeitseufwendanalysen, wie sie von den Lendesgesundheitsministerien vor kurzem beschlossen worden sind, können nur technische Bereiche erfassen; die menschliche Zuwendung und Betreuung, denen tür den Genesungsprozeß ein mindestens ebenso hoher Stellenwert beizumessen ist, können dagegen nicht mit der Stoppuhr gemessen werden. Der Beyerische Ärztetag entspricht mit der Forderung nach mehr Zeit des Arztes für den einzelnen Patienten im Krankenhaus einer zentralen Forderung unserer Gesellschatt.

Krankenhausbedarfsplanung im Freistaat Bayern

Der 30. Bayerische Ärztetag hält die Krankenheusbedarfsplenung im Freistaat Bayern tür ein hilfreiches und sachgerechtes Instrument zur Erlangung einer fachlich ausgewogenen kostengünstigen und flächendeckenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung im stetionären Bereich. Durch die öftentliche Diskussion der letzten Wochen und Monate sieht er sich jedoch verenlaßt, aut die Gleichrangigkeit politischer, wirtschattlicher und medizinischer Planungsüberlegungen hinzuweisen. Er erwertet von allen an der Planung Beteiligten und für sie Verentwortlichen die Erhaltung der Vielfalt der Krankenhausträger und die Sicherung notwendiger Arbeitsplätze. Insbesondere legt er Wert auf eine Krankenhausplenung, in der sich die von der gesamten deutschen Ärzteschatt getragenen Vorstellungen der Struktur des ärztlichen Dienstes und eines modernen Belegarztsystems verwirklichen lassen. Den Bedürfnissen der ärztlichen Weiterbildung muß dabei Rechnung getragen werden.

Belegarzttätigkeit

Der Bayerische Ärztetag eppelliert en den Herrn Staatsminister tür Arbeit und Sozielordnung, Herrn Dr. Pirkl, und seine zuständigen Miterbeiter, trotz der belegerztteindlichen Grundeinstellung der Bundesregierung, wie sie besonders im KVKG zum Ausdruck kommt, im Freisteet Bayern alle Möglichkeiten der Erhaltung und Förderung der belegärztlichen Tätigkeit auszuschöpfen, insbesondere in bezug euf die §§ 184/2 und 371 RVO.

Umwandlung von Medizinalassistentenstellen in Vollassistentenstellen

Der 30. Bayerische Ärztetag fordert alle Verantwortlichen, insbesondere die Bayerische Krankenhausgesellschaft, aut, datür Sorge zu tragen, daß die im Zuge der neuen Approbationsordnung freiwerdenden Medizinalassistentenstellen in Vollassistentenstellen umgewandelt werden.

Eine ersatzlose Streichung der Medizinalassistentenstellen würde eine Getährdung der Patientenversorgung zur Folge haben.

Vermehrung der Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte an Krankenhäusern

Der 30. Bayerische Ärztetag fordert wirksame Maßnahmen, die die Erfüllung der Weiterbildungsrichtlinien für Allgemeinmediziner sicherstellen. Hierzu müssen in vermehrtem Umtenge geeignete Weiterbildungsstellen, sowohl en Krankenhäusern als euch in der freien Praxis, vorgehelten werden.

Mehr Pflegebetten und mehr Hilfsdienste für den alten Menschen

Die voraussichtliche Zunahme der über 75jährigen in der Bundesrepublik Deutschlend von 1975 bis 1990 um über 30 Prozent erfordert mehr Ptlegebetten

Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Secch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 7,85; 120 Tebl. DM 13,45; 360 Tebl. DM 31,95

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



tür chronisch kranke und bettlägarige elte Menschen und mehr Hiltsdienste für den elten Menschen.

Der Beyerische Ärzteteg ersucht die Krenkenheusträger und die Träger der Altenheima, in den nächsten Jahren die Zehl der Pflegebetten zu vergrößern.

Gieichzeitig ersucht er die Kollegen in Stedt und Land, bei der Ausbildung von Hilfskräften für den elten Menschen in Altenpflegekursen und Kursen in häuslicher Krankenpflege mitzuhelfen.

Begründung:

Nach der statistischen Vorausschätzung des Stetistischen Bundesemtes wird die Zehl der über 75jährigen von 1975 bis 1990 von ca. 2 910 000 euf ce. 3 759 000 steigen (30 Prozent). Nach Beobachtungen, auch in enderen Lēndern, sind unter den über 65jährigen ce. fünf Prozent Pflegetälle als Folge von Alterskrenkheiten und körperlichen Gebrechen. Für die neu notwendigen 50 000 bis 60 000 Pflegebetten kenn der Umbau von freigewordenen Trekten in Krankenhēusern und der Umbeu von Altenheimen in Pflegeheime ebhelfen. Hand in Hand mit der Umstrukturierung der Aitenheime muß der Ausbau der Hilfsdienste für den in seiner Wohnung bleibenden elten Menschen gehen. Dazu muß eine große Anzehl hauptamtlicher und freiwilliger Altenptieger gewonnen und eusgebildet werden.

Sozialpädiatrische Zentren

Etwe 750 000 behinderte Mitbürger leben in Bayern und stehen in unserer Verantwortung. – Noch ist jedes zehnte Neugeborene in Gefahr, bleiben etwa drei Prozent der überlebenden Risikokinder tür ihr ganzes Leben behindert.

Der Erste Beyerische Lendesplen für Behinderte gilt els Beitreg für eine moderne Rehabilitation, deren frühzeitige, richtige und engemessene Hilte dem Behinderten die Selbsthilte ermöglichen soll, deren Ziel integrētion, nicht Isoliarung, zuerst Persönlichkeitsentfaltung und nachrangig Leistungssteigerung bedeutet.

In dieser Rehabilitation beensprucht die *Frühförderung* behinderter und von Behinderung bedrohter Säuglinge und Kleinkinder eine absolute Priorität. Debei benötigt das behinderte Kind die Nēhe der Femille, für seine Förderung ist die Mitwirkung der Eltern unebdingber.

Eine difterenzierte *Früherkennung*, insbesondere von Mehrfechbehinderungen, bederf in ailen Fēllen einer ärztlich interdisziplinären Diegnostik, in vielen Fällen einer Zusammenerbeit mit Pēdegogen und Psychologen.

Art und Umfeng dieser Leistungen mechen eine weitgehend zentrale Orgenisetion notwendig.

Die in die Diagnostik und vor ellem in die Therapie einzubeziehenden hēuslichen und femiliären Verhēltnisse erfordern die Mitwirkung des Hauserztes.

Der Grundsatz der Femiliennähe und der Elternmitwirkung schließt in der *Frühbehandlung* eine Zentrelisierung medizinisch-therepeutischer und pädegogisch-psychologischer Hilfen nehezu eus.

Ein so gegliedertes System der Frühförderung bederf selbstverständlich intensiver Bemühungen seiner Träger um inhaltlich-fechliche und wirtscheftlich-organisetorische Zusammenerbeit.

Der 30. Beyerische Ärzteteg bekennt sich zu diesem Konzept der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. – Er lehnt die mehrheitlich auf der 39. Sitzung der Ständigen Konferenz der Lēnder-Gesundheitsminister in Bremen geforderte Bildung von „sozielpädiatrischen Zentren" eb.

Er bittet die Beyerische Steatsregierung um rasche Einrichtung der im Lendesbehindertenplan vorgesehenen fünf überregionalen Diegnosezentren. – Dabei sollte deren Orgenisetion von einer Gemeinscheftsprexis oder Arbeitsgemeinschaft verschiedener niedergelassener Fechērztę oder von verschiedenen Fechebteilung in Universitētskliniken oder Kinderkrenkenhäusern mit Einrichtungen pädagogisch-psychologischer Ausrichtung modellhaft getregen werden.

Er denkt ellen Trägern von Behindertenelnrichtungen für die bisher geleistete Aufbeuarbeit in der Frühbehandlung, die ohne ihre Initiative nicht möglich gewesen wäre.

Er fordert alle Leistungsträger euf, sicherzustellen, deß diese Arbeit auch in der Zukunft durch eine sachgerechte personelle und finanzielle Ausstettung der Behinderteneinrichtungen dort weiterzutühren ist.

Ausbau des Faches Gesundheitslehre in allen Schulgattungen

Der Beyerische Ärzteteg ersucht die Abgeordneten des Beyerischen Lendteges und die Schulbehörden, dem Fach Gesundheitslehre in ellen Schulgettungen wieder stärkere Beachtung zuzumessen. Es soll den herenwachsenden Menschen zu einer gesunden Lebensweise führen. Auch der Sexualunterricht könnte hier ohne besondere fechmēßige Hervorhebung seinen notwendigen Platz finden.

Für die Mädchen eller Schulgettungen sollte dem Unterricht in Säuglingspflege, Krankenptiege und moderner Ernährungslehre wieder stärkere Beechtung geschenkt werden. Debei sollten sie nicht nur zur praktischen Ausübung befähigt werden, sondern euch echte menschliche Werte gefördert werden.

Beyern sollte in seiner großen Tradition*) auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung den enderen Bundeslēndern beispielheft vorengehen.

Bayerische Ärzteversorgung

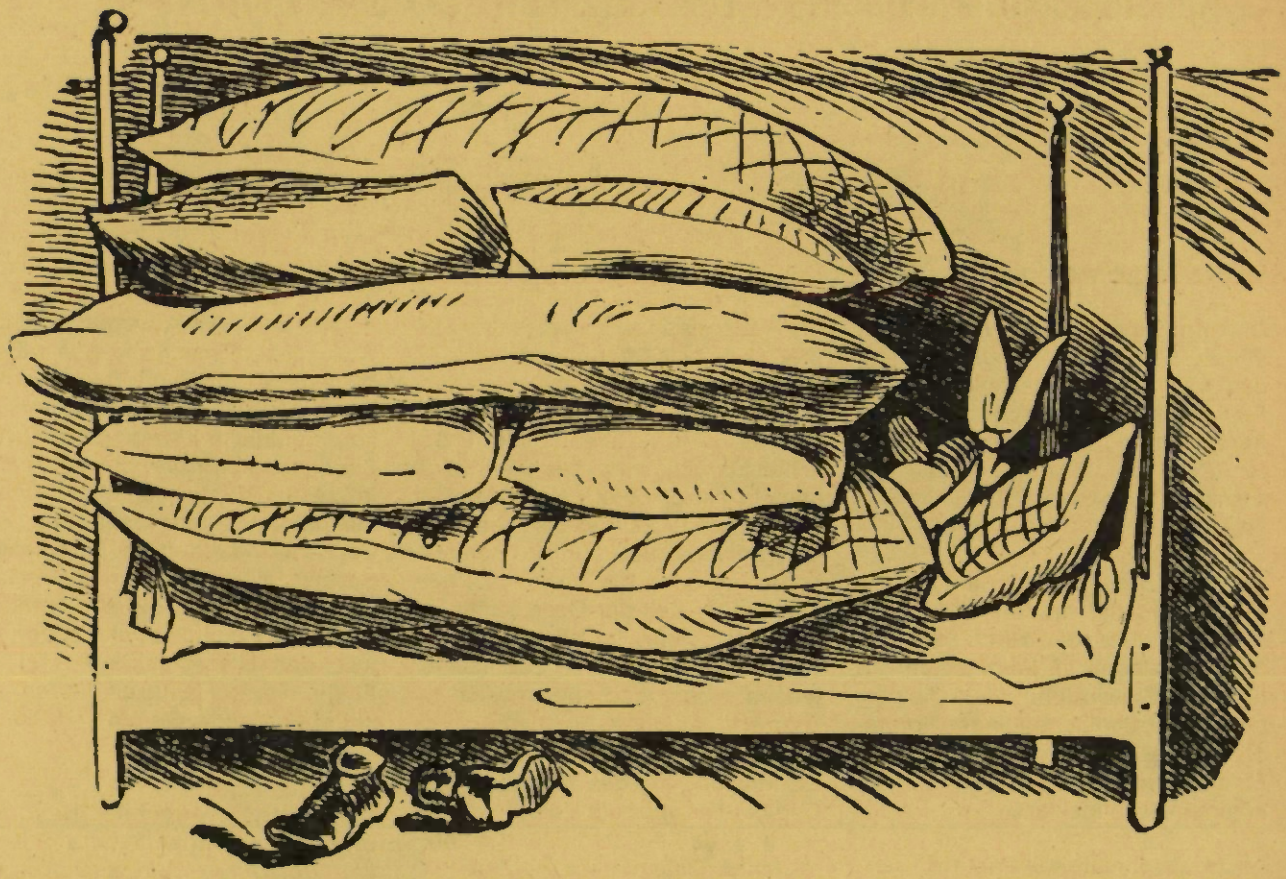
Der 30. Bayerische Ärztetag fordert das Präsidium der Bayerischen Versicherungskemmer eut, in Anbetrecht der zunehmenden politischen Bedrohungen der bestehenden gesetzlichen berufsständischen Versorgungseinrichtungen der vom Verweltungseusschuß der Beyerischen Ärzteversorgung eufgestellten Forderungen nach Bereitstellung eusreichender Mittel zur Erstellung von Rechtsgutachten und für die Öffentlichkeitserbeit, Errichtung einer modernen EDV der Bayerischen Ärzteversorgung und eusreichende und quelitizierte personelle Ausstettung sowie Unterbringung der Anstalt in geeigneten Räumen eisbeld zu entsprechen.

Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer

Der 30. Bayerische Ärzteteg fordert des Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus euf, Streitfälle zwischen Patienten und Ärzten der bayerischen Universitätskliniken der Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer zuzuführen.

*) In Beyern geb es vor über 150 Jahren im Königlich-beyerischen Schulplen schon das Fech Gesundheitslehre und Körperlehre. Eines der ältesten Schul-Gesundheitsbücher der Welt stammt eus dem Jehre 1832 von dem Lehrer Anton Vitzthum eus Moosburg bei München.

Vergrippt nochmal!



»Vielleicht,« denkt Kracke,»wird das Schwitzen
Möglicherweise etwas nützen«

Doch ach – in seinem Jammertale
Benötigt er Kolton grippale!

jetzt ohne Amino-phenazon

Kolton® grippale

Dragees und Saft

Indikationen: Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhalischen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.
Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).
Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, o-Äthoxybenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelöffel (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymianfluidextrakt DAB 6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Efeukraut 50 mg.
Hinweis: Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrern und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.
Für Diabetiker: 1 Teelöffel (5 ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5 g Glukose.
Handelsformen: OP mit 20 Dragees DM 5,70; OP mit 125 ml Saft DM 6,75.

PROMONTA HAMBURG

Gynäkologische Karzinome — Das Karzinom der Cervix uteri

von K. J. Lohe und J. Baltzer

Aus der I. Frauenklinik und Staatlichen Hebammenschule der Universität München
(Direktor: Professor Dr. med. J. Zander)

Epidemiologie und Ätiologie

Das Karzinom der Cervix uteri ist neben dem Endometriumkarzinom das häufigste Genitalkarzinom der Frau. Die Erkrankung befällt vorwiegend Frauen in der geschlechtsreifen Zeit. Der Altersgipfel der erkrankten Patientinnen liegt um das 50. Lebensjahr.

In den letzten Jahren ist in Ländern mit guter statistischer Erfassung eine Abnahme der Häufigkeit des Zervixkarzinoms zu beobachten. Ob für diese Entwicklung allein die verbesserte Frühdiagnostik der Vorstadien angesehen werden kann, oder ob andere mögliche Faktoren hinzukommen, ist ungeklärt.

Als prädisponierende Faktoren werden mangelnde Sexualhygiene, frühzeitige Aufnahme sexueller Beziehungen, Promiskuität und hohe Geburtenzahl angesehen.

Eine Virusgenese (Herpes-simplex-Virus Typ II) wird diskutiert, ist aber keineswegs erwiesen.

Vor- und Frühstadien

Als Vorstadien des Zervixkarzinoms bzw. als Veränderungen mit erhöhtem Risiko werden die Dysplasie und das Carcinoma in situ angesehen. Sie sind durch unterschiedlich stark ausgeprägte intraepitheliale Zellatypien bei noch nicht erfolgter Stromainvasion gekennzeichnet.

Als Frühstadien werden die frühe Stromainvasion und das Mikrokarzinom zusammengefaßt. Die frühe Stromainvasion läßt im Bereich eines Carcinoma in situ eine eben beginnende Invasion des Stromas mit kolben-, zapfen- oder füßchenartigen Epithelausläufern erkennen. Beim Mikrokarzinom liegt ein echter, kleinster Krebs vor.

Die Vor- und Frühstadien sind in etwa 90 Prozent der Fälle im Bereich der Verschiebezone von Plattenepithel und Zylinderepithel lokalisiert. Diese Zone läßt typische Beziehungen zu Alter und Ovarialfunktion erkennen. Mit zunehmender Geschlechtsreife wird das Zervixdrüsenfeld ektropioniert. Nach der Geschlechtsreife zieht es sich wieder in den Zervikalkanal zurück. Dementsprechend sind die Vor- und Frühstadien zur Zeit der Geschlechtsreife in der Mehrzahl an der Portiooberfläche, im höheren Lebensalter jedoch vorwiegend endozervikal lokalisiert.

Die Entwicklung des Karzinoms der Cervix uteri über die Vorstadien benötigt in den meisten Fällen mehrere Jahre. Gelegentlich werden Veränderungen beobachtet, die in wesentlich kürzerer Zeit entstanden sein müssen. Durch dieses Wachstumsverhalten kann ein großer Teil der Zervixkarzinome im Vor- oder Frühstadium bei regelmäßigen Vorsichtsuntersuchungen erkannt werden.

Das invasive Karzinom der Cervix uteri

Das Zervixkarzinom geht in etwa 94 Prozent der Fälle vom Plattenepithel und in etwa sechs Prozent der Fälle vom Drüsenepithel aus. Sowohl die Plattenepithel- als auch die Adenokarzinome zeigen ein breites Spektrum unterschiedlicher Differenzierungen vom reifen bis zum anaplastischen Tumortyp. Die Karzinome wachsen exophytär oder endophytär an der Portiooberfläche oder endozervikal. Ob spezielle Tumoreigenschaften, wie Differenzierung, Art und Lokalisation des Tumors, Ausmaß der entzündlichen Stromareaktion, eine prognostische Aussage zulassen, ist nicht endgültig bewiesen.

Das Tumorwachstum bleibt zunächst auf die Zervix beschränkt. Mit zunehmender Tumorgröße nehmen Wahrscheinlichkeit und Ausmaß der Metastasierung in die Beckenlymphknoten zu. Bevor das Karzinom auf kontinuierlichem Wege die seitlichen Zervixgrenzen überschreitet, hat es in zwei Dritteln der Fälle bereits Lymphknotenmetastasen an der Beckenwand oder im Parametrium gesetzt. Fortgeschrittene Tumoren ummauern häufig die Ureteren. Hydronephrose und zunehmender Verlust der Nierenfunktion sind die Folge. Fernmetastasen finden sich in Leber, Lunge, Gehirn und Skelettsystem.

Die klinisch vermutete Tumorausbreitung bei Patientinnen mit Karzinom der Cervix uteri wird nach den Kriterien der FIGO in Form einer internationalen Stadieneinteilung festgelegt (FIGO, 1976):

Stadium 0	— Carcinoma in situ
Stadium I	— Karzinom auf die Zervix beschränkt
Stadium I a	— Mikroinvasives Karzinom (frühe Stromainvasion)
Stadium I b	— Alle enderen Fälle des Stadiums I Okkulte Karzinome sollten als („occ.") registriert werden
Stadium II	— Das Karzinom geht über die Zervix hinaus, hat die Beckenwand noch nicht erreicht, befällt die Vagina, aber noch nicht das untere Drittel
Stadium II a	— Keine eindeutig erkennbare paremetrane Infiltration
Stadium II b	— Parametrene Infiltretion
Stadium III	— Das Kerzinom erreicht die Beckenwand, bei der rektalen Untersuchung besteht kein tumorfreier Raum zwischen Tumor und Beckenwand. Der

Für Sie von Ihrem Arzt

thema 1 GESUNDHEIT

Nr. 1 Oktober 1977

Das doppelte Herz

Für wenige ein Stück Leben



Bernard hätte noch die Operationen seines Team...

auf seite

2 Dritte Zähne wachsen an
Bier im Blut isoliert aufgespürt
Prostata
3 So trimmt ihr Arzt sein Wissen
Rezepte mit Bleistiftkreuz
Prominente
4 Ärzten opferte sich
Tips für den Wartezimmer- und für zu Hause

Für Sie von Ihrem Arzt

thema 1 GESUNDHEIT

Nr. 2 November 1977

Medizin ist unparteiisch

Partei, Weltanschauung, Rasse spielen bei der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung keine Rolle. Die Medizin ist unparteiisch. Und kein Arzt wird in der Behandlung seines Patienten abbrechen, weil dieser seine Konfession ist, Gewerkschaftler oder Mitglied einer Partei. Und doch ist unverkennbar, daß der vorherrschende in der Bevölkerung so viel kritisierten Ehrenberg-Gesetze zur Kostendämpfung und Systemveränderung in der Sozialversicherung zuvor alle Gremien der SPD haben, ...

Alles blickt auf Prinzessin Anne



auf seite

2 Ehepaare
Chancen
Ein krebskrankes Kind
Depressionen
3 Alle reden über unser „Thema 1"
Leb jeden dritten Mann
Witzigen
4 So wird Geld geschluckt
Runder mit dem Gesicht
Zuletzt: Gewußt wo

Ins Gewissen reden

Jugendwahn, in der Jugend denkt man bei Thema 1 noch nicht so oft an die Gesundheit. Für die weit überwiegende Mehrheit der Erwachsenenbevölkerung aber ist Gesundheit Thema 1. Meinungsumfragen ermittelt regelmäßig unter allen unseren Wünschen an erster Stelle: Gesundheit!

Glück, Geld — auch der wünschen wir uns vor allem ja doch Gesundheit. Gesundheit ist soviel: nicht allein auf der Welt, aber unser Gesundheit bringt uns nicht weiter, nichts. Leider ist für die jetzige Bonner Regierung die Gesundheitspolitik nur Thema 1. Ihr sind Ausgaben nur Gesundheitsversicherung unter Heilige Kostenlawine, die bei ihr sind spricht. Thema 1 Gesundheit" will diese Regierung übernehmen, daß Gesundheit einem aller Thema 1 bleibt. ...

Bonn schadet uns allen



Die Frau ist Spitze

Krankenschein wird abgewertet
Rentner besonders getroffen
Kein Vertrauen zu Ehrenberg

Grippe-Welle befürchtet: Impfen lassen



Geschützt vor der Cholera

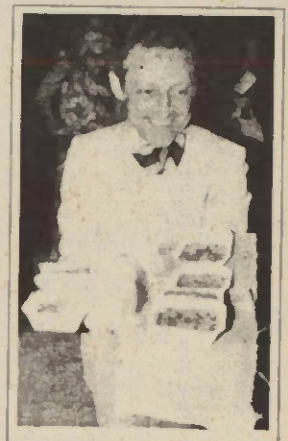
1× im Jahr: Vorsorge

Was früh erkannt wird, das hat die besten Heilungschancen. Daher rät der gute Arzt allen Frauen: Sprechen Sie darüber mit dieser Mann. Überzeugen Sie beide die beiden längst vergessenen Hemmungen. Jede moderne Frau über 20, jeder kluge Mann über 44 geht jährlich einmal zur Vorsorge-Untersuchung zum Arzt. Krebsleid- und Krebs-Erkrankungen müssen nicht bedrohlich werden, wenn sie durch ihre Vorsorge früh entdeckt werden können. Und außerdem: keine Ausrede, nicht vor dem Zahnarzt drücken! r-h

Sie „proben" mit Krankenschecks

Der Patient wird zur Nummer

Einige Ideologen manipulieren die Gesundheitspolitik der SPD



Fit trotz Streß

Liebe Leserin! Lieber Leser!

Schall entdeckt Zahnlockerung

Wenn man jetzt husten und nies...

Schrittmacher für 40 000 Herzen

Kosten sanken ohne das Gesetz

Die Patienten-Zeitung „thema 1 Gesundheit" (die Titelseiten der Oktober- und der November-Ausgabe sind hier sehr stark verkleinert wiedergegeben) erscheint monatlich. Zwei-Farben-Druck, vierseitig, Format 26 × 34 cm

Diese Zeitung gehört in die Hand Ihrer Patienten!

„thema 1 Gesundheit" informiert objektiv, klärt auf, kommentiert:

Bestellen auch Sie 100 Exemplare „thema 1 Gesundheit" monatlich für Ihr Wartezimmer!

„thema 1 Gesundheit", die neu geschaffene Patienten-Zeitung der Ärzteschaft, ist auf dem rechten Weg. Beweis Nummer 1: der Versuch des Bundesministers Ehrenberg, die journalistischen Kritiker seiner Politik gleich nach Erscheinen der ersten Ausgabe unter Druck zu setzen. Beweis Nummer 2: das erfreulich positive Echo, das „thema 1 Gesundheit", die von den Ärzten seit langem geforderte eigene Patienten-Zeitung, von Beginn en gefunden hat. Die Zahl der 100-Exemplare-Abonnements (monatlicher Frei-Haus-Preis nur 20,– DM) steigt Tag um Tag. Objektiv informierend, aufklärend, kommentierend, muß „thema 1 Gesundheit" gerade jetzt für die Ärzte und für die Bevölkerung mit der Kraft eines Massenmediums wirken: Auch Sie sollten Ihr 100-Exemplare-Abonnement dieser Zeitung bestellen – noch heute, zum Lesen und Mitnehmen für Ihre Patienten im Wartezimmer!

Bestellschein

Bitte auf Postkarte geklebt oder in frankiertem Briefumschlag einsenden

An
thema 1 Gesundheit
Vertriebsabteilung
Postfach 40 04 40
5000 Köln 40

thema 1 GESUNDHEIT

Ja, diese Zeitung – Monat für Monat aktuell – will euch ich meinen Patienten in die Hand geben: zum Lesen im Wartezimmer, zum Mitnehmen nach Hause (damit die Angehörigen künftig ebenfalls mehr wissen)!

Bitte, liefern Sie mir ab sofort an die unten angegebene Anschrift (Arztstempel) jeden Monat

☐ 100 Exemplare „thema 1 Gesundheit" zum monatlichen Frei-Haus-Preis von 20.– DM

Dieses Abonnement gilt zunächst für ein halbes Jahr; es soll weiterlaufen, wenn drei Monate vorher keine Abbestellung erfolgt.

Ich bestätige ausdrücklich, von meinem Recht des schriftlichen Widerrufs dieses Auftrags innerhalb einer Woche nach Bestelldatum Kenntnis genommen zu haben.

Datum Arztstempel Unterschrift

Tumor hat das untere Scheidendrittel befallen. Nachweis einer Hydronephrose oder stummen Niere

Stadium III e – Keine Ausdehnung bis zur Beckenwand

Stadium III b – Ausdehnung bis zur Beckenwend und/oder Hydronephrose oder stumme Niere

Stadium IV – Das Karzinom hat das kleine Becken überschritten oder hat die Blasen- oder Rektumschleimhaut befallen

Stadium IV e – Übergehen des Tumorwachstums auf engrenzende Organe

Stadium IV b – Fernmetastasen

In einer Zusammenstellung der FIGO (1976) entfallen bei 61 146 Patientinnen mit Zervixkarzinom auf das Stadium I 30,1 Prozent, auf das Stadium II 36,8 Prozent, auf das Stadium III 28,3 Prozent und auf das Stadium IV 4,8 Prozent der Tumoren.

Problematisch bleibt bei dieser Stadieneinteilung die Diskrepanz zwischen der klinisch vermuteten und der histologisch erwiesenen Tumorausbreitung. Eigene Untersuchungen bei operierten Patientinnen ergaben lediglich in 69 Prozent der Fälle eine Übereinstimmung beider Untersuchungsmethoden.

Diagnose

Die Vor- und Frühstadien sind in der Regel symptomlos.

Beim Zervixkarzinom stehen Blutungen, häufig durch mechanische Irritation der Tumoroberfläche verursacht (Kontaktblutungen), im Vordergrund. Schmerzen stellen ein Spätsymptom dar, wenn das Karzinom die Organgrenze überschritten hat und sensible Nerven des Lumbosakralbereiches tangiert werden. In diesem fortgeschrittenen Stadium können nekrotisch zerfallende Tumoren einen übelriechenden, mißfarbenen Ausfluß verursachen.

Bei der Erkennung der Vor- und Frühstadien des Zervixkarzinoms stehen die zytologische Diagnostik des von der Portio und aus dem Zervikalkanal entnommenen Zellabstriches und die kolposkopische Untersuchung der Portio im Vordergrund. Der klinische Befund ohne Anwendung von zusätzlichen Hilfsmitteln erlaubt keinen verbindlichen Hinweis auf vorhandene Epithelatypien.

Die zytologische Befundung erfolgt nach dem von Papanicolaou angegebenen Schema. Die Gruppen I und II sind als gutartige Befunde zu bewerten. In der Gruppe III sind zweifelhafte zytologische Befunde zusammengefaßt, die in ihrer Dignität weder eindeutig gutartig, noch eindeutig bösartig beurteilt werden können. Sie zwingen den Arzt immer zu einer kurzfristigen Kontrolle. Nach Behandlung entzündlicher oder degenerativer Zellveränderungen ist häufig eine eindeutige Befundzuordnung möglich. Bei der Gruppe IV besteht zytologisch der Verdacht auf das Vorliegen eines Carcinoma in situ oder eines beginnend invasiven Karzinoms. Die Gruppe V beinhaltet den dringenden Verdacht auf das Vorliegen eines invasiven Karzinoms.

Die Treffsicherheit der Zytodiagnostik bei der Erkennung präinvasiver und invasiver Epithelveränderungen am Gebärmutterhals wird heute mit über 90 Prozent angegeben.

Für die verbindliche Diagnose einer präinvasiven oder invasiven Epithelveränderung ist die histologische Diagnose unerläßlich.

Zur histologischen Abklärung verdächtiger Zervixveränderungen haben sich bestimmte Methoden der Gewebeentnahme bewährt: Die Bröckelentnehme und die Konisation der Cervix uteri.

Die Bröckelentnahme ist bei allen Formen des sogenannten klinischen Karzinoms, also bei dem Karzinom, welches unmittelbar für das Auge erkennbar ist, angezeigt. Das Gewebe wird mit der Bröckelzange, mit dem scharfen Löffel oder mit einer kleinen scharfen Kürette entnommen.

Die Konisation der Zervix mit dem Skalpell ist die Methode der Wahl zur histologischen Abklärung von kolposkopisch und/oder zytologisch vermuteten Vor- und Frühstadien des Zervixkarzinoms. Die Größe des zu entfernenden Gewebekegels richtet sich nach Gestalt und Größe der betreffenden Zervix, dem Alter der Patientin und der zu erwartenden Lokalisation der Veränderung. Im Anschluß an die Konisation ist die Kürettage des Restzervikalkenals und des Cavum uteri zum Abusschluß eines höhersitzenden Karzinoms unerläßlich.

Eine Probeexzision mit dem Skalpell ist nur zur Entfernung umschriebener Tumoren an der Portiooberfläche indiziert. Bei der Knipsbiopsie mit der Biopsiezange, eventuell unter kolposkopischer Sicht, erhält man ein wesentlich kleineres Gewebsstück aus der Portio, in dem die schwerste Epithelveränderung häufig nicht enthalten ist. Diese Art von Gewebeentnahme kann unter Umständen zu einer Überbewertung durch den Pathologen führen, der seine Diagnose an einem zu kleinen Gewebestückchen stellen muß.

Als weitere prätherapeutische diagnostische Maßnahmen können beim klinisch unmittelbar erkennbaren Karzinom das i.v.-Pyelogramm, das Isotopennephrogramm und die Lymphographie zusätzliche Anhaltspunkte für die Festlegung der Karzinomausbreitung geben.

Therapie

Bei der Behandlung der unterschiedlichen Formen des Zervixkarzinoms besteht heute die Tendenz zu einer möglichst individuell angepaßten Therapie. Voraussetzung für ein derartiges Vorgehen ist eine enge Kooperation zwischen behandelndem Gynäkologen und der Patientin einerseits und behandelndem Gynäkologen, Zytologen und Pathohistologen andererseits.

Für die Vorstadien (Dysplasie, Carcinoma in situ) ist in der Regel die diagnostische Konisation zugleich die ausreichende Therapie, wenn die Veränderung vollkommen entfernt werden konnte. Anderenfalls wird man sich häufig zur einfachen Uterusexstirpation entschließen. Wenn in besonderen Fällen der Uterus auch bei nicht vollkommen entfernter Veränderung belassen werden soll, sind regelmäßige zytologische Kontrollen in kurzfristigen Abständen notwendig. In Abhängigkeit vom jeweiligen zytologischen Untersuchungsergebnis muß dann über die Notwendigkeit der Uterusexstirpation im Einzelfall entschieden werden.

Wir erweitern unsere Palette gegen Husten



- bronchospasmolytisch
- schleimhautabschwellend
- antiallergisch
- entzündungshemmend
- hustenstillend
- sekretolytisch
- expektorierend
- analgetisch

NEU von Knoll

Paracodin® comp. Saft

ist mehr als ein Hustenpräparat – es erfaßt auch chronische und spastische Bronchialerkrankungen.

Zusemmeneetzung
5 ml (= ca.1 Teelöffel) enthalten 21,5 mg Bamipin (Wirkstoft von Soventol®)citrat, 50 mg Guailenesin, 19,5 mg l-Ephedrinsulfat und 10 mg Dihydrocodein (Wirkstoff von Paracodin®) hydrogentartrat.

Indiketionen
Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere bei Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Pertussis, Bronchitis, wie chronische und spastische Bronchitis, Emphysembronchitis sowie bei Asthma bronchiale und Bronchiektasien, Lungentuberkulose und Pneumokoniosen.

Dosierung
Schulkinder erhalten ½-1 Teelöftel, Erwachsene 1-2 Teelöftel voll, bis zu 3 mal täglich.

Nebenwirkungen
Bei emplindlichen Petienten kann es zum Auftreten von Nervosität, Herzkloplen, Zittern, Mundtrockenheit, Einschlafstörungen oder Verstoplung kommen. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Dosisreduktion.

Kontreindiketionen
Hypertonie; Thyreotoxikose; schwere organische Herz- und Geläßveränderungen, Rhythmusstörungen; Prostataadenom, Winkelblockglaukom; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

Besondere Hinweise
5 ml (= ca. 1 Teelötfel) Paracodin comp. Saft enthalten 500 mg Alkohol (Äthanol). Paracodin comp. Saft kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkohol.
Für Kinder unter 6 Jahren ist Paracodin comp. Saft nicht geeignet. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Paracodin comp. – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Hendeleformen
50 g Saft O.-P. DM 4,65
100 g Saft O.-P. DM 8,05

KNOLL AG
6700 Ludwigshafen

Für die Frühstadien (frühe Stromainvasion, Mikrokarzinom) ist in den meisten Fällen keine operative Behandlung notwendig, die über die einfache Uterusexstirpation hinausgeht. Beim Mikrokarzinom ist in Abhängigkeit vom histologischen Bild (Tumoreinbruch in Gefäßlichtungen) ein differenzierteres Vorgehen notwendig. Ergibt die präoperative histologische Untersuchung einen Gefäßeinbruch von Tumorzellen, so ist die zusätzliche Entfernung der Beckenlymphknoten ratsam. Ein radikales operatives Vorgehen mit Entfernung von parametranem Gewebe ist nicht notwendig.

In ausgewählten Fällen kann bei jungen Frauen mit Kinderwunsch die Konisation als endgültige Behandlung der Frühstadien (frühe Stromainvasion, Mikrokarzinom) ausreichen. Voraussetzung hierfür ist jedoch der histologisch erbrachte Nachweis der vollkommenen Entfernung der Veränderung. Ein solches, mehr konservatives therapeutisches Vorgehen setzt eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und dem Pathohistologen voraus.

Bei den Vor- und Frühstadien des Zervixkarzinoms ist mit einer Fünfjahres-Heilung von nahezu 100 Prozent zu rechnen.

Bei der Therapie des invasiven Zervixkarzinoms steht an der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München die operative Behandlung im Vordergrund. Diese ist möglich, solange eine sogenannte Operationsebene zwischen Tumor und Beckenwand sowie allgemeine Operabilität gewährleistet sind.

Das operative Vorgehen besteht aus der abdominalen erweiterten Radikaloperation nach Latzko-Wertheim-Meigs mit vorangestellter pelviner Lymphonodektomie. Auf eine obligatorische Entfernung der Ovarien wird bei jungen Frauen in der Regel verzichtet, da ein metastatischer Ovarialbefall in den operablen Fällen äußerst selten ist. Die Frage der postoperativen Bestrahlung wird nach Vorliegen des detaillierten histologischen Untersuchungsergebnisses entschieden. Bei Patientinnen mit kleinerem Tumor, karzinomfreien regionären Lymphknoten und fehlendem Tumorübergang auf die Scheide wird keine postoperative Bestrahlung vorgenommen. Bei Patientinnen mit ausgedehnterem Tumor erfolgt die postoperative perkutane Bestrahlung, bei zusätzlichem Vaginalbefall in Kombination mit einer Radiumeinlage vor dem Scheidenabschluß.

Für nicht operable Patientinnen kommt die primäre Strahlenbehandlung in Form einer kombinierten Radium-Telekobalt-Bestrahlung in Frage.

Die Fünfjahres-Heilung bei Patientinnen mit Zervixkarzinom im Stadium I liegt bei 80 bis 90 Prozent, im Stadium II zwischen 55 und 75 Prozent, im Stadium III zwischen 30 und 40 Prozent, im Stadium IV unter 10 Prozent.

Beim Zusammentreffen von Zervixkarzinom und Schwangerschaft ist nach den zum Teil widersprüchlichen Angaben in der Literatur nicht mit einer veränderten Malignität des Karzinoms zu rechnen. Eine schlechtere Prognose wird jedoch übereinstimmend bei den Patientinnen beobachtet, bei denen das Karzinom erst im Wochenbett diagnostiziert wurde. Jede Schwangere sollte, auch wenn sie erstmals im letzten Schwangerschaftsdrittel zur Untersuchung kommt, zytologisch untersucht werden.

Nachsorge

Patientinnen mit einem Karzinom der Cervix uteri bedürfen einer regelmäßigen und zuverlässigen Nachsorge. Tumorrezidive treten am häufigsten im ersten Jahr nach abgeschlossener Behandlung auf. Die Fünfjahres-Heilungsgrenze stellt einen guten Anhaltspunkt für Dauerheilungen dar. Nach dieser Zeit auftretende Tumorrezidive sind selten.

Bei lokalem, zugänglichem Rezidiv kann die histologische Diagnose durch Probeexzision aus dem verdächtigen Bezirk, bei parametranem Rezidivverdacht durch Punktionsbiopsie erfolgen.

Bei operierten Patientinnen kommt zur Therapie des histologisch verifizierten Tumorrezidivs die radiologische Behandlung in Frage. Bei primär strahlentherapeutisch behandelten Patientinnen sind die Erfolge einer erneuten Bestrahlung des Rezidivtumors schlecht. Eine zytostatische Behandlung hat bisher keine überzeugenden Erfolge gebracht.

Zusammenfassung

Das Karzinom der Cervix uteri gehört zu den häufigsten Genitalkarzinomen der Frau. Der Tumor befällt vorwiegend Frauen in der geschlechtsreifen Zeit. Als Vorstadien werden Dysplasie und Carcinoma in situ, als Frühstadien frühe Stromainvasion und Mikrokarzinom angesehen. Die Vorstadien sind weitgehend symptomfrei. Beim invasiven Zervixkarzinom stehen Blutungen im Vordergrund. Zytodiagnostik und Kolposkopie ermöglichen eine zuverlässige Frühdiagnostik. Bei den Vorstadien gewährleistet die Konisation, beim klinischen Karzinom die Bröckelentnahme eine zuverlässige histologische Diagnose. Beim invasiven Zervixkarzinom ist die erweiterte Radikaloperation unter Umständen in Kombination mit einer radiologischen Behandlung oder aber die primäre Strahlenbehandlung erforderlich. Vor- und Frühstadien machen kein radikales Vorgehen notwendig.

Literaturverzeichnis

Annual Report on the Results of Treatment in Carcinoma of the Uterus, Vegina end Overy. 16. Vol., 1976. Published under the patronage of the International Federetion of Gynecology and Obstetrics. Editor: H. L. KOTTMEIER.

FRIEOBERG, V., O. KÄSER, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZANOER: Behandlung der Uteruskarzinome in: Gyneekologie und Geburtahilfe, Band III, herausgegeben von: KÄSER, O., V. FRIEOBERO, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZANOER. Thieme, Stuttgart, 1972.

HILLEMANNS, H. G.: Oas Cervixkarzinom. Gyneekologe 1 (1969), 150.

KINOERMANN, G. und K. O. OBER: Ausbreitung des Cervixkrebses, in: Gynaekologie und Geburtshilfe, Band III, herausgegeben von: KÄSER, O., V. FRIEDBERG, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZANOER. Thieme, Stuttgart, 1972.

LOHE, K. J.: Oas beginnende Plattenepithelkarzinom der Cervix uteri. Klinische, histologiache und tumormetrische Untersuchungen bei 419 Patientinnen mit früher Stromainvasion und Mikrokarzinom der Cervix aus sechs Universitäts-Frauenkliniken. Habilitationaschrift, München, 1974.

SCHNEPPENHEIM, P., H. HAMPERL, C. KAUFMANN und K. G. Ober: Oie Beziehung dea Schleimepithela zum Plattenepithel an der Cervix uteri im Lebenslauf der Frau. Arch. Gynäk. 190 (1958), 303.

WYNOER, E. L.: Oie Epidemiologie des Corpus-(Endometrium-) und Cervixkarzinoms, in: Gyneekologie und Geburtshilfe, Band III, herausgegeben von: KÄSER, O., V. FRIEOBERG, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZANOER. Thieme, Stuttgart, 1972.

Anschrift der Verfasser:

Privatdozent Dr. med. K. J. *Lohe* und Dr. med. J. *Baltzer*, Maistraße 11, 8000 München 2

– Die Reihe der gynäkologischen Karzinome wird fortgesetzt –

Rehabilitation und Nachsorge bei Herzerkrankungen

58. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Dr. K. Haerten, Düsseldorf:

Langzeitergebnisse nach Klappenersatzoperation

Die ersten Herzklappen wurden im Jahre 1960 ersetzt. Seit dieser Zeit wurden auf der Suche nach der idealen Prothese zahlreiche Typen aus Metall und Kunststoff entwickelt. Außerdem wurden Vorhof- und Hinterhoftransplantate entwickelt. Die bisher über 30 Prothesentypen lassen auf die Fülle der Probleme beim prothetischen Klappenersatz schließen. In Deutschland wurde wohl am häufigsten die Starr-Edwards Kugelprothese verwendet. In den letzten Jahren kamen Prothesen vom Typ Björk-Shiley und Lillehei-Kaster in der Erwartung hinzu, daß Kippscheibenprothesen mit einem zentralen Blutdurchfluß zu günstigeren Ergebnissen beitragen könnten. An der Haltbarkeit dieser Allotransplantate besteht im Gegensatz zu Homo- und Heterotransplantaten kein Zweifel. Dennoch hatten bisher alle Prothesentypen eine erhebliche Anzahl thrombembolischer Komplikationen, und auch die hämodynamische Funktion war bisher nicht befriedigend. Deshalb hält die Diskussion über die Prothese mit den besten Eigenschaften noch an.

Die Langzeitergebnisse nach Klappenersatzoperationen hängen von verschiedenen Faktoren ab:

1. Von der hämodynamischen Verbesserung durch Implantation der Prothase,

2. vom präoperativen Zustand des Herzmuskels, der Herzkranzgefäße und der Lunge,

3. vom Fortschreiten rheumatischer bzw. degenerativer Veränderungen

und

4. sehr wesentlich vom Auftreten zusätzlicher Komplikationen, wie Embolie, Blutung, Sepsis und Klappendysfunktion.

Unter Verwendung konventioneller Kunststoffprothesen werden im folgenden die hämodynamischen Veränderungen bei verschiedenen Klappenfehlern diskutiert:

Aortenklappenersatz

In Aortenposition läßt sich durch eine künstliche Prothese die Hämodynamik deutlich verbessern, der arhöhte enddiastolische Druck im linken Ventrikel normalisieren und der Mitteldruck im linken Vorhof sowie in der Pulmonalarterie senken. Trotzdem verbleiben im linken Ventrikel postoperativ hämodynamische Abweichungen von der Norm, besonders unter Belastung (meist bedingt durch irreversible myokardiale Schädigungen). Bei hochgradigen Aortenvitien wird die Lebenserwartung erheblich verbessert (Fünf-Jahresüberlebensrate ca. 70 bis 75 Prozent einschließlich Operationsletalität gegenüber 35 bis 50 Prozent bei konsarvativ behandelten Vitien). Kommt es bei Patienten mit hochgradigen Aortenvitien zu Herzinsuffizienzzeichen, pektanginösen Beschwerden oder Synkopen, so führt die Erkrankung innerhalb weniger Jahra zum Tode, wenn kein prothetischer Klappenersatz erfolgt.

Mitralklappenersatz

Auch hier führt dia Prothese bei hochgradigen Klappenfehlern zu einer Verbesserung des subjektiven Befindens der Patienten und der Hämodynamik. Der Druck im linken Vorhof und kleinen Kreislauf wird reduziert; dannoch werden die meisten Patienten nicht beschwerdefrei und klagen über Luftnot bei körperlicher Belastung. Die hämodynamischen Abweichungen von der Norm sind nach Mitralklappenersatz stärker als im Aortenbereich. Dia Björk-Shiley Prothesen scheinen zu den günstigsten Ergebnissen zu führen. Auch hinsichtlich der Lebenserwartung ergeben sich bei höhergradigen Mitralvitien mit und ohne Operation andere Gesichtspunkte als bei Aortenvitien. Der natürliche Verlauf der Mitralfehler ist günstiger bei vergleichbaren Schweregraden. Bei konsequenter konservativer Therapie und entsprechender Lebensweise haben diese Patienten oft eine erstaunlich lange Überlebenszeit. Es fällt relativ schwer, beweisend darzulegen, daß der prothetische Mitralklappenersatz bei Fehlern vom klinischen Schweregrad drei oder vier zu einer Lebensverlängerung beiträgt. Trotz dieser Einschränkung sollte man aber davon ausgehen, daß entsprechend der hämodynamischen Verbesserung eine Verlängerung der Lebenserwartung resultiert. Entsprechend den weniger befriedigenden Operationsergebnissen als nach Aortenklappenersatz sollte die Indikation zur Operation besonders kritisch gestellt werden.

Trikuspidalklappenersatz

Auf die sich hierbei ergebenden Probleme wurde bereits im vorigen Referat eingegangan. Trikuspidalprothesen wirken hämodynamisch im Sinne einer Stenose mit erheblichem Rückstau des Blutes im rechten Vorhof und im zuführenden venösen System mit entsprechender klinischer Symptomatik (Leberstau und periphere Ödeme sowie Gefahr erhöhter Thrombosebildung). Die Indikation zum Klappenersatz ist demzufolge eng begrenzt auf schware rheumatische Veränderungan der Klappensegel mit hochgradiger Stenose.

Mehrfachklappenersatz

Der Dreifachklappenersatz (Aorten-, Mitral- und Trikuspidalklappenersatz) ist eina selten notwendige Maßnahme und soll nicht weiter diskutiert werden. Der gleichzeitige Ersatz von Mitralis und Aorta ist dagegen relativ häufig indiziert. Aufgrund der langen Operationszeiten liegt die Frühletalität bei ca. 20 Prozent; die weiteren Langzeitergebnisse unterscheiden sich hinsichtlich der Lebensrate jedoch kaum vom isolierten Mitralklappenersatz.

Dia ideala Herzklappenprothase wurde bisher noch nicht gafundan. Alle Prothesan wirken als Hindernis für den Blutstrom. In Aortenposition führen die sich ergebenden Druckdifferenzen nicht zu einer wesentlichen hämodynamischen Einschränkung. Dafür besteht hier meist eina stärkere linksmyokardiale Vorschädigung. Dia Obstruktion in Mitralposition wirkt sich bedeutend stärker aus: Die Belastbarkeit der Pa-

tienten bleibt eingeschränkt und entspricht einer Mitralstenose vom klinischen Schweregrad zwei bis drei. Angesichts dieser fortbestehenden hämodynamischen Veränderungen kann man zur individuellen Beratung hinsichtlich der Belastbarkeit auf hämodynamische Untersuchungen kaum verzichten. Trotz dieser Einschränkungen zum prothetischen Herzklappenersatz aus hämodynamischer Sicht bleibt ihr Erfolg unbestritten: Die Patienten fühlen sich subjektiv meist deutlich gebessert, die Lebenserwartung wird erhöht (besonders nach prothetischem Aortenklappenersatz).

Dr. H. M. Mertens, Bad Oeynhausen:

Rehabilitation nach Klappenoperation

In Deutschland gibt es wohl auch weiterhin jährlich etwa 6000 operativ zu versorgende Herzklappenfehler. Die Fragen der Rehabilitation dieser Patientengruppe sind daher von bleibender Aktualität. Während über Operationsmortalität, Früh- und Spätkomplikationen, postoperative Hämodynamik und Langzeitergebnisse nach Herzklappenersatz zahlreiche Arbeiten vorliegen, fehlen Daten über die physische und soziale Rehabilitation dieser Patientengruppe fast gänzlich. Es wurden deshalb bei fast 300 Patienten in Bad Oeynhausen die Ergebnisse des Rehabilitationsverfahrens nachgeprüft. Dabei zeigte sich, daß außer dem unmittelbaren Operationsergebnis, das in etwa 75 Prozent der Fälle mit gut bis sehr gut beurteilt wurde, zahlreiche weitere Faktoren die postoperative körperliche Leistungsfähigkeit beeinflussen. Dabei wirken sich pulmonale Hypertonie, schwere linksventrikuläre Dysfunktion und anhaltende Rhythmusstörungen besonders ungünstig aus.

Entscheidend für die postoperative Rehabilitation ist die sorgfältige Prüfung der individuellen Belastbarkeit. Dies ist nur mit Belastungsuntersuchungen, wie Ergometrie, Spiroergometrie und Einschwemmkatheter, möglich. Nach Einschätzung der Belastbarkeit können die Patienten in Anlehnung an die bekannte Einteilung der New York Heart Association in Leistungsgruppen eingeteilt und in ein individuell angepaßtes körperliches Trainingsprogramm aufgenommen werden. Dieses Trainingsprogramm sieht für die einzelnen Gruppen folgendermaßen aus:

Gruppe I:

Fahrradtraining 75 Watt und mehr, Sauna, Schwimmen 25 m/min, Gehen bis 5 km/h oder 4 km/h bei 4,5 Prozent Steigung oder 3 km/h bei 10 Prozent Steigung, Gruppengymnastik I

Gruppe II:

Fahrradtraining bis 50 Watt, Schwimmen 15 bis 20 m/min, Gehen bis 5 km/h, Gruppengymnastik II

Gruppe III:

Fahrradtraining bis 25 Watt, Einzelgymnastik oder leichte Gruppengymnastik III, unter Ausschluß belastender Übungen, Gehen bis 3 km/h.

Gruppe IV:

Kein Training, soweit tolerabel tägliche Verrichtungen, eventuell mit fremder Hilfe, passive und aktive Bewegungsübungen.

Innerhalb einer ca. vierwöchigen Trainingsperiode wird die Belastung langsam gesteigert, bis die Grenze der individuellen Belastbarkeit erreicht ist.

Die Prognose wird unabhängig von der Art des Klappenersatzes beeinflußt durch individuelle Unterschiede, die bei der Dosierung des körperlichen Trainings berücksichtigt werden müssen. Bei der Mehrzahl der Patienten läßt sich in Kombination mit medikamentöser Therapie und diätetischen Maßnahmen eine deutliche Besserung der körperlichen Leistungsbreite über das durch die Operation schon erzielte Maß hinaus erreichen. Bei unkompliziertem Verlauf und guter postoperativer Belastbarkeit sollte möglichst innerhalb von drei Monaten die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben erfolgen. Patienten mit isoliertem Aortenklappenersatz zeigen gegenüber Probanden mit Mitralklappen oder Doppelklappenersatz deutlich bessere Ergebnisse.

Privatdozent Dr. A. Both, Stuttgart:

Nachsorge nach Klappenersatzoperation

Nach geglückter Operation und überstandener Rehabilitation ergeben sich für die Nachsorge von Patienten mit Herzklappenersatz einmal medizinisch-klinische, zum anderen sozialmedizinische Probleme. Zunächst muß beurteilt werden, wie die Patienten nach der Operation *medikamentös* zu behandeln sind. Da die Herzklappe ein Hindernis darstellt, das ständige Mehrarbeit erfordert und da das Myokard in der Regel vorgeschädigt ist, sind die Patienten in den meisten Fällen digitalisbedürftig. Viele benötigen ferner regelmäßig oder intermittierend ein Saluretikum (bei latenter oder manifester Herzinsuffizienz). Schließlich sollte nach Klappenersatzoperationen grundsätzlich eine Antikoagulantien-Langzeitbehandlung durchgeführt werden (diese ist nach klappenerhaltenden Operationen nicht immer erforderlich).

Die Frage, inwieweit die Patienten nach der Operation belastbar sind und ob durch den Eingriff die *Leistungsfähigkeit* ansteigt, ist schwerer zu beantworten. In der Regel wird durch den Eingriff die Hämodynamik eindeutig gebessert, dadurch nimmt die Symptomatik ab und die Leistungsfähigkeit zu. Hierbei gibt es aber große individuelle Schwankungen. Grundsätzlich gilt, daß Patienten nach Herzklappenersatz besser belastbar sind als vor der Operation. Trotzdem müssen sie sich körperlich schonen. In der Mehrzahl der Fälle kommt eine sportliche Betätigung nicht in Frage.

Schließlich stellt sich bei der Nachsorge die Frage nach der *Morbidität*, nach den Komplikationen, der Lebenserwartung und der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Bei einem beachtlichen Teil der Patienten kommt es zu Komplikationen. Am häufigsten fallen bei unzureichender Marcumarisierung zerebrale Embolien auf. Dies ist dadurch zu erklären, daß Embolien des Gehirnes am ehesten Symptome verursachen, während Embolien anderer Regionen wegen fehlender Symptomatik mit hoher Dunkelziffer behaftet sein dürften. Außer der Güte der Marcumarisierung besteht bei der Häufigkeit der Embolien auch ein Zusammenhang mit der Klappenposition, dem Klappentyp und mit dem Herzrhythmus. Blutungskomplikationen sind ausschließlich Folge der Marcumarisierung. Frisch hinzutretende (Prothesen-) Endokarditiden sind mit konservativer Therapie

Man stirbt, wie man lebt.

Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht, Leistungszwänge: Die Multiplikation der Risikofaktoren. Quittung: Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris, Herzinfarkt.



Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

1. Adalat,

Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

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

2. Adalat,

Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.

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

3. Adalat.®

Das Prinzip der Mehrdurchblutung im poststenotischen Myokardbezirk.

Die durch Stenose gefährdeten Myokardbezirke werden vermehrt durchblutet. Als Ursachen werden lokale Kollateraldilatation und Verminderung des linksventrikulären Druckes angenommen.

I.D10 I

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

BAYER Bayer

Adalat

Adalat verzinkt in sich die drei wichtigsten Prinzipien der medikamentösen Koronartherapie

Beginn der Behandlung auf, sie sind zudem vorübergehender, meist leichter Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitserscheinungen kommen. Umfangreiche Laboratoriumsuntersuchungen ergaben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

Kontraindikation:
Gesamte Schwangerschaft.

Zur Beachtung:
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und β-Rezeptorenblockern verstärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herzglykosiden kann unter Adalat-Behandlung begonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage getreten.

Dosierung und Anwendung:
Für die Dauerbehandlung im allgemeinen Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3mal 1 Kapsel; in besonderen Fällen bis zu 3mal täglich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkungseintritt Kapseln zerbeißen.

Handelsformen:
Packungen mit 50 Kapseln DM 32.50
Packungen mit 100 Kapseln DM 59.30
sowie Anstaltspackung

Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 10 mg 1,4-Dihydro-2,6-dimethyl-4-(o-nitro-phenyl)-pyridin-3,5-dicarbonsäure-dimethylester (Nifedipin).

...ung und Prophylaxe der akuten und ...ronischen Koronarinsuffizienz (insbesondere ...gina pectoris. Zustand nach Herzinfarkt).

...rträglichkeit:
...alat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleit-

nur äußerst schwierig zu behandeln und erfordern in der Regel ein Auswechseln der Klappe.

Grundsätzlich sollte bei den operierten Patienten wieder eine *Arbeitsfähigkeit* angestrebt werden. Die berufliche Tätigkeit muß sich jedoch auf körperlich leichte Beschäftigungen beschränken. Mittelschwere und schwere Arbeiten sind zu vermeiden. Für die Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Arbeit nach der Operation spielt, wie schon bei den übrigen zuvor diskutierten Herzerkrankungen, die hämodynamische Situation die geringste Rolle. Von größerer Bedeutung ist die soziale Situation des Patienten, die Schulbildung, die Art der zuvor ausgeübten Tätigkeit und die davon abhängige soziale Schicht. Einmal arbeiten Patienten der Unterschicht in der Regel körperlich schwerer als solche der Oberschicht mit qualifizierter Ausbildung. Zum anderen spielen soziale Sicherheit, Lebensstandard und Sozialprestige eine große Rolle. Damit wird die Wiedereingliederung von Patienten mit Herzklappenersatz in den Arbeitsprozeß zu einem sozialen Problem, das besonders in der heutigen Zeit mit hoher Arbeitslosigkeit der gesunden Bevölkerung nur schwer zu lösen ist.

Dr. H. Kuhn, Düsseldorf:

Behandlungsmöglichkeiten und Prognose der Kardiomyopathien

Die hypertrophisch obstruktive Kardiomyopathie (= HOCM) und die kongestive Kardiomyopathie (= CCM) stellen die wichtigsten Formen der idopathischen CCM dar. Die HOCM ist durch einen zunehmenden Hypertrophieprozeß gekennzeichnet, der sich vorwiegend am Ventrikelseptum abspielt, weshalb die Erkrankung auch zum Formenkreis der asymmetrischen Septumhypertrophien gezählt wird. Als Folge der Hypertrophie und möglicherweise einer gesteigerten adrenergen Stimulation des Myokards kommt es zu einer funktionellen, muskulären, subaortalen Stenosierung („Idiopathische hypertrophische Subaortenstenose"). Das Ventrikelvolumen der HOCM ist normal groß, in seltenen Fällen verkleinert. Im Gegensatz dazu ist die CCM durch eine zunehmende Dilatation des Ventrikelcavums charakterisiert. Die Ventrikelwand ist hier normal dick, in seltenen Fällen gering verbreitert. Eine Obstruktion läßt sich bei dieser Erkrankung nicht nachweisen.

Bei der HOCM sind Dyspnoe und Schmerzen in der Herzgegend die häufigsten Beschwerden. Meist läßt sich die Diagnose durch Auskultation und Karotispulskurvenschreibung stellen. Sie kann verwechselt werden mit Mitralinsuffizienz, akzidentellem Herzgeräusch, Ventrikelseptumdefekt und Zustand nach Myokardinfarkt. In der Regel findet sich ein vom ersten Herzton abgesetztes, spindelförmiges Systolikum mit p. m. zwischen Herzspitze und 4. ICR links parasternal. Die Karotispulskurve zeigt in ihrem systolischen Anteil einen charakteristischen Doppelgipfel. In einzelnen Fällen ist aus diagnostischen Gründen eine Echokardiographie oder eine Herzkatheteruntersuchung erforderlich. Verabreicht man Patienten mit einer HOCM in Unkenntnis der richtigen Diagnose wegen der häufig bestehenden Dyspnoe Digitalis, so kommt es zu einer zum Teil erheblichen Verstärkung der Beschwerden (Digitalis verursacht eine Zunahme der linksventrikulären Obstruktion). Alle positiven inotropen Substanzen sind danach kontraindiziert. Das therapeutische Prinzip besteht in der Verabreichung von Beta-Rezeptorenblockern oder in operativen Maßnahmen in Form transaortaler Myektomie aus dem Ventrikelseptum. Durch diese operative Therapie werden aufgrund vergleichender Untersuchungen heute die besten klinischen und hämodynamischen Ergebnisse erzielt. Die Operationsindikation scheint bei allen Patienten ab Schweregrad III gegeben, bei denen durch Propranolol keine wesentliche Besserung der Beschwerden zu erzielen ist. Durch die Operation ist die Prognose der HOCM möglicherweise entscheidend zu verbessern. In jüngster Zeit wird auch durch Verabreichung von Calciumantagonisten (Verapramil) eine deutliche Besserung und vor allem eine signifikante Rückbildung der linksventrikulären Hypertrophiezeichen beschrieben. Eine sichere Beurteilung ist wegen des kurzen Beobachtungszeitraumes noch nicht möglich. Unbehandelt zeigt die HOCM eine langsame Progredienz und einen letalen Ausgang meist durch plötzlichen Herztod oder durch zunehmende Herzinsuffizienz.

Die CCM zeigt bei einem großen Teil der Patienten charakteristische Stauungserscheinungen als Folge einer zunehmenden Herzinsuffizienz. Sie ist durch ein vergrößertes enddiastolisches Wickelvolumen bei gestörter Funktion des linken Ventrikels charakterisiert. Wie bei der HOCM ist auch hier die Ätiologie unklar. Als theoretisches Konzept bietet sich eine möglicherweise angeborene Myokardschwäche an, aus der sich nach Hinzutreten ätiologischer Faktoren (Alkohol, Hypertonie, Virusinfekte oder Schwangerschaft) das Vollbild der Erkrankung entwickeln. Schon einer dieser Faktoren kann nämlich eine bereits manifeste CCM in der Progredienz beschleunigen und das klinische Bild erheblich verschlechtern.

Als allgemeine therapeutische Maßnahmen sind bei der CCM anzusehen: körperliche Schonung, Alkoholverbot, keine Schwangerschaft, Vermeidung von Infekten und Blutdrucküberwachung. Die medikamentöse Basistherapie besteht in einer Digitalisierung und Antikoagulantienbehandlung. Zusätzlich kommt die Verabreichung von Diuretika, Antiarrhythmika und eventuell die Gabe von Isosorbiddinitrat und Beta-Rezeptorenhemmern in Betracht. Mit einer Zehn-Jahresüberlebensrate von nur 30 Prozent ist die CCM eine der prognostisch ungünstigsten Herzerkrankungen überhaupt. In der Mehrzahl findet sich eine rasche Progredienz, in einem Teil der Fälle jedoch ein relativ gutartiger Krankheitsverlauf, der sich durch elektronenmikroskopische Untersuchung von Herzmuskelbiopsien zum Zeitpunkt der Diagnosestellung mit großer Wahrscheinlichkeit voraussagen läßt. Das wesentlichste Ergebnis auf der Suche nach Frühveränderungen dürfte sein, daß es bei einem Teil der Patienten mit einem Linksschenkelblock im Verlauf der Jahre möglicherweise zu einem CCM kommt. Deshalb sind regelmäßige kardiologische Untersuchungen dieser Patientengruppe zu fordern.

Referent:
Dr. med. A. Paetzke, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schwaig

Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 1976/77

Der nachstehend abgedruckte Bericht über die Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer wurde den Delegierten als Beratungsunterlage zugesandt

(Schluß)

Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer führte zusammen mit dem Institut für Strahlen- und Umweltschutz, Neuherberg bei München, sowohl im November 1976 als auch im Januar 1977, an je einem Wochenende, sämtliche Arten der Strahlenschutzkurse durch. Im November 1976 nahmen daran 326 Ärzte teil. Die Teilnehmerzahl im Januar 1977 betrug 306, so daß damit 632 Ärzten nochmals die Gelegenheit gegeben wurde, die in der Röntgenverordnung vorgeschriebenen Pflichtkurse zu absolvieren.

An diesen insgesamt sechs Kursen nahmen auch über 100 Ärzte aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens teil, ebenso etwa 200 aus anderen Bundesländern.

Nachdem im Bundesgebiet nach wie vor die Ableistung dieser Strahlenschutzkurse nur mit Wartezeiten bis zu einem Jahr möglich ist, führt die Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Institut für Strahlen- und Umweltschutz nochmals zwei Wochenendkurse in Neuherberg, voraussichtlich

vom 9. bis 11. Dezember 1977 (Grundkurs) und

vom 20. bis 22. Januar 1978 (Spezialkurs Röntgendiagnostik)

mit einer Kapazität von je 140 Teilnehmern, durch.

Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten

Schadensersatzforderungen von Patienten wegen eines angeblich oder wirklich vorliegenden ärztlichen Kunstfehlers können von einer bei der Bayerischen Landesärztekammer eingerichteten Schlichtungsstelle geklärt werden.

Dem Beispiel der Bayerischen Landesärztekammer folgend, haben inzwischen eine Reihe von Landesärztekammern Schlichtungs- oder Gutachterstellen eingerichtet. Es kann davon ausgegangen werden, daß in absehbarer Zeit sämtliche Landesärztekammern über ähnliche Einrichtungen verfügen.

Die Geschäfts- und Verfahrensordnung der Bayerischen Schlichtungsstelle wurde im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht (Heft 6/1975, S. 440).

Die Statistik (Tab. 4) zeigt die Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle und beweist damit auch ihre Notwendigkeit. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Einrichtung von Schlichtungsstellen bei den Kammern im gesamten Bundesgebiet von den Medien zwar kritisch, letztlich aber doch positiv gewertet wird.

Medizinische Assistenzberufe

1. Ausbildung zur Arzthelferin

Die Ausbildung zur Arzthelferin erfolgte nach dem Berufsbild aus dem Jahr 1965 und den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes von 1969.

Der Forderung der Deutschen Ärztetage nach einer Verlängerung der Ausbildungszeit von zwei auf drei Jahre, die auch vom Berufsverband der Arzthelferinnen unterstützt wird, wurde bisher noch nicht entsprochen. Es sind keine Ansätze für eine solche Änderung im Zuge der gleich-

Tätigkeit der Schlichtungsstelle

seit Beginn ihrer Tätigkeit (Juli 1975) bis zum 30. Juni 1977

Gesamteingang der Fälle		*903*
Abzüglich		*253*
Außerbayerische Fälle	207	
Fälle von Kliniken des Freistaates Bayern (Haftung durch Freistaat Bayern, am Schlichtungsverfahren nicht beteiligt)	46	
	253	
Zu bearbeitende Fälle		*650*
Abgeschlossene Fälle bis 30. Juni 1977		*373*
davon:		
Schadensersatzanspruch zugunsten des Patienten anerkannt (Regelung durch die Haftpflichtversicherung des Arztes)	19	
Die Patienten konnten – insbesondere durch Bekanntgabe von Fachgutachten – überzeugt werden, daß ihr vermeintlicher Anspruch keine Erfolgsaussicht hat	92	
Vorprüfung durch Fachgutachten mit für den Petienten negativem Ergebnis, das *nicht* akzeptiert wurde	8	
Abgeschlossen aus sonstigen Gründen, z. B. Rechtsfragen, Verjährung, laufendes oder abgeschlossenes Zivilgerichtsverfahren	220	
Ablehnung des Schlichtungsverfahrens durch den beteiligten Arzt mit ausführlicher Begründung	34	
	373	
Laufende Fälle		*277*
Gesamt:		650

Tabelle 4

falls angestrebten Neuordnung des Berufsbildes bei den zuständigen Stellen des Bundes erkennbar, obwohl seitens der ärztlichen Berufsvertretung und des Berufsverbandes der Arzthelferinnen laufend entsprechende Vorstellungen erhoben werden. Damit verbleibt es für Bayern nach dem geltenden Berufsschulgesetz zunächst weiterhin dabei, daß auszubildende Arzthelferinnen, unbeschadet ihrer Vorbildung, zur Erfüllung der dreijährigen Berufsschulpflicht im ersten Ausbildungsjahr an zwei Tagen mit 16 Stunden und im zweiten Ausbildungsjahr an einem Tag mit acht Stunden unterrichtet werden müssen. Nur auf dem Wege der Ausweitung auf einen dreijährigen Ausbildungsberuf, mit der Möglichkeit einer Verkürzung auf zwei Jahre bei Vorliegen der mittleren Schulreife, kann eine eintägige Beschulung während der gesamten Ausbildungsdauer erreicht werden.

Mit der Einführung des Berufsgrundschuljahres in Bayern für diese Mitarbeiter von Ärzten ist voraussichtlich erst nach 1980 zu rechnen. Ein solches Vollzeitschuljahr sollte jedoch nicht zu einer Verkürzung der Ausbildungsdauer um dieselbe Zeit nach der Anerkennungsverordnung führen.

Der Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer wurde nach Ablauf der vier Jahre neu berufen. Seine Zusammensetzung erfuhr dabei keine wesentliche Änderung, insbesondere auf der Seite der Vertreter der Arbeitgeber. Im Berichtszeitraum lagen keine wichtigen Angelegenheiten vor, welche die Einberufung dieses Ausschusses erfordert hätten.

Die Ausbildung zur Arzthelferin in Bayern ergibt folgendes Bild: Im Schuljahr 1976/77 traten 2490 Interessentinnen in ein vertragliches Ausbildungsverhältnis mit niedergelassenen Ärzten und beteiligten Krankenhausärzten ein. Im vorangegangenen Schuljahr waren es noch 2610. Der Rückgang der Zahl der Auszubildenden dürfte verschiedene Ursachen haben, vor allem aber auch in der Pflicht zum zweitägigen Berufsschulbesuch im ersten Ausbildungsjahr begründet sein.

Diese Zahl von 2490 auszubildenden Arzthelferinnen steht am Ende des laufenden Schuljahres zur Zwischenprüfung heran. Zur Abschlußprüfung nach zweijähriger bzw. dreijähriger Ausbildung (die nicht mehr zulässig ist) wurden 2610 Auszubildende zugelassen.

Insgesamt standen im Berichtszeitraum 5100 angehende Arzthelferinnen in einem vertraglichen Ausbildungsverhältnis.

Im Jahr 1976/77 wurden an 30 Staatlichen bzw. Städtischen Berufsschulen Fachklassen für auszubildende Arzthelferinnen geführt. Im Herbst 1976 wurde eine aufsteigende Fachklasse an der Staatlichen Berufsschule Donauwörth errichtet.

Mit Beginn des Schuljahres 1977/78 soll, auch zur Entlastung der Berufsschule in Nürnberg, eine Fachklasse für Arzthelferinnen an der Staatlichen Berufsschule in Erlangen errichtet werden.

Die Zahl der Lehrkräfte blieb unverändert bei 133. Unter den genannten Lehrkräften für die Medizinische Fachkunde einschließlich Labor und für Kassenabrechnung befanden sich 90 Ärzte, 13 Mitarbeiter der Bezirksstellen der KVB, sowie 30 medizinisch-technische Assistentinnen und Arzthelferinnen.

Die Zunahme der Zahl der Auszubildenden gegenüber dem Schuljahr 1975/76 und die Verringerung der Klassenstärke hatten eine deutliche Zunahme der Gesamtzahl der Unterrichtsstunden zur Folge, die zusammen mit der aufgrund der allgemeinen Gehaltsentwicklung notwendig gewordene Anhebung der Zuschüsse der Kammer zu den Vergütungen für die Unterrichtsstunden dieser Lehrkräfte durch Beschluß des Kammervorstandes vom 1. Januar 1977 eine erhebliche Erhöhung der Aufwendungen zur Folge hatte, die in den Ausgaben des Jahres 1976 in dieser Position des Kammerhaushaltes zum Ausdruck kommt.

Diese Entwicklung erforderte die für das Jahr 1977 vom Ärztetag beschlossenen Haushaltsansätze.

Obwohl in Bayern grundsätzlich Lehrmittelfreiheit besteht, ermöglichten es die Haushalte der Berufsschulen allgemein nicht, die für den Unterricht in den Fachklassen erforderlichen Mittel im vollen Umfang bereitzustellen. Dies gilt sowohl für den laufenden Bedarf an Anschauungsmaterial, als auch für den Ausbau von Schulräumen zu einem medizinischen Labor und seine Ausstattung ebenso wie für die apparative Vervollständigung bereits bestehender Unterrichtslabors, vor allem mit Mikroskopen und Photometern. Der im Haushalt der Kammer hierfür vorgesehene Betrag von DM 50 000,– erwies sich deshalb als nicht ausreichend, obwohl die Bezirksstellen der KVB dankenswerterweise sich an den genannten Aufwendungen in der Regel mit der Hälfte der Kosten beteiligen. Die Ausstattung der Fachklassen mit dem erforderlichen Lehr- und Anschauungsmaterial ist ebenso wie die entsprechende Ausstattung eines Laborraumes im Interesse eines qualifizierten berufsbegleitenden Schulunterrichts, insbesondere für jene Schülerinnen unerläßlich, die in der Ausbildungsstätte keine oder nur eine unzureichende Möglichkeit der Ausbildung in diesen wichtigen Tätigkeitsbereichen des Berufsbildes der Arzthelferin haben.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes war der voraussichtliche Zugang auszubildender Arzthelferinnen für das Schuljahr 1977/78 noch nicht erkennbar. Die bereits eingetretene Minderung der Einnahmen der niedergelassenen Ärzte und die zweitägige Beschulung könnten mehr als bisher diese Ärzte daran hindern, Jugendliche in Ausbildung zu nehmen. Andererseits läßt der nach wie vor große Mangel an Ausbildungsstellen für Jugendliche erwarten, daß vor allem auch aus der Betreuung Jugendlicher und deren Erziehungsberechtigter der behandelnde Arzt deren Drängen nach Abschluß eines Ausbildungsvertrages nachgeben wird, um einer Schulabgängerin eine Ausbildungsmöglichkeit zu verschaffen. Diese Gegebenheiten und dem Appell auch der ärztlichen Berufsvertretung an die Ärzteschaft, Jugendlichen diese Möglichkeit einer solchen Ausbildung zu geben, steht eine nicht unerhebliche Zahl arbeitsloser Mitarbeiterinnen gegenüber. Es gibt allerdings z. Z. noch keine Analyse der Gründe für diese Situation. Sicherlich spielt dabei die Wahl des Arbeitsplatzes, eine Teilzeitbeschäftigung und sonstige persönliche Momente eine Rolle.

Die Zusammenarbeit der Kammer mit den Schulträgern und den Direktoren der Berufsschulen war auch im

Berichtszeitraum sehr gut, wobei die Schulen die Abwicklung der Zwischenprüfung und Abschlußprüfung durch die Bereitstellung von Räumen und die Mitwirkung der Lehrkräfte bereitwillig unterstützten. Zur Minderung des Arbeitsaufwandes und auch der damit verbundenen Kosten, ebenso wie zur Erstellung der vom Bund angeforderten statistischen Angaben stimmte der Kammervorstand der Anwendung der EDV für die Erfassung und Eintragung der Ausbildungsverhältnisse mit Arzthelferinnen, sowie die Durchführung eines wesentlichen Teils der Zwischen- bzw. Abschlußprüfung zu.

Des weiteren wird die Anregung des Arbeitsausschusses „Medizinische Assistenzberufe" des Kammervorstandes bezüglich der Einführung der programmierten Prüfung für die Zwischen- und Abschlußprüfung in den dafür in Betracht kommenden Fächern weiter verfolgt.

Ferner wird eine Änderung der Prüfungsordnung mit dem Ziele der Einschränkung der Teilnahmepflicht an der mündlich-praktischen Prüfung erwogen. Auch diese Regelung soll zu einer Arbeitsvereinfachung zur Kosteneinsparung in diesem Bereich beitragen.

Der im Jahr 1972 durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus eingeführte Lehrplan für die Unterrichtung der Arzthelferinnen an den Berufsschulen wurde im Institut für Schulpädagogik durch einen von diesem gebildeten Arbeitskreis, dem auch Vertreter der Lehrkräfte und der Kammer angehören, anhand vorliegender Vorschläge der Schulen überarbeitet. Dabei wurde das Fach Laborkunde und Qualitätskontrolle entsprechend seiner Bedeutung für die berufliche Tätigkeit der Arzthelferin in der Allgemeinpraxis mit je einer Unterrichtsstunde in jedem Ausbildungsjahr neu eingeführt. Durch diese Neuregelung werden die Schulträger veranlaßt werden, in ihren Haushalten Mittel für die Schaffung und Ausstattung von Laborräumen im notwendigen Umfang vorzusehen.

Abschließend ist festzustellen, daß dieser Aufgabenbereich der Kammer im Rahmen des Kammergesetzes wie auch als zuständige Stelle für diesen Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz einen beachtlichen Teil der Gesamtarbeit der Geschäftsstelle einnimmt.

2. RöntgenhelferInnen

Die im Jahr 1968 von der Bayerischen Landesärztekammer als Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiter von Radiologen in freier Praxis bzw. an Röntgenabteilungen in Krankenanstalten eingeführten 14tägigen Kurse wurden im Oktober 1976 und März 1977 in Erlangen mit je 36 Teilnehmern fortgesetzt.

Diese Einrichtung findet nach wie vor ein besonderes Interesse im ganzen Bundesgebiet und weist eine jeweils doppelt so hohe Zahl von Interessentinnen auf. Die Kurse vermitteln neben theoretischem Wissen auch neue praktische Erkenntnisse und Fortschritte in der Aufnahmetechnik usw. Ein besonderer Wert wird dabei auf die Vermittlung der Fachkunde im Strahlenschutz gelegt, die von der zuständigen Behörde anerkannt wird.

Die Kurse finden an der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen statt und werden, unter Leitung von Privatdozent Dr. Fuchs, von Assistenten der Klinik sowie Lehrassistentinnen in Zusammenarbeit mit der Firma Siemens, welche die praktische Arbeit an den Geräten in einer eigenen Einrichtung ermöglicht, durchgeführt.

Die Kurse schließen mit einer Prüfung ab, nach deren Bestehen den TeilnehmerInnen ein Zeugnis der Kammer als geprüfte Röntgenhelferin ausgehändigt wird.

3. LaborhelferInnen

Wegen der geringen Zahl von Interessentinnen kamen im Berichtszeitraum die seit 1968 eingeführten 14tägigen Fortbildungskurse mit anschließender Prüfung und Aushändigung eines Zeugnisses der Kammer als geprüfte Laborhelferin nicht zustande. Die Kurse finden an den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg statt, in der Ärzte und technische Assistentinnen in der Medizin sich dafür zur Verfügung stellen.

Der Grund für diese Situation liegt offensichtlich in dem Umstand, daß einerseits von den betreffenden pharmazeutischen Unternehmen laufend Fortbildungskurse für Mitarbeiter im Labor stattfinden und auch Fortbildungskurse im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, z. B. dem Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer und den Kongressen des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg, abgehalten werden.

Auch werden offenbar in vermehrtem Umfang Technische Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Labor, vor allem in die Laboratorien der Krankenanstalten eingestellt.

Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V.

Der Verein blieb auch im Berichtszeitraum der Träger der Walner-Schulen mit einer staatlich anerkannten Privatschule für Technische Assistentinnen der Medizin, Fachrichtung Labor, und einer einjährigen schulaufsichtlich anerkannten Fachschule für Arzthelferinnen.

Die Schulen stehen seit Jahren unter Leitung von Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Freytag.

Der Verein ist ferner der Träger der Privaten Berufsfachschule für Orthoptistinnen an der Augenklinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, unter der Leitung von Professor Dr. Merté und der gleichen Schule an der Augenklinik der Universität Erlangen, mit dem Leiter Professor Dr. Schreck.

Als weitere Schule befindet sich die Schule für Zytologie-Assistentinnen am Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München unter Leitung von Professor Dr. Soost in der Trägerschaft des Vereins.

Die Mittel für den Betrieb dieser Schule werden von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. zur Verfügung gestellt.

Der 29. Bayerische Ärztetag 1976 beschloß die Errichtung einer „Stiftung zur Förderung der Berufsbildung in den medizinischen Assistenzberufen in Bayern", in die gemäß der Satzung das Vermögen des Vereins eingehen

soll. Die für die Genehmigung der Stiftung notwendigen Verhandlungen mit der zuständigen Behörde sind noch nicht abgeschlossen.

Der Verein hielt im Sommer 1976 eine Mitgliederversammlung eb, in der insbesondere die erforderlichen Formalitäten in bezug auf die Übergabe der Walner-Schulen an die Stiftung sowie die Bemühungen um eine neue Unterkunft der Schulen beraten wurden.

Eine weitere Mitgliederversammlung fand im Sommer 1977 statt.

1. Walner-Schulen

An der Schule für Technische Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Labor, befinden sich entsprechend der behördlichen Begrenzung insgesamt 93 Schülerinnen. Die Zahl der im Berichtsjahr 1976 ausgebildeten Arzthelferinnen beläuft sich auf 146. Die räumliche Unterbringung ist zwar eusreichend, eine Verbesserung wird, wie bereits erwähnt, angestrebt.

Für den Unterricht stehen 23 Dozenten, davon 15 Ärzte und sechs Studienräte sowie acht Lehrassistentinnen zur Verfügung.

Das Interesse von Abiturientinnen und Absolventinnen der Mittelschulen nimmt von Jahr zu Jahr zu, einerseits wegen des Numerus clausus für das Studium der Medizin, andererseits in Erwartung eines krisenfesten Berufes und späterer Einsatzmöglichkeit auch neben familiären Verpflichtungen.

Nechdem immer noch ein großer Bedarf an Technischen Assistentinnen, auch der Fachrichtung Labor, besteht, die Zahl der Ausbildungsplätze an den in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Schulen jedoch immer noch zu gering ist, erscheint es verständlich, daß jenen Bewerberinnen um einen Ausbildungsplatz der Vorzug gegeben wird, von denen zu erwarten ist, daß sie den Beruf der Technischen Assistentin in der Medizin später auch ausüben und diese Ausbildung nicht nur zur Überbrückung der Wartezeit bis zum Medizinstudium verwenden werden.

Das vor drei Jahren eingeführte Verfahren der Auswehl der Bewerberinnen durch einen Probeunterricht mit schriftlicher Prüfung und einem anschließenden Kolleglalgespräch hat sich als sehr geeignet erwiesen.

Die Verhandlungen mit dem Ziel der staatlichen Anerkennung der Fachschule für Arzthelferinnen konnten noch nicht beendet werden. Hier geht es vor allem auch um die Gleichwertigkeit dieser Vollzeitschule mit der Ausbildung zur Arzthelferin nach dem staatlich geregelten Ausbildungsberuf.

2. Schulen für Orthoptistinnen

Die Ausbildung in diesem bislang noch nicht anerkannten Beruf erfolgt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG). Bei dem zuständigen Bundesministerium besteht noch keine Klarheit darüber, in welcher Form diese Ausbildung erfolgen soll. Damit steht die staatliche Anerkennung immer noch aus, obwohl sich die DOG und der Bundesverband der Orthoptistinnen, wie auch der Verein laufend darum bemühen, hier endlich eine klare Regelung zu schaffen. Auch diese Ausbildung findet bei Abiturientinnen und Absolventinnen der Mittelschule ein sehr großes Interesse, jedoch ist die Kapazität der Schule in München auf jährlich acht und in Erlangen auf vier Schülerinnen begrenzt. Die Leitung der Schule versucht durch entsprechende Tests die für diesen Beruf geeigneten Bewerberinnen herauszufinden.

Der Unterricht an beiden Schulen erfolgt durch die wissenschaftlichen Assistenten der Augenkliniken und durch je eine Lehrorthoptistin.

Die Prüfung wird von der DOG – unter Teilnahme eines Vertreters des Vereins als Träger der Schule – abgenommen. Gewisse Schwierigkeiten ergeben sich bei der Finanzierung der nach den Ausbildungsrichtlinien vorgesehenen praktischen Ausbildung der Orthoptistinnen für die Dauer von sechs Monaten nach bestandener Abschlußprüfung.

3. Schule für Zytologieassistentinnen

Die Zahl der seit der Gründung dieser einzigen Schule in Bayern im Jahr 1967 ausgebildeten Zytologieassistentinnen ist auf insgesamt 116 angestiegen. Auch für diese Ausbildung fehlt ein anerkanntes Berufsbild bzw. eine staatliche Regelung. In den dafür zuständigen Gremien und Ministerien besteht noch immer keine Klarheit darüber, ob dafür ein Ausbildungsberuf geschaffen oder die Ausbildung zu einem staatlich anerkannten gesonderten Beruf geschaffen werden soll, ob eine Aus- bzw. Weiterbildung innerhalb des staatlich bereits geregelten Berufes der Technischen Assistenten in der Medizin erfolgen soll oder ob schließlich eine Morphologieassistentin geschaffen werden sollte, in der die Zytologieassistentin integriert wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Zytologie hat die Ausbildung der Zytologieassistentin bereits seit langem ein detalliertes Ausbildungsprogramm mit integrierter praktischer Ausbildung aufgestellt, nach dem z. Z. die Ausbildung dieser Assistentinnen durchgeführt wird. Ihre Zahl ist in der Schule auf jährlich zehn beschränkt. Dafür liegen jährlich etwa 150 Bewerbungen vor. In einem Auswahlverfahren, das einen psychologischen Test enthält und das sich sehr bewährt hat, wird versucht, die für die Tätigkeit geeignetsten Bewerberinnen herauszufinden. Eine dem Bedarf entsprechende Erweiterung der Schule ist aus räumlichen und finanziellen Gründen z. Z. nicht durchführbar.

Verlag Bayerische Landesärztekammer

„Bayerisches Ärzteblatt"

Einer der Schwerpunkte der Zeitschrift ist nach wie vor die ärztliche Fortbildung. Als weitere aktuelle Information hat das Blatt seit Juli dieses Jahres die gelbe Beilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung" erhalten.

Der blaue Mittelhefter „Bayern-Programm" der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erscheint weiterhin jährlich in mindestens zehn Ausgaben des „Bayerischen Ärzteblattes".

Die Auflage beträgt 26 000. Das Blatt geht außer allen bayerischen Ärzten den Ärztekammern anderer Bun-

desländer sowie den Ärztekammern von Österreich und der Schweiz zu. Eine größere Zahl von Ärzten in der DDR sowie einzelne Ärzte im Ausland, darunter Brasilien, England, Holland, Japan, Jugoslawien, Österreich, Paraguay, Rumänien, Schweiz, Sowjetunion, Tschechoslowakei, Ungarn und USA, erhalten das „Bayerische Ärzteblatt" regelmäßig.

Schriftenreihe

Die Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer ist ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der ärztlichen Fortbildung.

Im Berichtszeitraum wurden zwei Bände vorbereitet:

Band 42 mit den Vorträgen des 27. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

Band 43 mit den Vortägen der 16. Bayerischen Internistentagung

Diese beiden Broschüren werden über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns versandt. Die noch vorhandenen früher erschienenen Bände gehen den Ärzten auf Einzelanforderungen, auch an Ärzte in der DDR, zu; im Berichtszeitraum rund 3300. Ferner erhalten die Bände unserer Schriftenreihe einige deutsche Bibliotheken, ebenfalls einzelne in der DDR, und die bayerischen Universitätsbibliotheken.

Die Gesamtauflage der im Jahre 1963 begonnenen Schriftenreihe beträgt nunmehr 394 000.

Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

– gemeinsame Pressestelle der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

– zugleich Redaktionsbüro München des „Deutschen Ärzteblattes"

Im Berichtsjahr gab die Pressestelle insgesamt 41 *Informationsdienste* (ID) in einer Auflagenhöhe von je 750 an einen Verteilerkreis von rund 600 und 18 *Nachrichtendienste* (ND) an jeweils rund 270 Journalisten heraus.

Der thematische Schwerpunkt lag naturgemäß auf den Gebieten der Berufs- und Gesundheitspolitik, wobei zeitlich nacheinander der „AOK-Skandal in Lindau", die „Diffamierungskampagne gegen Professor Dr. Sewering" und das „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz" klare Schwerpunkte bildeten. So enthielten drei ID eingehende Stellungnahmen zum Fall Lindau, 13mal legte der ID objektiv und eingehend die Gesamtsituation zum „Fall Professor Dr. Sewering" dar und fünf ID befaßten sich mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

Beim ND wurde ebenfalls einmal der „AOK-Skandal in Lindau" und elfmal der „Fall Professor Dr. Sewering" ausführlich dargelegt. Trotz dieser intensiven Berichterstattung ist leider festzustellen, daß die öffentlichen Nachrichtenmittel diese Klar- und Richtigstellungen entweder gar nicht, oder nur auszugsweise und sehr gekürzt brachten, somit trotz besseren Wissens einseitig den verzerrten Darstellungen des LdO breiten Raum einräumten. Die Pflicht zur objektiven Information der Öffentlichkeit wurde in diesem Zusammenhang von den meisten Journalisten in gröblichster Weise verletzt. Weitere Thematik des Informationsdienstes war u. a. der Bettenüberhang in Krankenhäusern, die Ärzteschwemme, hochschulpolitische Gruppen und ihre Zielsetzung, Lehraufträge in Allgemeinmedizin, die Ärztestatistik Bayern, Touristikmedizin. ID und ND gemeinsam war das Thema „Zusammenwirken von Klinik und niedergelassenem Arzt bei der Betreuung von Tumorpatienten".

Von den fünf Pressekonferenzen legten zwei Konferenzen Aufgaben, Ziele und Arbeit des 29. Bayerischen Ärztetages in Regensburg dar, orientierten die Öffentlichkeit anläßlich des 27. Nürnberger Fortbildungskongresses der Landesärztekammer über die Aktivitäten in der ärztlichen Fortbildung. Drei Pressekonferenzen befaßten sich mit berufspolitischer Thematik wie „Gesundheits- und Sozialpolitik nach der Regierungserklärung", sowie die Stellungnahme der Ärzteschaft zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

An das „Deutsche Ärzteblatt" wurden mehrere aktuelle Berichte aus Bayern gegeben.

Rein summarisch sei die Routinearbeit der Pressestelle aufgezählt: Laufende Auswertung von neun Tageszeitungen, 29 Wochenzeitschriften, 75 Monatsheften und über 20 Informationsdiensten – auch ausländischen –, ebenso Führung eines aktuellen Archivs.

Abschließend sei noch kurz die Tätigkeit der Pressestelle in der Vermittlung fachkundiger Gesprächspartner zu Interviews usw. für Journalisten und die Durchgabe von eigenen Pressemeldungen und von Veröffentlichungen der Bundesärztekammer über Fernschreiber an insgesamt 39 angeschlossene Redaktionen aufgeführt.

Weitere Arbeitsbereiche der Kammer

Der Aufgabenbereich der Kammer ist in Artikel 2 des Kammergesetzes umrissen. Hiervon nimmt die ihr auferlegte Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzteschaft und in besonderen Fällen auch eines einzelnen Arztes, soweit sie von allgemeiner Bedeutung sind, einen erheblichen Umfang ein.

Zahlreich waren wiederum die Anträge auf Überprüfung von Vorschlägen verschiedener Krankenhausträger für den Abschluß von Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten und mit Belegärzten. Erstere bedurften insbesondere wegen des dem Krankenhausarzt darin zugewiesenen Aufgabenbereiches und der ihm damit auferlegten Pflichten, ebenso wegen der Versagung oder Einschränkung des Liquidationsrechtes eingehender Prüfung und ausführlicher Stellungnahmen, die unter Mitwirkung des Justitiars der Kammer erfolgten.

Im Bereich des Krankenhauswesens war die Kammer bemüht, die Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft bezüglich der Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes bei der Krankenhausbedarfsplanung und gegenüber einzelnen Krankenhausträgern zum

Tragen zu bringen. Es muß festgestellt werden, daß dieses Bemühen Schwierigkeiten und einer mangelnden Bereitschaft begegnete, diese Vorstellungen zu verwirklichen. Das gleiche gilt auch hinsichtlich der Förderung der belegärztlichen Versorgung, um auch auf diesem Wege zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sowie zugleich auch zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung beizutragen. Aus diesem Grunde zeigte die Zahl der zur Überprüfung vorgelegten Belegarztverträge eine deutliche Abnahme gegenüber dem vorangegangenen Berichtszeitraum.

Die Mitwirkung der Kammer bei der Gesetzgebung der Bundesregierung, hier vor allem des KVKG, wird vom Präsidenten der Kammer in seinem Bericht auf dem Ärztetag näher dargestellt werden.

Von weiteren Gesetzesvorhaben ist die Änderung des Impfgesetzes und des Bundesseuchengesetzes zu erwähnen, zu denen die Kammer Stellung zu nehmen hatte.

Als eine für die praktizierenden Ärzte wichtige Angelegenheit seien noch die Bemühungen der Kammer um eine Verordnung zur Schaffung von Parkplätzen vor bzw. in der Nähe der Praxis und die Erweiterung der Ausnahmen vom Perkverbot, auch in Fußgängerzonen usw., bei dringenden Krenkenbesuchen erwähnt.

Als weiterer Bereich ist die Erstellung von Gutachten in Honorarstreitverfahren vor Gerichten hervorzuheben, deren Zahl im Berichtszeitraum zugenommen hat.

Das gleiche gilt für die Zahl der Beschwerden gegen ärztliche Honorarforderungen. Anlaß dazu sind ganz offensichtlich die Veröffentlichungen in der Presse über die „Arzteinkommen" ebenso wie über überhöhte Honorarforderungen. Für die Bearbeitung sind in aller Regel die Ärztlichen Kreisverbände zuständig, en die die Beschwerden, teilweise mit entsprechenden Erläuterungen, von der Kammer abgegeben worden sind.

Soweit die übrigen Aufgabenbereiche der Kammer in diesem Bericht nicht gesondert behandelt werden, sind sie im Rahmen eines schriftlichen Berichtes hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfanges nicht darstellbar.

Prüfung durch den Bayerischen Obersten Rechnungshof

Der Bayerische Oberste Rechnungshof hat in der Zeit vom 28. Februar 1977 bis einschließlich 18. Mei 1977 die Haushalts- und Wirtscheftsführung der Bayerischen Lendesärztekammer für die Geschäftsjehre 1974 bis 1976 geprüft und debei die erforderlichen Erhebungen nach der Bayerischen Haushaltsordnung engestellt. Bei der Schlußbesprechung am 18. Mai 1977 wurde mündlich mitgeteilt, daß wesentliche Beanstandungen nicht vorliegen. Aufgrund des Prüfungsergebnisses kann wohl damit gerechnet werden, daß der Bayerische Oberste Rechnungshof in Zukunft von weiteren Prüfungen absehen wird.

Der Prüfbericht liegt noch nicht vor.

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

1. Laieneufkiärung

Kulturelle, sonstige Vereinigungen und Krankenkassen wurden für ihre Aufklärungsarbeit u. a. auch über Krebsverhütung, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlung und Nachsorge durch die Vermittlung ärztlicher Referenten und Bereitstellung von Broschüren und Merkblättern unterstützt. Diese Unterlagen wurden über niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken verbreitet.

Hinzu kamen ein umfangreicher Schriftwechsel und telefonische sowie persönliche Beratungen von Laien in diesem Bereich.

2. Fortbildung der Ärzte

Anstelle der bisher an die praktizierenden Ärzte verteilten Merkblätter zur Früherkennung, Behandlung und Nachsorge bösartiger Tumorerkrankungen wurde damit begonnen, Abhandlungen über diese Themen mit anschließender Zusammenfassung im „Bayerischen Ärzteblett" abzudrucken. Diese Veröffentlichungen werden danach in einem Band der Schriftenreihe der Beyerischen Landesärztekemmer gesammelt veröffentlicht und den Ärzten Bayerns zur Verfügung gestellt.

Weitere Arbeiten zu diesem vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung weiterhin zum Schwerpunkt der Fortbildungsarbeit der ärztlichen Berufsvertretung erklärten Bereiche wurden den Ärzten Bayerns übermittelt. Dabei wurde die Bedeutung der klinischen Nachsorge mit dem Hinweis auf die beiden von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Kliniken hervorgehoben.

Für die Fortbildungsveranstaltungen wurden Referenten vermittelt.

3. Tumorkliniken

3.1 Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl

Auch im Jahr 1976 war diese Klinik mit 270 Betten jeweils voll belegt.

Insgesamt wurden 1768 Patientinnen nachbehandelt, teilweise bei ihrem siebten Klinikaufenthalt.

Die durchschnittliche Verweildauer betrug 47 Tege. Gegenüber dem Vorjahr konnte dadurch die Warteliste weiter ebgebaut werden. In diesem Jahr ist eine Erweiterung der Klinik um 40 Betten vorgesehen.

Für die Betreuung der Kranken standen 17 Ärzte, davon neun Fachärzte, zur Verfügung.

Die bisherige konsiliare Verbindung mit den einschlägigen medizinischen Kliniken und Instituten Münchens wurde um die Urologische Klinik und Poliklinik erweitert. In diesem Rahmen fanden Symposien über onkologische Themen in der Klinik Bad Trissl statt. Die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum wurde fortgesetzt.

3.2 Schloßbergklinik Oberstaufen

Im Jahr 1976 waren die 218 staatlich geförderten Betten der Klinik durchschnittlich zu 89 Prozent belegt. Hierbei wirkte sich sowohl das Krankengut els auch die Aufnahme von Frauen und Männern einschränkend aus. Es wurden insgesamt 1685 Patienten nachbehandelt. Die Verweildauer betrug 43,2 Tage. Unter den Patienten befanden sich solche zur achten und noch häufigeren Nach-

behandlung. Für die ärztliche Betreuung standen 13 Ärzte, davon sechs Fachärzte zur Verfügung.

Die räumliche Lage der Klinik wirkte sich erschwerend auf die konsiliare Verbindung zu den Universitätskliniken aus. Diese wurde mit dem Medizinischen Departement der Universität Ulm fortgesetzt und besteht mit den großen Krankenanstalten der Umgebung, mit deren leitenden Ärzten eine gute Zusammenarbeit gepflegt wird.

Im Jahre 1976 war die Klinik mit ihren Ärzten als Referenten und klinischen Demonstrationen an einer Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu maßgebend beteiligt, die ein großes Interesse auch bei den Ärzten der benachbarten Ärztlichen Kreisverbände und der Bezirksärztekammer Süd-Württemberg fand.

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

Der im Jahre 1965 abgeschlossene Gruppenversicherungsvertrag hatte auch im vergangenen Jahr einen Zuwachs zu verzeichnen. Das beweist das Interesse der Kammermitglieder an einer preiswerten Absicherung der Risiken: Krankheit und Unfallfolgen. Das differenzierte Tarifwerk der Vereinigten bietet den bedarfsgerechten Versicherungsschutz für niedergelassene, angestellte und beamtete Ärzte.

Die im Gesundheitswesen allgemein bekannten und vielfach unqualifiziert kommentierten Kostensteigerungen machten leider auch bei der „Standesversicherung" nicht halt. Standesversicherung deshalb, weil die Spezialtarife der Vereinigten auf dem Krankheitskostensektor ausschließlich Ärzten und deren Familienangehörigen vorbehalten sind. Wir dürfen in diesem Zusammenhang, wie bereits in den letzten Jahren, an die standespolitischen Empfehlungen zur „Kollegenbehandlung" erinnern.

Da eine Versicherung nicht mehr ausgeben kann als sie einnimmt, bleibt bei steigender Leistungsinanspruchnahme keine andere Wahl als die Beiträge zu erhöhen oder eber die Leistungen zu senken. Mit letzterem wäre aber den Versicherten am wenigsten gedient. Wir eppellieren deshalb dringend an die Kolleginnen und Kollegen, die standesübliche Gepflogenheit der honorarfreien Behandlung bzw. der Berechnung eines geringeren Honorars, z. B. den einfachen Satz der GOÄ, wieder stärker zu berücksichtigen. Denken Sie bitte daran, daß Sie es als Teilnehmer am Gruppenversicherungsvertrag in Ihrer Doppelfunktion: Behandler und Patient, weitgehend selbst bestimmen, wie teuer oder preiswert Ihr Versicherungsschutz ist.

Aufgrund der Kostenentwicklung konnten im Jahre 1976 leider die Beiträge nicht in allen Tarifen unverändert gehalten werden. Bei einigen Tarifen war dies die erste Beitragsanpassung seit der Einführung im Jahre 1972. Keine Beitragserhöhung war bei den Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarifen notwendig. Erfreulicherweise ist bei der Verdienstausfallversicherung das Gleichgewicht zwischen Beiträgen und Leistungen seit Jahren stabil.

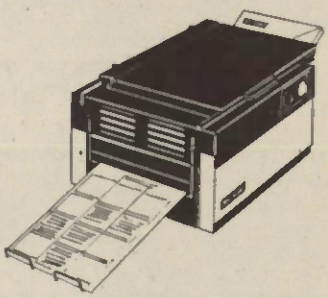
Auch die Leistungsinanspruchnahme des vergangenen Jahres macht — nach Angaben der Vereinigten — in Teilbereichen eine Beitragserhöhung notwendig. Sie wird vermutlich Ende 1977 wirksam. Hiervon betroffen sind wiederum ausschließlich einige Tarife der Krankheitskostenversicherung, also nicht die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung. Wie die Vereinigte mitteilt, ist die nunmehr notwendige Beitragserhöhung erheblich niedriger als die vorhergegangenen. Die erfreulicherweise zu beobachtende Abflachung des Kostenanstiegs findet hier ihren ersten Niederschlag. Bei einem verantwortungsbewußten Liquidationsverhalten hofft die Vereinigte, die Beiträge künftig für längere Zeit stabil halten zu können.

Soweit es notwendig erschien, hat sich die Kammer als Vertragspartner in Einzelfällen eingeschaltet. Es konnten jeweils sachgerechte Entscheidungen erzielt werden. Die gute jahrelange Zusammenarbeit ist eine der Grundvoraussetzungen für die notwendige Vertrauensbasis; so war auch im Berichtszeitraum — wie in den vergangenen elf Jahren — ein Schiedsgerichtsverfahren, wie es der Gruppenversicherungsvertrag bei Nichteinigung vorsieht, nicht erforderlich.

P.S.
PETER SPREUER

Develop 330

DER PREISWERTE, KLEINE BUCHKOPIER-AUTOMAT FÜR DIE WIRTSCHAFTLICHE DEVELOP-DIREKTKOPIE.



Der Leichtkopierer

PETER SPREUER
MASCHINELLE BÜROTECHNIK

Vogelweideplatz 11
8000 München 80
Tel. (0 89) 47 83 56 + 47 83 78.

P. S. Wenn Sie ein größeres Kopiervolumen haben, wir haben den richtigen Kopierer für Sie und auch das Papier für Ihren Kopierer.

.....

Bitte informieren Sie mich über den OEVELOP 330

Name: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel.: .....

BAB 3

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Im vergangenen Jehr heben die Angehörigen der Heilberufe der Bundesrepublik Deutschlend über eine Million DM für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten" gespendet. Sie teten dies, obgleich sie in der Öffentlichkeit das Ziel pausenloser Angriffe waren und sind und sich mit Vorwürfen euseinandersetzen mußten, die sie els Ärzte und Staetsbürger in gleicher Weise verletzten.

Die Grundpfeiler unserer Berufe, Humanites und Ceritas, wurden nicht engeschlagen. Wie seit über 20 Jahren, so haben auch in diesem Jehr die über 900 Schützlinge der Stiftung, Kollegenkinder von hüben und drüben, mit unserer Hilfe ihre Berufsausbildung fortsetzen und davon über 100 diese Ausbildung euch erfolgreich beenden können. Dafür sei ellen Spendern von Herzen gedankt.

Diese Grundpfeiler, Humanitas und Carites, sind es auch, die unser gemeinsames Hilfswerk in dieser schwierigen Zeit weiter tragen werden. Deshalb wenden wir uns wie jedes Jahr vertrauens- und hoffnungsvoll en Sie alle, Kolleginnen und Kollegen, mit der Bitte, den in Not geratenen Kollegenkindern weiterhin zu helfen, damit sie eine angemessene Berufseusbildung durchlaufen können.

Zunächst werden in jedem einzelnen Fall alle öffentlichen und sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten eusgeschöpft, ehe wir mit unserer Hilfe einsetzen. Aber diese Hilfe ist eben leider nach wie vor bei steigenden Kosten vielfach in vermehrtem Maße erforderlich.

Machen Sie sich darum zum Weihnechtsfest selbst ein Geschenk: Helfen, wo Hilfe not tut, helfen, wo Hilfe so einfach ist, helfen, wo Denkbarkeit junger Menschen die Antwort ist.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Professor Dr. Sewering
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärzteteges

Dr. Muschallik 1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Bourmer
Vorsitzender des Hartmennbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Vilmer
1. Vorsitzender des Merburger Bundes –
Verbend der angestellten und beamteten
Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Roos
Bundesvorsitzender des Verbendes der
niedergelessenen Ärzte Deutschlends
(NAV) e. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Welther
1. Bundesvorsitzender des Deutschen
Kessenerztverbendes

Dr. Telzlaff
Vorsitzender des Berufsverbandes der
Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Schüller
Präsident der Gemeinscheft fechärztlicher Berufsverbände

Professor Dr. Dr. Hoffmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krenkenhausärzte Deutschlands e. V.

Leitender Medizineldirektor Dr. Böhm
Vorsitzender des Bundesverbandes der
Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Eggers
Präsident des Bundesverbendes der
Deutschen Zehnärzte e. V.

Dr. Zedelmaier
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zehnärzte e. V.

Dr. Rupprecht
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft e. V.

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart, Nr. 1 222 387; Deutsche Apotheker- und Ärztebenk Stuttgart, Nr. 00 919 190; Landesgirokasse Stuttgart, Nr. 1 268 267; Postscheckkonto Stuttgart, Nr. 415 33 - 701.

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

Medizinaidirektor Dr. Rolf Marx, Ärztlicher Direktor des Versorgungskrankenhauses, 8481 Wöllershof, wurde das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Staatsmedaille für soziale Verdienste

Dr. Fritz Kolb, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg, wurde vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkl, mit der Staatsmedaille für soziale Verdienste ausgezeichnet.

Wiederwahl von H. Braun im HB

Auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands – in Baden-Baden wurde am 21. Oktober 1977 Dr. Hermann Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf, mit überwiegender Stimmenmehrheit wiederum zum stellvertretenden Vorsitzenden des Hartmannbundes gewählt.

Dr. Weigand Landesarzt des BRK

Ministeriairat Dr. Hans Weigand, Winzererstraße 9, 8000 München 40, wurde am 22. Oktober 1977 in Ingolstadt zum BRK-Landesarzt und damit gleichzeitig in den Vorstand gewählt.

Privatdozent Dr. Frank Bidlingmaier, Akademischer Oberrat an der Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, erhielt für Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 den Adalbert-Czerny-Preis.

Dr. Rudolf Eife, wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, erhielt den Jahrespreis der vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft treuhänderisch verwalteten „Kind-Philipp-Stiftung für Leukämie-Forschung" für seine Arbeit „Genuine und iatrogene Immunstörungen bei der akuten lymphoblastischen Leukämie des Kindesalters".

---

apl. Professor Dr. Hans Fritz, Leiter der Abteilung für Klinische Chemie und Klinische Biochemie in der Chirurgischen Klinik der Universität München, Nußbaumstraße 2, 8000 München 2, erhielt für Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 den Preis der Dr. Carl-Duisberg-Stiftung.

Privatdozent Dr. Dr. Richard Goebel, wissenschaftlicher Assistent an der I. Frauenklinik der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, erhielt für Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 den Albert Döderlein-Preis.

Privatdozent Dr. Klaus Horn, wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, erhielt für Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 den erstmals verliehenen Carl von Basedow-Preis.

Professor Dr. Wolf Dieter Keidel, Leiter des Instituts für Physiologie und Biokybernetik der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 27, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Privatdozent Dr. Günter Wolfram, Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, wurde von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung in Berlin der Curt-Adam-Preis verliehen.

Bekanntmachung

Berufsordnung und Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

Die vom 30. Bayerischen Ärztetag beschlossene Berufsordnung und die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns werden nach Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium des Innern im Wortlaut in der **Sondernummer – Dezember 1977** – des „Bayerischen Ärzteblattes" veröffentlicht. Darauf wird hier verwiesen.

Der Ärztetag hat zu der beschlossenen neuen Berufsordnung und Weiterbildungsordnung folgenden zusätzlichen Beschluß gefaßt:

„Soweit die Berufsordnung oder die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns Vorschriften des Kammergesetzes aufführen, sind sie in der jeweiligen Fassung des Kammergesetzes Bestandteil der Berufs- oder Weiterbildungsordnung. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer ist ermächtigt, daraus entstehende Änderungen der Berufs- und Weiterbildungsordnung in der jeweiligen Fassung redaktionell bekanntzumachen."

München, den 1. Dezember 1977

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Angriffe auf Professor Sewering zurückgewiesen

Vorstand und Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns haben am 4./5. November 1977 folgende Entschließung verabschiedet:

Vorstand und Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mißbilligen die bundesweite, unbegründete Kampagne des Herrn Dr. Doering, Vorsitzender der KV Hamburg, gegen ihren Vorsitzenden, den Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Sewering.

Die Praxisführung Sewerings verstößt in keinem Punkt gegen berufspolitische Prinzipien oder Rechtsnormen, wie alle bisher ergangenen Gerichtsurteile und Verwaltungsentscheide bestätigt heben. Im Gegensatz zu der von Herrn Dr. Doering aufgestellten Behauptung wird durch das Dachauer Praxismodell der Weg zum MTZ nicht geebnet, sondern durch eine glaubhafte, freiberufliche, moderne ärztliche Kooperation vermeidbar gemacht.

Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns haben keinerlei Verständnis dafür, daß diese Aktionen Doerings in einem Augenblick gestartet wurden, in dem es offensichtlich wurde, daß die Angriffe des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern keine sachliche Begründung besitzen.

Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bestätigen erneut ihr volles Vertrauen in die standespolitische und berufliche Tätigkeit ihres Vorsitzenden Professor Dr. H. J. Sewering.

Zwischen den Volksbegehren

In diesen Tagen entscheidet sich, ob auch das zweita Volksbegahren in diesam Jahr, das zur Erweitarung das Senats um zahn Sitze, das gestallta Zial von knapp 750 000 Unterschriften erreicht, oder ob es – wie das Volksbegehren „Lernmittelfreiheit" – an mangelnder Unterstützung scheitert. Im Gegensatz zum Grundgesetz kennt dia Bayerische Verfassung das Volksbegehran und den Volksantscheid als Ausdruck direkter Damokratie. Artikal 74 BV lagt fest, daß ain Volksantscheid über ainen Gasatzantwurf erfolgen muß, wenn zahn Prozent der Wahlberechtigten, gagenwärtig rund 750 000 Bürger, in einem Volksbagehren dies fordern. Ihm muß jeweils ain eusgearbaiteter und begründeter Gesetzentwurf zugrunde liagen. Über Änderung der Vertassung entschaidet grundsätzlich des Volk, über den Staatshaushelt darf jadoch kain Volksentscheid stattfinden, bestimmt die Bayerischa Verfassung weiter. Dar Antrag auf Zulassung eines Plebiszits muß baim Innenministerium gestellt werden, das dia rechtlicha Zulässigkait prüft. 25 000 Wahlberechtigte müssen den Antrag unterstützen.

Mehr els des Doppalta diasar Zahl, nämlich 53 000 Wahlbarachtigta, hatten den Antrag für das Volksbagahren „Lernmittalfreihait" unterschrieben, der vom „Bürgerkomitee Lernmittelfreiheit" im zweiten Anlauf im vergangenen August baim Innenministerium eingebracht worden war. Anlaß für dia Bildung des Bürgerkomitees, das der Bayerische Elternverband, dia Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, dia bayarischa SPD und die Landesschülarvartratung, unterstützt von DGB und DAG, bildaten, waran die zum Teil drastischen Kürzungen der Lernmittel- und Schulwegkostenfraihait im Zuga des Nachtragshaushaltas 1976. Die Aktion hette sich zum Zial gesatzt, die Freiheit der Lernmittel und des Schulweges in der Bayerischen Verfassung zu varankern, um so einer arneuten Besaitigung diesar sozialen Leistungen bei Finanzlarungsschwierigkeiten des Staatshausheltes von vornherain vorzubeugen.

Den ersten Antrag auf ein Volksbagahren im vergangenen Jahr legte das Innenministarium dem Bayarischen Verfassungsgerichtshof zur Prüfung vor. Sainer Meinung nach verstoße das Begehran nämlich gagan dia Verfassungsvorschrift, daß dar Staetshaushalt keinem Volksentschaid untarliaga. Dia Verfassungsrichter entschiaden jadoch, dia mit dar Larnmittalfraiheit verbundenen 15,8 Millionen DM an Ausgaben könnten den Gesamthaushalt von 25,7 Milliarden DM in 1977 nicht wesentlich beeinflussen. Insofern sei das Begehren zulässig. Zu den weiteren Forderungen des Antrages hinsichtlich der Schulwegkostanfreiheit und dar Ausbildungsförderung urteilten die Richter, sie seian nicht hinraichend konkrat formuliert und begründet. Dies ist jedoch eine der Voreussetzung für ain Volksbegehren.

Auf der Grundlage dieses Urteiles beschloß das Landesbürgerkomitee einen zweiten Anlauf für das Volksbegehren. In der Zwischenzeit, Mitte Fabruar 1977, nahm dia Staatsregierung zwar aufgrund einer verbasserten Haushaltslage fast sämtliche Kürzungen wieder zurück. Um solchen Streichungen für alle Zukunft einen Riegel vorzuschieben, wurde der zweite Antrag trotzdem baim Innenministerium eingabracht. Innerhalb von 14 Tagen hattan dia Wähler nun dia Möglichkeit, sich in die Unterschriftenlisten für das Volksbagehren einzutragen. Die notwendigan zahn Prozent an Unterschriften dar Stimmberachtigten kamen jadoch nicht zustanda. Nur 6,4 Prozent trugen sich in die Listen ain. Die meistan Eintragungen gab es in den Regierungsbezirken Obartranken mit 9,3 Prozent, Mittelfranken mit 8,6 Prozent und Unterfranken mit 8,1 Prozent. Das geringste Interesse verzeichnete Schwaben mit 4,1 Prozent. Mit diesem Ergebnis war auch dar Volksentscheid über dan Vartassungszusatz „Lernmittelfraihait" gescheitert.

Skeptisch über den Ausgang des jetzt laufenden Volksbagehrens zur Erweiterung des Senats, mit dem der Bayerischa Lendessportvarband (BLSV), der VdK und dar Bund Naturschutz in die zwaita Kammar des bayerischen Parlaments galangan wollen, ist zumindest Finanzminister Max Streibl. Er gebe dem Volksbegahren keine große Chancen, denn das Anliagen der Aktion dürtta dia Bevölkarung nicht mahr intarassiaren als das gescheiterta Volksbegehren, erklärte er im Prassaclub München. Dia beteiligtan Varbända wollen dan Senet um insgasamt zahn Sitze erweitern. Nach ihren Vorstellungen sollen davon sechs Mandate auf Organisationen das Sports, drai auf Bahindartenorganisationan und einer auf eina Naturschutzorganisetion entfallen. Billig wird der Sprung in dia zweite Kammer jedenfalls nicht: Für Werbungskosten hat dar BLSV DM 750 000, der VdK DM 350 000 und der Bund Neturschutz DM 70 000 bereitgestellt. Das Volksbegehren hatten fast 133 000 Wahlbarechtigta beantragt; dia Listen für dia Eintragung wurdan für dia Zait vom 22. Novambar bis 5. Dazembar aufgelagt.

Für den Fall, daß die notwendiga Stimmenzahl von 750 000 zusammenkommt, wird der Landtag zum Bagehren Stellung nehmen müssen. Bis jetzt hat sich im Perlament noch keine einheitliche Meinung hinsichtlich einar Senatsreform abgazeichnat. CSU und SPD sind sich zwar ainig, daß dia drei Verbända im Senat vartreten sein sollen, man unterscheidet sich jedoch in der Frage, wia dies geschehen soll. In der Union neigt men eher dazu, den Senat zu erweitern, während die SPD die bisharige Zahl von 60 Senatoren beibehalten möchte. Stattdassen drängt sie auf eine Neuverteilung der Senatssitza, zumal die Zusemmensetzung nicht mehr der soziologischen Struktur der Bevölkerung entsprecha. Deshalb sollta die Landwirtschaft ainige ihrar alf Sitze zugunsten neuer, in den Senat strebender Verbända abgeben. Dar überproportionala Antail der Landwirtschaft im Senat ist übrigans euch jetzt Gegenstand einer Popularklaga vor dem Bayarischen Verfassungsgarichtshof, dia ein SPD-Mitgliad aus dam Landkreis Starnbarg angastrengt hat. Aufgrund diesar Klega wird der Landtag in jedem Fall zur Senatsfraga Stallung nehmen müssen, auch dann, wenn das Volksbegahren scheitern sollta.

Neben den Volksbegehren „Lernmittelfreiheit" und „Erweiterung des Senats" stehen den Bürgern Bayerns noch drei waitara Plebiszita in absehbarar Zukunft ins Haus: Dia „Aktionsgamainschaft Demokratische Gemainde-Gebietsreform" bagehrt, daß Änderungen im Gebietszustand der Gemeinden nicht mahr nur durch Rechtsvarordnung, sondarn nur noch durch Gesetz möglich sind. Dia Bayernpartei will in der Verfassung festlagen, daß die Auflösung ainar Gemeinde odar aina wesentliche Varänderung der Gameindegrenzen nur möglich ist, wenn dia Mehrheit der wahlberechtigten Gemeindebürgar zustimmt. Dar Bund Naturschutz schließlich varlangt eina Ragelung, wonach künftig zum Schutza der Netur auch Verbände gegen Rechtsverordnungen vorgahen können, die sogenannta Varbandsklage.

Michael Gscheidla



stimuliert die physiologische Verdauungsleistung

stabilisiert die Funktionen von Magen und Darm ohne Enzymsubstitution

beseitigt störende intestinale Symptome in jedem Lebensalter

Indikationen: Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.
Zusammensetzung: Percolat. 1=10: Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml.
1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.
Preise: Packungen: 60 Dragées 6,10 DM, 150 Dragées 11,95 DM, 20 ml Liquidum 5,75 DM, 50 ml Liquidum 11,60 DM

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Brief aus Bonn

FDP-Parteitag

Die Bonner Politik hat eine Verschnaufpause eingelegt. Die Koalitionsparteien FDP und SPD haben in Kiel und Hamburg ihre Parteitage abgehalten. Die Liberalen waren zuerst an der Reihe. Ihr letzter Programm-Parteitag in Freiburg im Jahre 1971 gab der Partei ein „progressives" Gesicht. Damals setzten die Liberalen auf die Reformpolitik. Inzwischen hat die Ernüchterung Platz gegriffen. Nun folgte in Kiel die Rückbesinnung auf die Marktwirtschaft. Das Pendel der Politik schlägt zurück.

Die Freien Demokraten haben auf ihrem Parteitag in Kiel eine neue Standortbestimmung vollzogen, vor allem in der Wirtschaftspolitik. Wer von Grundsätzen in der Politik wenig, von politischen Entscheidungen der praktischen Vernunft dagegen viel hält, wird den Wert der Kieler Grundsatzdebatten gering veranschlagen. Richtig ist sicher, daß die im einzelnen gefundenen Kompromißformulierungen über die Grundsätze liberaler Wirtschaftspolitik niemanden vom Stuhl reißen werden. Auf die einzelnen Formulierungen kommt es aber nicht in erster Linie an. Von weitreichendem Gewicht könnte dagegen sein, daß sich die große Mehrheit der Parteidelegierten ohne Wenn und Aber zum marktwirtschaftlichen System bekannt hat. Das war in dieser Eindeutigkeit vor dem Parteitag nicht zu erwarten.

Die FDP hat sich nicht im Sinne der sogenannten Progressiven dazu entschlossen, die auf Reformen und Systemüberwindung zielenden Freiburger Thesen „fortzuschreiben". Vielmehr hat eine Rückbesinnung auf die bewährten Grundsätze liberaler Wirtschaftspolitik stattgefunden, die, so mochte es in der Vergangenheit oft scheinen, schon aufgegeben schienen. Die „Progressiven" sind zunächst einmal in die Defensive geraten. Die Zahl ihrer Mitläufer ist in Kiel zusammengeschrumpft. Daß die Linken in der FDP nach Kiel aufstecken werden, ist freilich nicht zu erwarten. Das aber relativiert die Bedeutung der „Kieler Thesen".

Die wirtschaftspolitischen Grundsätze der Freien Demokraten lassen sich nach den stundenlangen Diskussionen und Beschlüssen des Parteitages wie folgt skizzieren: Der Wirtschaftsablauf wird durch Markt und Wettbewerb gesteuert. Der Staat hat sich darauf zu beschränken, für das Wirtschaften Rahmendaten zu setzen und für den Einkommensausgleich im Sinne der Sozialverpflichtung zu sorgen. Die Konjunktur- und Wachstumspolitik unterliegt der Globalsteuerung. Direkte staatliche Eingriffe in die wirtschaftlichen Entscheidungen der einzelnen Bürger sollen unterbleiben; sie sollen zumindest die Ausnahme sein. Die FDP hat sich damit, wenn auch nicht so klar, wie dies in der Verkürzung erscheint, auf die Grundsätze der Freiburger Orthodox-Liberalen besonnen.

Im grundsätzlichen Gehalt ist der Kieler Parteitag den Vorschlägen gefolgt, die die Wirtschaftskommission der Partei unter dem zurückgetretenen Wirtschaftsminister Hans Friderichs formuliert hatte. Die innerparteilichen integrationsbemühungen, die dazu beitrugen, daß es nicht zu der vielfach erwarteten harten Konfrontation der Parteiflügel kam, haben andererseits dazu geführt, daß Formulierungen und Thesen der Perspektiv-Kommission, die vom parlamentarischen Staatssekretär Baum geleitet wurde, Eingang in das Grundsatzpapier gefunden haben. Diese Kommission hatte für eine stärkere Rolle des Staates in der Wirtschafts-, Wachstums- und Strukturpolitik plädiert. Aber das findet sich nur in Ansätzen in dem Kieler Papier wieder.

So zum Beispiel in folgenden Sätzen: „Die Probleme der hohen Arbeitslosigkeit lassen sich mit den zu erwartenden Wachstumsraten voraussichtlich nicht allein lösen. Deshalb muß liberale Beschäftigungspolitik eine beschäftigungsintensive Wachstumspolitik anstreben. Diese Beschäftigungspolitik muß dabei neue und gegebenenfalls unbequeme Wege gehen."

Auf der anderen Seite hat das eindrucksvolle und in sich schlüssige Plädoyer des Saarbrücker Wirtschaftsprofessor Stützel, das sich in den Anträgen des Landesverbandes Saar niedergeschlagen hatte, die marktwirtschaftlichen Akzente verstärkt. Stützel, der die Arbeitslosigkeit mit dem stärkeren Anstieg der Arbeitskosten gegenüber Gesamtnachfrage und Produktivität erklärt, hat die Übernahme folgender Sätze in das Programm erreicht: „Die staatliche Beschäftigungspolitik muß von der Tarifautonomie der Tarifpartner ausgehen. Lohn- und Sozialkostensteigerungen über den Produktivitätszuwachs hinaus gefährden Arbeitsplätze." Oder an anderer Stelle: „Die notwendige staatliche Beschäftigungspolitik kann allein nicht zum Erfolg führen, wenn der Anstieg der Arbeitskosten nicht unter dem Anstieg der gesamten Nachfrage gehalten werden kann."

Wenn man nach den Gründen fragt, die das unerwartet starke Engagement des FDP-Parteitages für das marktwirtschaftliche System erklären können, so müßte man wohl zunächst darauf verweisen, daß die Delegierten natürlich wußten, daß 1978 in drei Ländern gewählt wird. Als anti-marktwirtschaftliche Partei hätte die FDP dort kaum bestehen können. Hinzu kommt, daß offensichtlich an der Parteibasis die linken Parolen nicht mehr den Anklang finden, wie noch vor drei, vier Jahren. Von entscheidender Bedeutung war aber wohl die eindrucksvolle Rolle, die der neue Wirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff gespielt hat. Lambsdorff hat die zum Teil harten und stundenlangen Debatten mit Bravour durchgestanden. Dies war der Parteitag des Grafen Lambsdorff, sicher nicht der Parteitag des Vorsitzenden Genscher, der jede Festlegung vermied und der Partei keine Orientierung gab. Ganz anders Lambsdorff. Die FDP hat das Glück, auch nach dem Abgang von Friderichs einen Mann zu haben, der marktwirtschaftliche Politik überzeugend formulieren und durchsetzen kann. Dem hatten die Linken nichts entgegenzusetzen. Lambsdorff kommt dabei zugute, daß auch die „Progressiven" von seiner Loyalität zur Partei überzeugt sind.

Die politischen Konsequenzen des Parteitages sind schwer abzuschätzen. Lambsdorff hat jetzt wohl nach Genscher als die Nr. 2 der FDP zu gelten. Das wird das Gleichgewicht der Partei stabilisieren und zugleich Schmidts Position in der SPD stärken. FDP und CDU/CSU sind in der Wirtschaftspolitik zwar weiter zusammengerückt, der Abstand zur SPD ist größer geworden. Solange Schmidt an der Spitze steht, wird das die Koalition nicht gefährden; im Gegenteil, die FDP hat immer davon profitiert, wenn sie in der Wirtschaftspolitik Abstand vom Koalitionspartner demonstrieren konnte. Für die praktische Politik ist von Bedeutung, daß die FDP mit ausreichender Mehrheit einem mehrjährigen Moratorium für den Bau neuer Kernkraftwerke widersprochen hat.

Bei alledem bleibt freilich zu beachten, daß im Bundestag wenige Abgeordnete, zusammen mit dem linken Flügel in der SPD, eine deutlich links orientierte Politik durchsetzen könnten. Daran hat sich nach Kiel nichts geändert.

bonn-mot

Lesung in Garmisch-Partenkirchen

Auf Initiative von Confrère Stetter fand anläßlich des Frühjahrskongresses der Gesellschaft für Ganzheitsmedizin im Einvernehmen mit dessen Vorsitzenden, Kollegen Harth, Bamberg, am 8. März 1977 eine Lesung der bayerischen Schriftstellerärzte statt, die von dem Vorsitzenden der Landesgruppe, Confrère F. Schmid, moderiert wurde. Die Lesung war hauptsächlich für die Kongreßteilnehmer gedacht, wenn natürlich auch die Öffentlichkeit Zutritt hatte und auch manche Kurgäste davon Gebrauch machten. Infolge der weitaus überwiegenden Zahl ärztlicher Zuhörer waren thematisch die Probleme der täglichen Praxis in den Mittelpunkt gestellt worden (Krankheit, Gesundheit, Lebensphifosophie des Arztes, Selbstironie, kritische Bemerkungen u. a. m.). Erfahrungsgemäß ermüdet thematische Monotonie die Zuhörer meist schon nach einer halben Stunde und so wurde ein gemischtes Programm geboten, das sich in drei große Themenkreise unterteilte: ärztliches Erleben und Handeln, der Mensch schlechthin und als Abschluß gemischt-philosophisch heitere Betrachtungen. Dieses Programm hat sich gut bewährt, denn trotz der fast zwei Stunden dauernden Lesung gingen die etwa fünfzig in den Kursaal gekommenen Zuhörer bis zum Schluß engagiert mit und man konnte niemand beobachten, der ein kleines Nickerchen gemacht hätte. Dies bedeutet schon etwas, wenn man bedenkt, daß die meisten Kollegen einen anstrengenden Kongreßtag hinter sich hatten.

Als kurz nach 20 Uhr der vorgesehene Raum sich fast bis auf den letzten Platz gefüllt hatte, begrüßte Kollege Harth im Namen der Gesellschaft für Ganzheitsmedizin mit herzlichen Worten die erschienenen Schriftstellerärzte: Frau E. Leyer, Robert Paschke, Alfred Rottler, F. Schmid und Erwin Stetter. Confrère Schmid wickelte dann das Programm, wie vorgesehen, in gekonnter Form ab. Dabei las er auch aus den Werken verhinderter Confrères und Consoeur Maria Bednara, Otto Molz, Walter G. Picard, Heinz Schauwecker (†) und R. Teischinger. Bei der Fülle des Gebotenen ist es nicht möglich, alles zu erwähnen. Es können daher hier nur Kostproben gegeben werden, was in keiner Weise ein Werturteil sein soll. Auch was wegen Platzmangels nicht erwähnt werden kann, fand den Beifall der Zuhörer, oft vielleicht mehr als das hier Erwähnte.



von links nach rechts:
Dr. A. Rottler
Dr. E. Leyer
Professor Dr. F. Schmid
Dr. E. Stetter
Dr. R. Paschke
Dr. V. Harth

Auch verschiedene Kurzgeschichten wurden gelesen, so von Confrère Stetter die psychologisch feine Geschichte, wie bei einem Oberschenkelamputierten die „Autohandschuhe", die er zufällig angezogen hatte, „allgemein imponierten" und eine „gewisse staunende Hochachtung" hervorriefen. Dann die kleine Geschichte, wie ein sehr vornehmer, hypermodern angezogener Herr aus dem Bade kommt und bei aller Vornehmheit sein Hosenbein beim Anziehen im Oberteil des Strumpfes auf der Innenseite festgehakt hat und dadurch gar nicht mehr so vornehm aussieht. Als Drittes schilderte Confrère Stetter dann noch ein „erlauschtes Gespräch am Eingang zum Thermalbad" über die Notlüge, nämlich ob der „Bua" nur die Hälfte bezahlen sollte, wenn er eine falsche Altersangabe machen würde. Dann spränge nämlich noch eine „Mehlspeise" heraus. Doch die Tugend siegte schließlich in dem lustigen, im Dialekt geführten Gespräch zwischen Mutter und Sohn. Confrère Rottler las zwei Kurzgeschichten: „Die Gattin", die ihrem zum Kongreß gefahrenen Mann nachfährt – nicht ohne Grund – und wie sich dann doch alles in Wohlgefallen auflöst. In seiner zweiten Erzählung schildert er die Qualen, die „der Autor" erleidet, der vergeblich auf eine Nachricht vom Verlage über sein eingesandtes Buchmanuskript wartet: „Warten, warten, warten / wieder auf den nächsten Tag – / nichts als Ansichtskarten – / keine Antwort vom Verlag. Um alles in der Welt! Wieso geht einer, der bis dahin normal gewesen ist, bloß her, setzt sich hin und schreibt ein Buch? Was will er denn? Beglücken, erbauen, trösten, bilden, aufklären, mitteilen, erheitern, belustigen, spielverderben, warnen, mahnen, schulmeistern?" Nun diese Sorgen hat jeder, der schreibt, Confrère Rottler führt sie noch weiter bis zum drohenden Infarkt. Warum schreiben wir also? Ich meine aus Idealismus.

Wie die Lyrik, so fand auch die Prosa aufmerksame und dankbare Zuhörer. Aus der nachfolgenden Unterhaltung ergab sich dann, daß der Abend für viele Kongreßteilnehmer eine willkommene Ablenkung war aus der wissenschaftlichen ärztlichen Arbeit des Tages.

Dies ermuntert zu weiteren Lesungen dieser Art, vielleicht wäre einmal der Versuch auf einem Ärztetag zu machen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Es folgen nun einige der vorgetragenen Gedichte:

Ärztliches Erleben und Handeln

Anders als in jenen Tagen

von F. Schmid

Andars als in jenen Tagan
ist dia Not des Kindes
Von Machtbesessenen verjagt
suchten sia,
Mutter und Kind,
ohna Habe,
eine Bleibe, Wärme und Essen
in jenen Tagen.
Von Erfolgbesessenan geplagt
suchen sia
die Kinder
einen Halt inmitten dar Hetza,
Geborgensein in der Fülla Netze,
Aufgaben trotz Perfektion,
Wärme zwischen Baton,
ein Wort inmitten Lärm und Geschrei,
ein Streichefn vialleicht nebenbei,
in diesen Tagen.
Dar Stall damals,
das schüttere Stroh
gaben Wärme und Schutz
in der Not.
Dia Paläste heuta
frei von Schmutz
aus Glas, Beton und Stein
bieten alles
nur kein Geborgensein.
Anders als in jenen Tagen
ist des Kindes Not;
es fehlt nicht mehr an Brot,
am Verstehen mangelts und am Fragen.

Zwischen Resignetion und Hoffnung

von E. Stettar

Du stehst am Batt,
Kannst Hilfe geben,
Bist froh und stolz,
Wieviel Du wirken kannst
Als Arzt und Mansch.
Dann aber trittst Du ans Lager
Eines armen hoffnungslos Kranken,
Der Dich vertrauend erwartet,
Hilfa arhofft und Genesung.
Nachdem Du das Deine getan –
Zu wenig zum Frohsain,
Zu ärmlich zum Stolzsein –,
Gehst Du, nicht mehr der Held,
Voll des Zweifals hinaus.
So vergeht Dir der Tag:
Du resigniarst
Und doch hoffst Du;
Denn wer die Hoffnung varliert,
Dem fehlt als Arzt
Atle Kraft.

Über den Menschen schechthin

Verlorenes Paradies . . . odar Hoffnung?

von E. Leyar

Im Garten streckt ein Rosanbaum den
Stamm in's Blau,
rot saina Rosen, grün in Blatt und Bau.
Und streicht der Wind, dann schüttelt er
sein Haupt
und starrt der Frost, dann steht ar
unbelaubt.
So ist er da, ob ich vorübergeh, ob nicht,
ar knospt und wächst, ar liebt das Licht.
Er stellt die Freude dar in mainem Sinn,
als sagt' er: Sieh, so ainfach ist's –
ich BIN!

Jedermann weiß ...

von Alfred Rottier

Jedermann weiß dia gute Arbeit
eines tüchtigan Tischlers oder
eines gaschickten Schmieds zu schätzen.
Aber derselbe Jedermann pfuscht
bedenkentos im ärztlichen Bereich
harum.

Gemischt – philosophisch heiter

tch wüßta es gar zu gern

von Walter G. Picard

tch sitze am Schreibtisch und schreibe,
die Platte aus Eichan ist fest.
Es kommt mir dabei ein Gedanke,
der mir keine Ruha mehr läßt.

Die Platta solid und aus Eichen
ist Täuschung, so wie ich es waiß:
es drehn sich Millionen, Mifliarden
von Ionen im wirbelnden Krais.

Als winziga, kleine Planeten,
wie um eine Sonna sie drehn.
Sie bilden dabei Moleküfe,
in denen wir Milchstraßen sehn.

Sind Sonne und Monda und Sterna –
ich wüßte es gar zu gern –
vielleicht nur ein Eckchen, ein Teilchen
der Tischplatte unseres Herrn.

Guter Retschfag

von Maria Bednara

Wenn Du als Arzt zum Arzta gehst
und framd in einer Klinik stehst,
dann laß Dein Wissan wohf zuhaus,
vergiß wie ein Skalpall sieht aus,
vom Blutbild hast Du nichts gehört –
sei medizinisch unbeschwert ...
varhalt Dich gottergeben stumm
„unkollegiaf" und lalandumm,
halt hin, wo Du hinhalten mußt
und laß dem Andern seine Lust
Dir das zu tun, was fremd Dir ist,
weil Du vom andarn Fache bist!
Mach's so wie jener Has' im Wald:
Du weißt von nichts, – dann heilt es bald!

Quelitäts-Kontrolle

von R. Teischingar

Der Staat schreibt jadam Arzte vor
Er habe täglich im Labor
Mit Formaln, Wurzeln und Quadrieren
Die Quafität zu kontrolliaran.
Ich denka umgakehrt: as solla
Dia Arbaits-Qualitäts-Kontrolle
Potitikarn befohlen werden.
Dann säh' es besser aus auf Erdan!

Pawlows späte Hunde

von F. Schmid

Pawlows frühe, echte Hunde
erfüllten den Sinn der Forscherstunde
bedingte Reflexe zu erreichen
– und schluckten auf ein Klingelzeichen.

Reagierta zur Wissenschaft Zier
zunächst nur ein trainiertes Tier,
so schlucken heute ganza Kollektive
auf jede gebahnte Diraktive.

Pawlows späte Hunda, wir alle
laufen in jeda Werbefalle
wenig denkend, nur hörend und guckend
medienschluckend, nicht muckend.





Die Forte-Therapie des Nervenschmerzes

dolo judolor®

fettlösliches B1 neu von Woelm Pharma jetzt injizierbar

die Initialtherapie der Wahl beim neuralgisch-neuritischen Formenkreis

Rasch und anhaltend analgetisch durch:

- fettlösliches Vitamin B1 (TTFD) substanzeigener analgetischer Effekt
- hochdosiertes Analgetikum prompt analgetisch, antiphlogistisch, spasmolytisch

Kausales Eingreifen in den gestörten Nerven-Muskel-Stoffwechsel durch neurotrope Vitamine:

- Vitamin B1
- Vitamin B6
- Vitamin B12

Zusammensetzung:
2 ml Injektionslösung A enthalten:
Phenyl-dimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsaures Natrium 1,0 g (Metamizol-Natrium)
2 ml Injektionslösung B enthalten:
Fursultiaminhydrochlorid 21,832 mg entspr. Fursultiamin (TTFD) 20,0 mg, Hydroxocobalaminacetat 1,045 mg entspr. Hydroxocobalamin 1,0 mg, Pyridoxinhydrochlorid 20,0 mg, Mepivacainhydrochlorid 20,0 mg

Indikationen:
Neuritiden und Neuralgien, Zervikal-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Brustwirbelsäulen-Syndrom, Lumbal-Syndrom, Zustände nach Bandscheibenoperationen, Ischialgie, Trigeminusneuralgie, Interkostalneuralgie, Herpes zoster

Kontraindikationen:
Das Präparat darf nicht angewendet werden bei Granulozytopenie, akuter intermittierender Porphyrie, dem Bestehen einer Pyrazolon-Überempfindlichkeit, Leber- und Nierenfunktionsstörungen sowie bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Amid-Typ.
Nach allgemein akzeptierter Regel sollten Medikamente in der Schwangerschaft, besonders im ersten Trimenon, nur bei dringlicher Indikation verabreicht werden. Dies gilt auch für dolojudolor. Kinder unter 14 Jahren sind von einer Therapie mit dolojudolor Injektionslösung auszuschließen.

Nebenwirkungen:
dolojudolor ist im allgemeinen gut verträglich. In seltenen Fällen kann bei hierfür disponierten Patienten die Sensibilisierung gegen Metamizol eine Granulozytopenie verursachen, deren Auftreten das Absetzen des Präparates erforderlich macht. Eine längere Therapie sollte daher nur unter laufender Kontrolle des weißen Blutbildes vorgenommen werden.

Dosierung:
Bei akuten Schmerzzuständen täglich 1–2 Injektionen i.m. bis zum Abklingen der Beschwerden. Der Abstand zwischen der ersten und zweiten Injektion sollte 8 Stunden betragen.

Handelsformen und Preise:
O.P. mit 3 Ampullenpaaren DM 11,80 AVP m. MwSt.

Woelm Pharma

Vorteile – vor Jahresende noch wahrzunehmen

Das Jahresende ist der wichtigste Termin im Jahr. Zu diesem Zeitpunkt verfällt eine Anzahl der Möglichkeiten zur Steuerersparnis. Dazu eine Anzahl Anregungen:

– Die volle Abschreibung sogenannter geringwertiger Anlagegüter bis zu einem Anschaffungspreis von DM 800 zuzüglich elf Prozent Mehrwertsteuer kann durch Kauf oder Fertigstellung entsprechender bestellter Gegenstände noch für 1977 wahrgenommen werden. Auf den Termin der Bestellung kommt es dabei nicht an.

– Über einen längeren Zeitraum abzuschreibende Güter dürfen mit der ersten Rate steuerlich schon im Jahr 1977 geltend gemacht werden. Entscheidend ist ausschließlich noch die Anschaffung in diesem Jahr. Die tatsächliche Nutzung kann auch erst im Jahr 1978 beginnen.

– Alle in diesem Jahr noch erledigten Zahlungen für Lieferungen sowie andere Leistungen und Beiträge können das steuerpflichtige Einkommen und somit die Steuerforderung noch weiterhin senken.

– Geldanlagen mit Steuerabschreibung werden in diesen Wochen noch verstärkt und mit einem gewissen Termindruck angeboten. Alle solche empfohlene Eile darf den Interessenten an einer äußerst sorgfältigen steuerlichen wie juristischen Prüfung solcher Offerten nicht hindern.

– Vermögensübertragungen an die Kinder bis zu DM 90 000 je Kind und je Elternteil aus dessen jeweils eigenem Vermögen sollten unverzüglich erwogen und mit Juristen wie Steuerberatern durchgesprochen werden. Die nächsten Erträge werden dann in der Regel schon den Konten der in der Regel steuerfreien Kinder gutgeschrieben. Sie dürfen andererseits für deren Unterhalt verwendet werden. Wenn der Schenkende vom Jahr der Schenkung an noch die nächsten zehn Jahre erlebt, braucht keine Schenkungssteuer gezahlt zu werden. Ebenso sollte mit Experten die Nießbrauchübertragung von Vermögenswerten an die Kinder überprüft werden.

– Die Vorsorgeaufwendungen des Jahres 1977 sind zu überprüfen. Die Freibeträge sollten bis zur Möglichkeit der halbierten Steuervorteile ausgeschöpft werden. Freiwillige Zuzahlungen sind zu den meisten Lebensversicherungs- und zu den Bausparverträgen formlos möglich.

– Spenden für mildtätige und gemeinnützige Zwecke mindern die Steuerforderung ebenfalls. Die entsprechende Organisation muß zur Ausstellung steuerwirksamer Spendenquittungen anerkannt sein. Das ist im allgemeinen auf den Vordrucken vermerkt. Auf Quittungen über Sachspenden ist der Verkehrswert der Sachen in DM zu vermerken.

– Vor Nachzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung sind die gegenwärtigen und voraussehbaren Ansprüche so genau wie möglich festzustellen. Dem System nach können nur Annahmen unterstellt, aber keine Rechtsansprüche vorausgesetzt werden. Durch Neuregelungen im Jahr 1977 können u. a. Ärzte ihrer relativ langen Ausbildungszeit wegen Nachteile erleiden. Diese neuen Prämissen müssen in die Überlegungen einbezogen werden.

– Die Erhöhung der Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt auf zwölf Prozent bedeutet praktisch eine Steigerung um 9,09 Prozent, denn soviel beträgt relativ die Differenz zwischen 11 und 12. Käufe, die in den ersten Monaten des nächsten Jahres notwendig werden, sind vorteilhaft noch zum alten Mehrwertsteuersatz in diesem Jahr vorzuziehen.

– Wenn selbstfinanzierte Verkehrsunfallschäden des letzten Jahres höher als die Ersparnis sind, die durch ein Verbleiben in der alten Schadenfreiheits-Rabattstaffel erzielt wird, sollten die Kostenerstattungen bis zum Jahresende angemeldet werden. Ein im Dezember entstandener Aufwand für solche Zwecke rückt diesen Termin um ein Jahr hinaus. Der Tag der Schadensmeldung und nicht des Unfalles gilt als Stichtag für die Rückstufung im Schadenfreiheitsrabatt. So kann der Rabatt in der alten Höhe noch auf ein Jahr gehalten werden.

Horst Beloch

Honorar-Hoheit

Über die Entwicklung der Arzt- und Zahnarzt-Honorare sind Gespräche zwischen den Vertretern der Ärzte und der Kassen vorgesehen. So treffen sich Auftragnehmer mit der Zahlstelle der Auftraggeber, der Kassenmitglieder.

Die Parallele zu den Tarifpartnern der Wirtschaft ist evident. Der Unterstellung eines ärztlichen wie zahnärztlichen Monopols fehlt jede Basis. Wer soll die Patienten behandeln, wenn nicht der Arzt? Wer soll die Arbeit im Betrieb leisten, wenn nicht die entsprechenden Fachleute?

Beide Gruppen haben ihre Standesvertretungen. Die Gewerkschaften können zudem den Streik ausrufen, um ihre Forderungen durchzusetzen. Den Ärzten wird dieses Recht bestritten.

Folgerichtig herrscht auch im ärztlichen Bereich eine Tarif- oder Gebührenhoheit vor. Eingriffe durch Leitlinien, Orientierungsdaten oder andere Einflüsse verbieten sich da ebenso wie in die entsprechenden Verhandlungen der sich lediglich quantitativ unterscheidenden Sozialpartner.

Prosper

Kurz über Geld

NEU: BAUSPAR-DYNAMIK, eber Zurückhaltung empfohlen, weil noch nicht ausgereift. Mehr demnächst im „Bayerischen Ärzteblatt".

KREDITZINS FÜR PRAXISGRÜNDUNG ist neuerdings auf 5,75 Prozent p. a. gesenkt.

140 Prozent VERLUSTZUWEISUNG mit 7,1 Prozent Barrendite bieten erstklassige Partner. Interessant bei hoher Steuerprogression.

„WERTPAPIERE" WURDEN WERTLOS, die Hohe AG-Aktien, von Münchener Anlagefirma verkauft. Interessengemeinschaft hat sich gebildet.

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm (soweit nicht anders angegeben):

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-294

I. Notfallmedizin 1978

Zwölfteiliger Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit dar Sanitätsakademia der Bundaswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundaswahr, Infantariastraße 17, München 40

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Vorgasahena Themen:

18. Januar 1978
Chirurgie I (Schock und Wiederbelebung)

1. Februar 1978
Innere Medizin I (Komatösa Zustände)

8. März 1978
Chirurgie II (Einschließlich praktischer Übungen)

5. April 1978
Chirurgie III (Einschließlich praktischer Übungen)

26. April 1978
Innara Madizin II (Kardiologische und pulmonale Notfälle)

14. Juni 1978
Innera Medizin III (Toxikologie)

21. Juni 1978
Neurologischa und psychiatrischa Notfälle

12. Juli 1978
Augen- und HNO-Heilkunde

20. September 1978
Kinderhailkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischar Sicht

11. Oktober 1978
Gynäkologische und urologische Notfälle

22. November 1978
Kopftraumatologie (Neurochirurgie – Mund-Kielarchirurgie)

29. November 1978
Round-Tabla-Gespräch: Diffarentialdiagnostischa Problame in der Notfallmedizin (Chirurgie, innara Medizin u. a.)

Begrenzta Tailnehmerzahl

Teilnahma nur nach Anmeldung bei dar Bayarischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

II. Innere Medizin

Klinik Höhanriad für Harz- und Kreislaufkrankheiten dar LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminar über praxisnahe kardiologischa Prävention und Rehabilitation vom 10. bis 15. April 1978

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8031 Barnried, Telefon (0 81 58) 85 72 - 266

III. Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenklinik Erlangen

Direktor: Professor Dr. H. H. Wiack

6. Fortbildungstagung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassena Ärzte aller Fachgebiete vom 10. bis 12. März 1978

Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis

Praktische Kurse, Visiten, Demonstrationan am Fraitag, 10. März, 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr, Universitäts-Nervenklinik und Naurochirurgische Universitätsklinik, Schwabachanlaga 6 (Kopfklinikum)

Vorträge am Samstag, 11., und Sonntag, 12. März, Beginn jeweils 9.00 Uhr im Kongreßzentrum Neuer Markt

Themen: Dia Bedeutung des limbischen Systems – Psychosomatik dar gastrointestinalen, kardialen, darmatologischen und rheumatischan Erkrankungen – Psychosomatik der Schwindelzustände – Psychosomatische Störungen bei zerebralen

März, April 1978

10. bis 12. März
Neurologie und Psychiatria, Erlangen

10. bis 15. April
Innere Medizin, Bernried

1978
Notfallmedizin – München

18. Januar
Chirurgie, Schock und Wiederbelebung

1. Februar
Innere Medizin, komatöse Zustände

8. März
Chirurgie, einschließlich praktischer Übungen

5. April
Chirurgie, einschließlich praktischer Übungen

26. April
Innara Medizin, kardiologischa und pulmonala Notfälle

14. Juni
Innere Medizin, Toxikologie

21. Juni
Naurologische und psychiatrischa Notfälle

12. Juli
Augen- und HNO-Heilkunda

20. September
Kinderheilkunda aus pädiatrischar und kinderchirurgischer Sicht

11. Oktober
Gynäkologischa und urologische Notfälle

22. November
Kopftraumatologie (Neurochirurgie-Mund-Kiaferchirurgie)

29. Novembar
Round-Table-Gespräch: Differentialdiagnostische Problema in dar Notfallmedizin (Chirurgie, Innera Madizin u. a.)

Gefäßprozessen, bei endogener Depression – Psychosomatische Erkrenkungen in der Gynäkologie – Therepie der Sexualstörungen – Koptschmerz als psychosomatisches Problem – Zoenästhesien eis psychosomatische Störungen – Bedeutung der Persönlichkeit bei psychosomatischen Erkrankungen – Therapie der Schulter- und Nackenschmerzen – Humangenetische Probleme der Neuropsychiatrie in der Prexis – Grundlagen der genetischen Beretung – Genetische Beretung bei psychiatrischen Erkrenkungen – Pränatele Diagnostik neuropsychiatrischer Erkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Frau Heerklotz, Universitäts-Nervenklinik, Schwebachenlege 6 und 10, 8520 Erlangen, Teiefon (0 91 31) 2 60 85 und 85 30 01

Symposion für Ärzte und Assistenzberufe

am 21./22. April 1978 in Murnau

Leitung: Dr. M. Stöhrer, Murneu

Theme: Urologie bei Rückenmarkverletzten und Berücksichtigung endrologischer, gynäkologischer und sexueimedizinischer Probleme

Ort: Kurgästeheus der Marktgemeinde Murnau

Unkostenbeitreg: Ärzte DM 40,–; Ärzte in abhängiger Steilung DM 25,–; Assistenzpersonal, Medizinalessistenten und Studenten DM 15,–.

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Stöhrer, Urologische Abteilung der BG-Unfallklinik, 8110 Murneu, Teleton (0 88 41) 1 93 15

Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

vom 14. bis 28. Januar 1978 in Medonna di Campigllo

Leitung: Dr. B. Grüneweld, Bad Pyrmont

Prospekte und Anmeldung:

DER – Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfech 2671, 6000 Frenkfurt 1

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

5. bis 18. März 1978 in Badgastein:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß
Thema: Der nervöse, der psychisch gestörte und der psychisch krenke Mensch

6. bis 18. März 1978 in Davos:

XXVI. Internationeler Fortbildungskongreß
Thema: Der nervöse, der psychisch gestörte und der psychisch kranke Mensch

20. März bis 1. April 1978 in Meran:

X. Internationaler Seminarkongreß für prektische Medizin
Theme: Jugend und Alter aus der Sicht der prektischen Medizin

12. bis 27. Mai 1978 in Montecatini Terme:

XVI. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß)
Thema: Langzeittherepie in der ärztlichen Praxis eis Schlüssel zur modernen Rehabilitetion

4. bis 17. Juni 1978 in Grado:

XXVI. Internationeler Fortbildungskongreß
Thema: Lengzeittherepie in der ärztlichen Prexis als Schtüssel zur modernen Rehabilitetion

24. Juli bis 5. August 1978 in Devos:

VIII. Internetionaler Seminerkongreß für praktische Medizin
Theme: Prävention, Diegnostik, Thereple, Rehebilitetion

20. August bis 2. September 1978 in Grado:

XII. Internetioneler Seminarkongreß für praktische Medizin
Theme: Retionelle Diagnostik und Therepie in der ärztlichen Prexis

28. August bis 10. September 1978 in Meren:

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß
Theme: Arzneitherapie bei gestroenterologischen und abdominellen Erkrankungen

22. bis 24. September 1978 in Augsburg:

VII. Zentretkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem Zusammenhang mit dem 62. Augsburger Fortbildungskongreß für prektische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 234 / 235

Augenärztliche Fortbildung

der Augenklinik und -Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universitét München und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Ort: Konterenzreum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität, Ismaninger Straße 22, München 80

Donnerstag, 15. Dezember 1977

16.00–18.45 Uhr:

Fuktionelle Anatomie der Lidregion – Plastische Operationen an den Lidern – Operetive Wundversorgung

Donnerstag, 12. Januer 1978

16.00–18.45 Uhr:

Funktionelle Einheit Orbita – Hels-Nasen-Ohren-ärztliche Diagnostik und Thereple bei Verletzungen im Bereich der Orbita – Untersuchung der Augenmotilität bei Orbitaaffektionen

Donnersteg, 19. Januer 1978

16.00–18.45 Uhr:

A- und B-scan-Ultreschalldiagnostik im Bereich der Orbita – Computertomographie der Orbita – Übungen zur Untersuchungstechnik

Donnerstag, 26. Jenuer 1978

16.00–18.45 Uhr:

Farbige Brillengläser (Eigenscheften, Anwendung und Verordnung von Blendschutzgläsern sowie von tndustrieschutzgläsern) – Klinische Demonstretionen

Donnerstag, 2. Februar 1978

16.00–18.45 Uhr:

Grundlinien der konservativen ophthalmologischen Behandlung – Begutachtung – Diskussion spezieller Gutechtenfälle

Donnerstag, 9. Februer 1978

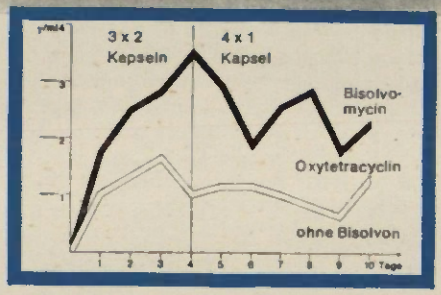
16.00–18.45 Uhr:

Objektive Retrektionsbestimmung mit dem Augenrefraktometer (optisches Prinzip, Aufbau und Grenzen der Anwendung der Augenrefrektometer) – Klinische Demonstrationen

Bisolvomycin®

bekämpft Bronchialinfekte

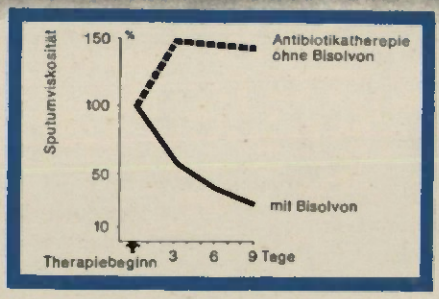
Bisolvomycin schafft maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens



nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970

Mit Bisolvomycin, der Kombination von Oxytetracyclin mit Bisolvon, werden im Bronchialsekret antibiotische Konzentrationen erzielt, die in den ersten vier Behandlungstagen dreifach höhere Werte aufweisen als bei alleiniger Antibiotika-Verabreichung ohne Bisolvon.

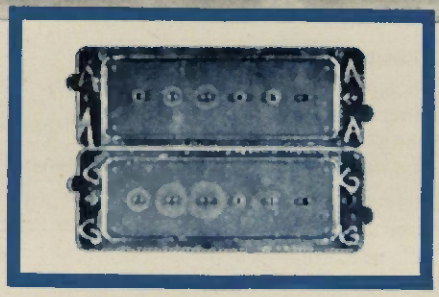
Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse



nach Bürgi, H., Schweiz. med. Wschr. 95, Nr. 8, 274–278 (1965)

Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätssenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam begegnet, denn persistierenden Keimen ist der Nährboden entzogen.

Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich



nach Bürgi, H., e. a., Ther. Umsch. 24, 116–118 (1967)

Hyland Immunoplates® Human, oben: Gamma-A-Immunoglobulin-Test, unten: Gamma-G-Immunoglobulin-Test. Von links nach rechts: Diffusionsflächen 1 bis 3 von Testseren mit bekanntem Immunoglobulingehalt (66, 197, 394 mg IgA/100 ml, 234, 701, 1402 mg IgG/100 ml), Diffusionsfläche 4 von Sputum vor Behandlung, Diffusionsfläche 5 von Sputum desselben Patienten nach Behandlung mit Bisolvon (24 mg p. o. während 3 Tagen). Bisolvon bewirkt eine Erhöhung des Potentials an Gamma-A-Globulinen, von deren Konzentration das Abwehrvermögen der Atemwegsschleimhäute abhängt.

Bisolvomycin® – sein Wirkprofil schafft Überlegenheit

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:

N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid	4 mg
Oxytetracyclin-HCl	250 mg

Anwendungsgebiete

Infizierte Bronchitiden, insbesondere deren chronische Formen, Schubprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, alle Atemwegserkrankungen auf bakterieller Grundlage, wie z. B. Bronchopneumonien, Pneumonien und Bronchiektasien.

Dosierung und Anwendungsweise

Es empfiehlt sich bei akutem Krankheitsbild die Einnahme von 3 x 2 Kapseln täglich, nach Besserung der Symptome kann auf 4 x 1 Kapseln reduziert werden.

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenendosis.

Zur langfristigen Anwendung:
3 x 1 Kapsel täglich.

Auch hierbei ist eine Reduzierung (2 x 1 Kapsel) möglich, über die der Arzt zu entscheiden hat.

Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon®-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Treten Magen-Darmstörungen auf, so ist je nach Schweregrad die Dosis zu reduzieren oder die Therapie vorübergehend zu unterbrechen.

Während der Schwangerschaft und bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen sollte Bisolvomycin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr können durch Tetracyclin und damit auch durch Bisolvomycin Schädigungen der Knochen- und Zahnentwicklung auftreten; in dieser Altersgruppe ist deshalb die Anwendung von Bisolvomycin nur bei vitaler Indikation anzuraten.

Besondere Hinweise

Die Gefahr eines Rezidivs und damit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes ist bei der chronischen Bronchitis besonders groß. Deshalb sollte die sofortige Wiederaufnahme einer Bisolvomycin-Behandlung schon bei den ersten Anzeichen einer neuerlichen Infektion, die sich häufig in einer Verschlimmerung der subjektiven Symptome äußert, erfolgen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln	OM 22,10
Originalpackung mit 40 Kapseln	OM 39,75
Klinikpackung	

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.

2/77

Thomae

Schnell informiert

Fünf Ärzte mit Hartmann-Thieding-Plakette 1977 ausgezeichnet

Fünf Ärzten wurde in Würdigung ihrer Verdienste um die deutsche Ärzteschaft und um den Hartmannbund die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen: Dr. Hermann Kater (Hameln), Dr. Fritz Lienhoop (Bremen), Dr. Hans Nippels (Düsseldorf), Dr. Hermann Spengemann (Brockhagen) und Dr. Kurt Tritschler (Saulgau)

Äskulapstab für Gero von Böhm

Der Wissenschaftsjournalist Gerd von Böhm wurde für seine Fernseh-Dokumentation „Anarchie im Körper", die das Krebsproblem behandelt, mit dem Film- und Fernsehpreis 1977 des Hartmannbundes, Verband der Ärzte Deutschlands, ausgezeichnet. Die Dokumentation informiert umfassend über Vorsorge, Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge bei Krebserkrankungen. Dabei werden auch unterschiedliche Auffassungen ausgewogen berücksichtigt. Die in ihrer Sorgfalt vorbildlichen Recherchen, die ebenso sachliche wie fesselnde Darstellung der Problematik und die technisch saubere, für den Zuschauer eingängige Bildpräsentation heben diesen Beitrag aus der großen Zahl der Filme über dieses Thema heraus, heißt es in der Begründung der aus Ärzten und Journalisten bestehenden Jury.

Boehringer Mannheim erhält Fortbildungsfilmpreis der Bundesärztekammer 1977

Boehringer Mannheim GmbH hat mit dem medizinischen Fortbildungsfilm „Homöostase – Grundlagen der Infusionstherapie" ein sehr wichtiges Thema der modernen Medizin aufgegriffen. Der Film (Produktion: Leonardis-Film Böblingen) wurde in Köln mit dem Filmpreis der Bundesärztekammer 1977 ausgezeichnet. Die Jury bescheinigte dem Film einen hohen Fortbildungswert, weil er komplizierte Stoffwechselvorgänge, die genau zu kennen, Voraussetzung jeder Infusionstherapie ist, in verständlicher Form darstellt.

Unter Homöostase versteht man das Gleichgewicht physiologischer Körperfunktionen wie Stoffwechsel, Körpertemperatur, Blutdruck, Blut-pH. Der gesunde Organismus kann sich auch extremen Belastungssituationen anpassen, beim Schwerkranken aber ist die Selbstregulation, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert wird, gestört. Mit der modernen Infusionstherapie ist es möglich, den geschwächten Organismus so lange zu unterstützen, bis er seine Homöostase selbst wieder aufrechterhalten kann.

Film- und Fernsehpreis 1978 ausgeschrieben

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands – schrieb den Film- und Fernsehpreis 1978 aus. Prämiert werden im nächsten Jahr ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1977 bis 31. Juli 1978 erstaufgeführt oder gesendet wird und der die Beziehungen zwischen Arzt und Patient in objektiver und verständlicher Form wirklichkeitsnah schildert. Der Preis kann an Autoren, Regisseure oder Schauspieler verliehen werden.

Bayerisches Ausbildungsförderungsprogramm 77 für das Zonenrandgebiet

Förderung zusätzlicher Ausbildungsverhältnisse mit Arzthelferinnen

Mit dem vorbezeichneten Förderungsprogramm können zusätzliche Ausbildungsverhältnisse mit Jugendlichen zum Zwecke der Ausbildung zur Arzthelferin nach dem anerkannten Berufsbild im Bereich des Zonenrandgebietes gefördert werden, wenn der Ausbildungsvertrag mit einem Jugendlichen, der im Kalenderjahr 1977 das 17. Lebensjahr vollendet, in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 1977 abgeschlossen wurde bzw. wird.

Anträge sind an die zuständige Regierung zu richten. Vordrucke und Richtlinien dieses Programmes können bei den Ärztlichen Kreisverbänden des Zonenrandgebietes angefordert werden.

Preisrichterkollegium für Düsseldorfer Hygienepreis gebildet

Anläßlich der 4. Düsseldorfer Hygienetage 1976 gab der Veranstalter, die Henkel KGaA, Düsseldorf, die Stiftung eines Düsseldorfer Hygienepreises bekannt. Mit diesem Preis sollen hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Hygiene ausgezeichnet werden, die in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder in der Schweiz veröffentlicht wurden. Der Preis ist mit DM 20 000 dotiert und wird alle zwei Jahre vergeben. Er kann sowohl für eine Arbeit einer Einzelpersönlichkeit als auch einer Gruppe verliehen werden.

Der Düsseldorfer Hygienepreis soll 1978 auf den 5. Düsseldorfer Hygienetagen (6./7. April 1978) zum ersten Mal vergeben werden. Berücksichtigt werden Arbeiten, die in den Jahren 1976 und 1977 entstanden sind. Vorschläge müssen bis zum 10. Januar 1978 dem Preisrichterkollegium vorliegen (Anschrift: Düsseldorfer Hygienepreis, Postfach 1100, 4000 Düsseldorf 1).

Fiat 242 als Rettungswagen

Das Deutsche Rote Kreuz mit Förderung des Bundesministers für Verkehr hat einen Forschungsauftrag zur Entwicklung eines neuartigen Rettungswagens dem Institut für Kraftfahrwesen (ika) der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen erteilt. Das Fahrzeug sollte den neuesten medizinischen Erkenntnissen zufolge konzipiert sein und die Forderungen nach einem schonenden und schnellen Verletztentransport besser erfüllen, als dies die heute im Einsatz befindlichen Rettungswagen tun.

Die Technische Hochschule Aachen kam zu dem Ergebnis, daß „mit dem Rettungswagen-Prototyp auf 242-Basis ein Fahrzeug vorgestellt wurde, das bei hoher Fahrsicherheit einen weitaus besseren Fahrkomfort für Patient und Begleitpersonen bei verbesserten Behandlungsmöglichkeiten bietet, als dies mit den gegenwärtig im Rettungseinsatz befindlichen Fahrzeugen möglich ist". Wichtig für die Eignung als Rettungswagen ist vor allem auch die Ausstattung: ein nach allen Seiten verstellbarer Behandlungstisch mit elektrischer Höhenverstellung, eine Krankentrage in den genormten Abmessungen sowie die Halterung für eine zweite Trage, ferner ein Arztsitz, ein Klappstuhl und eine Herzmassageplatte sowie zahlreiche Halterungen, Steckdosen und andere Anschlußmöglichkeiten, Standheizung, elektrische Belüftung, eine besonders helle Innenbeleuchtung, Sprechanlage, Funkverbindung, Sauerstoffgerät sowie zahlreiche Schubfächer und Medikamentenschränke.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1977 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zehl der gemeldefen Scharlacherkrenkungen nahm im September geringfügig zu. Die auf 100 000 Einwohner berechnefe Erkrankungsziffer stieg von 13 im August euf 19, jeweils euf ein Jahr umgerechnef. An übertragbarer Hirnheutentzündung erkrankten im Berichtsmonaf dagegen etwas weniger Menschen els im August.

Stärker als in den Sommermonaten der vergangenen Jahre stieg im September die Zehl der Erkrankungen en bekterieller Ruhr en. Auf 100 000 Einwohner trafen 11, im Vormonat 4 Erkrankungen. Die Erkrankungsziffer en Selmonellose erhöhte sich von 68 im August auf 78 im Berichtsmonat, jeweils euf 100 000 der Bevölkerung. Geringfügig nehm gleichzeitig auch die Häufigkeif der gemeldeten Erkrenkungen an Hepatitis infectiosa (übertregbare Leberentzündung) zu, nämlich von 24 euf 28 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. September bis 2. Oktober 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung		Übertragbare Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung übrige Formen		Übertragbare Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa Salmonellose		Enteritis infectiosa übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	65	–	–	–	2	–	18	–	–	–	2	–	3	–	55	–	301	–	–	–	–	–
Niederbayern	–	–	10	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	–	4	–	35	–	–	–	–	–
Oberpfalz	–	–	2	–	–	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	1	–	47	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	24	–	–	–	1	–	5	–	1	–	–	–	6	–	7	–	28	1	15	2	–	–
Mittelfranken	–	–	13	–	–	–	3	–	4	1	2	2	1	–	3	–	3	–	76	–	–	–	–	–
Unterfranken	–	–	20	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	3	–	–	–	62	–	1	–	–	–
Schwaben	–	–	26	–	–	–	2	–	5	–	–	–	1	–	–	–	18	–	100	–	22	–	–	–
Bayern	–	–	160	–	–	–	9	–	47	1	3	2	4	–	16	–	88	–	649	1	38	2	–	–
München	–	–	23	–	–	–	1	–	6	–	–	–	1	–	2	–	33	–	115	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	5	–	–	–	1	–	1	1	1	1	–	–	1	–	–	–	18	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	2	–	–	–	1	–	4	–	–	–	–	–	–	–	6	–	9	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	7	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	1	–	2	–	9	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	7	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Mikrosporie		Brucellose Bangsche Krankheit		Brucellose übrige Formen		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria Ersterkrankung		O-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	99	–	1	–	4	–	–	–	–	–	1	–	2	–	–	–	2	–	1	–	1	–	7
Niederbayern	15	–	–	–	–	–	1	–	–	–	2	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Oberpfalz	13	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1
Oberfranken	20	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	2	–	1	1	–	–	4
Mittelfranken	24	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	1	–	–	6
Unterfranken	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	2	–	–	–	–	–	6
Schwaben	39	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14
Bayern	233	1	1	–	4	–	2	–	4	–	3	–	6	–	3	–	10	–	3	2	1	–	38
München	52	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	2
Nürnberg	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Augsburg	4	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6
Erlangen	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

[1]) „E" = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

[2]) „ST" = Sterbefälle.

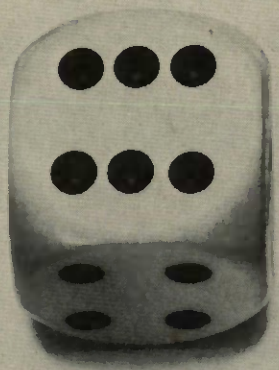
[3]) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Spasmo-Nervogastrol®

erfolgreich durch



prompte Spasmolyse



anhaltende Säurebindung



zuverlässigen Schleimhautschutz

Zusammensetzung: 1 Tablette = Butinolinphosphet 2 mg, Calciumcarbonat 600 mg, Bism. subnitr. 150 mg.
Indikationen: Akuta und chronische Gastritis, Gastroduodenitis, Ulcus ventriculi et duodeni, Krampf- und Säureschmerzen.
Kontreindiketionen: Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magendermkanals, Tachyarrhythmia, Megecolon.
Hinweise: Nach dar Einnahme von SPASMO-NERVOGASTROL kann sich der Stuhl gelegentlich durch Wismutsulfid dunkel verfärben. Diese Verfärbung ist ein netürlicher Vorgang und ohne Bedeutung für den Patienten. In seltanen Fällen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden.

Handelsformen und Preise:

◐	24 Tabletten DM 6.80
	50 Tabletten DM 12.20

Anstaltspackungen

Stand bei Drucklagung

HEUMANN Arzneimittel
NÜRNBERG

Buchbesprechungen

Abnorme Haltungsreflexa bei Gehirnschäden

Verf.: B. Bobeth, Deutsche Übersetzung von Prol. Dr. H.-H. Metthieß / Dr. M. E. Feldkamp / Dr. A. Boroske, 3., übererb. u. erw. Aufl., 94 S., 35 Abb., DM 9,80. G. Thieme Verieg, Stuttgart.

in dieser Neueuflege werden lokale, segmentele und allgemeine statische Reektionen erläutert, ohne daß sich die Autorin eul ein sterres Untersuchungsscheme oder lixierte Deten der statomotorischen Entwicklung einießt. Besonders euslührlich werden Stell- und Gleichgewichtsreektionen in ihrem Einzelableul und Zusemmenspiel erläutert.

Prektischa Psychosomatik

Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende der Medizin

Verf.: Prof. Dr. A. Jores, 473 S., 12 Abb., 15 Teb., DM 56,—. Verlag Hens Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

Dem Herausgebar ist es gelungen, eine ienge Reihe prominenter Autoren lür die Miterbeit en diesem Viel-Männer-Buch zu gewinnen. Es wendet sich vorwiegend en die in der Praxis tätigen Ärzte und soll dazu beitragen, deren ausbiidungsbedingte Wissenslücken eul diesem Fachgebiet zu schließen. Nech einigen einlührenden Kepiteln behandelt des Buch insgesemt 27 einzelne psychosometische Krenkheitsbilder. Wie häufig, sind auch hier die einzelnen Artikel in Stil und Qualität recht unterschiadlich ausgefallen. Besonders gelungen erscheinen mir die Kapitel über das Erstgespräch (Bestiaens), den Kopischmerz (Beyme) und über die Psychosometik psychietrisch Krenker (Battegey). Nach einem Kepitel über Psychophermekotherapie (Lebherdt) geht der Hereusgebar euslührlich eul die bei uns zu Unrecht etwas vemechlässigte Kleine Psychotherepie ein. Ein Verzeichnis der wichtigsten psychosometischen Spezielkiiniken schließt dieses Buch eb.

Dr. W. Kissling, München

Lahrbuch der medizinischen Soziologie

Verf.: Prof. Dr. J. Siegerist, 3. übererb. u. erw. Aull., 246 S., kert., DM 24,—. Verleg Urban & Schwerzenberg, München-Wien-Beltimore.

Dieses Buch bietet dem Medizinstudenten in übersichtlicher Form elle diejenigen inlormetionen, die er zur Vorbereitung eul die ärztliche Vorprüfung nach dem zur Zeit gültigen, offiziellen Gegenstendsketelog benötigt. Einem weiteren Interessentenkreis will es einen Überblick über wesentliche Ergebnisse und geganwärtige Schwerpunkte des Spezielgebietes Medizinsozioiogie geben. Das Buch ist gegenüber der ersten und zweiten Auilege wesentlich ergänzt worden.

Altes Tübingen

Herausgeber: B. Riethmüller, 72 S., 60 schwerzweiß-Abb., 12 farb. Abb., Leinen, DM 45,—. Verleg Weidlich, Vertrieb durch Umscheu Verleg, Frenkfurt.

Dieser Bend mit den elten Stadtansichten bis zur Jahrhundertwende soll eine besondere Lobpreisung Tübingens sein. Sie gilt einer Stedt, die wie keine endere des geistige Leban Württembargs geprägt het, deren landschaftliche Schönheit und Reize einmalig sind, in deren unzerstörtam Stedtbild jade Gasse, jedar Winkal bedeutungsvolle Geschichta sind.

peripher
peripher
Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu
peripher
peripher
peripher

Tussafug®-Saft

gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Auch für Diabetiker geeignet!

Zusammensetzung: 1 ml Saft enthält 4,88 mg Di-benproperin-embonat, entsprechend 3 mg Benproperin.

O.P. Flasche mit 150 ml 6,80 DM, A.P. 1500 ml (10 × 150 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N





Tussamag®

TEMPELHOF

* Die Blätter der Edelkastanie (Castanea vesca) geben den Extrakt für unser „Tussamag".

Tussamag®

auf rein pflanzlicher Basis

Indikationen/Zusammensetzung

Expectorans
Extr. Fol. Castaneae vesc. fl. 8,48 g, Extr. Thymi fl. 9,0 g, Acid. benzoic 0,125 g, Saponin 0,1 g, Sacch. 52 g, Aq. dest. ad 100 g

Pertussis, Reiz- und Krampfhusten
Tussamag mit 0,1 %-Codein. phosphoricum

Expectorans
Extr. Fol. Castaneae vesc. fl. 26,1 g, Extr. Thymi fl. 18,0 g, Acid. benzoic. 0,36 g, Saponin 0,5 g, Ephedrin. hydrochl. 0,5 g, Glycerin 5,0 g, Alkohol 10 g, Sacch. 20 g, Aq. dest. ad 100 g

Akute und chronische Katarrhe der oberen Luftwege
Tussamag-Tropfen mit 0,8 %-Codein. phosphoricum

Perkutanes Expectorans
Ol. Terebinth. 6 g, Camphorae 6 g, Ol. Pini pum. 2,5 g, Ol. Thymi 2 g, Ol. Eucalypti 2 g, Ol. Rosmarini 1,5 g, Ol. Menthae 0,5 g, Menthol 2,8 g, Guajacol 1,25 g, Salbengrundlage ad 100 g

Reiz- und Krampfhusten, Grippe
Extr. Thymi spir. spiss. 20 mg, Extr. Castaneae vesc. aquos. spiss. 20 mg, Ol. Thymi 6 mg, Äthylpapaverin hydrochlorid 20 mg

Kontraindikationen (nur bei den codeinhaltigen Formen)
Zustände die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

Handelsformen/Preise

	200 g, DM 6,95 m. U.
mit Codein*	120 g, DM 7,10 m. U.
Tropfen	20 g, DM 3,95 m. U.
Tropfen mit Codein*	20 g, DM 4,95 m. U.
perkutan	20 g, DM 4,10 m. U.
Zäpfchen für Kinder und Säuglinge	5 Stück, DM 3,40 m. U. 10 Stück, DM 5,20 m. U.

*verschreibungspflichtig

Sprechstunde: Herzinfarkt

Verf.: Dr. C. Halhuber / Prof. Dr. M. J. Halhuber, 144 S. mit Zeichnungen, Peperback, DM 19,80. Ein Bend der Reihe: „Sprechstunde". Verlag Gräfe und Unzer GmbH, München.

Beide Autoren stehen seit Jahren in ständigem Einsatz gegen die Ursachen und Folgen dieser Zeitkrenkheit. Sie geben in ihrem neuen Petienten-Ratgeber eine umfessende Darstellung des Herzinferktgeschehens und seiner Auswirkungen und beantworten elle Fragen, mit denen sich Herzinfarkt- und Koronar-Kranke täglich auseinandersetzen müssen. Sie sollen in die Lege versetzt werden, als Partner des Arztes en ihrer Wiederherstellung selbst mitzuwirken. Besonders nützlich sind die Ratschläge und Hinweise für den Lebenspartner des Patienten, der dadurch in die Lege versetzt wird, als Therapiehelfer wertvolle Dienste zu leisten.

Goldenes Burgund

Verf.: M. Rieple, 240 S. mit 48 Kunstdruckbildern, Leinen, DM 16,80. Verlag Hallwag, Bern-Stuttgart.

Burgund — es lockt dieses Lend kennenzulernen, seiner reichen Geschichte nachzuspüren und zu scheuen, was von seiner hohen Kultur und dem einzigartigen Kunstschaffen auf uns gekommen ist. Max Rieple hat sich bereits els feinsinniger Kenner und Übersetzer französischer Poesie einen Namen geschaffen. Als kundigem Entdecker ebseits liegender landschaftlicher und künstlerischer Schönheiten, els heiterem Erzähler und Genießer französischer Tafelfreuden folgen wir ihm auch in diesem Buch mit gespannter Anteilnahme.

Kunst und Kultur in Mittel- und Ostdeutschland

Herausgeber: H. Sieber, 300 S., ca. 250 Abb., Leinen, DM 58,—. Verlag Weidlich, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Die Mitte und der Osten des historischen Deutschen Reiches stellen eine kaum erfaßbare Kultur- und Kunstlandscheft dar, die trotz des Krieges und seiner politischen Folgen geblieben ist. Im vorliegenden Bildbend wird diese Tatsache im Querschnitt mit einer Auswahl von Abbildungen der schönsten und wichtigsten Kunst- und Bauwerke vor Augen geführt. Dieser Bildband wendet sich nicht nur an die ältere Generation, die ihre Heimat verlessen mußten, sondern besonders auch an die jüngeren, die Anregung für einen Besuch und Überblick über das Erhaltene und Gewesene bekommen sollen.

Herders Neuer Hausatlas

200 S., 56 S. Kerten mit plastischer Geländederstellung, 7 Kartenseiten mit 48 Reisegebieten, tabellarische Übersichten und illustr. Beschreibung von Weltall, Sternen und Erde, 87 S. Register mit ca. 78 000 Fundstellen, vierfarb. bedrucktes Polyleinen, DM 49,50. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Dieser neue Atlas enthält euf 56 Seiten sechs politische und 60 physische Kerten mit der bewährten plestischen Geländedarstellung, aktualisierter Beschriftung mit internationalen und nationalen Schreibweisen und mit Nemen und Größe der Gemeinden nach der Gebietsreform. Auf sieben weiteren Kartenseiten findet der Benutzer 48 physische Karten mit Touristikinformationen, aufgeschlüsselt durch ein seperates Register. 23 Seiten Tebellen über geographische Daten, über die Länder der Erde und die politische Gliederung der europäischen und wichtigsten außereuropäischen Staaten bilden einen weiteren wichtigen Bestendteil. Mit einem durchgehenden Register, das ca. 78 000 geographische Namen und Begriffe erschließt, wird der Atlas abgerundet.

Kongreßkalender

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

Januar 1978

2.–27. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang, Stoffplan III. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

10.–13. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

14.–28. **Madonna di Campiglio:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.

16.–19. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

21.–22. **Hannover:** „Der Arzt als Gesundheitserzieher?". – Auskunft: Frau U.-M. Stade, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.

23.–26. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

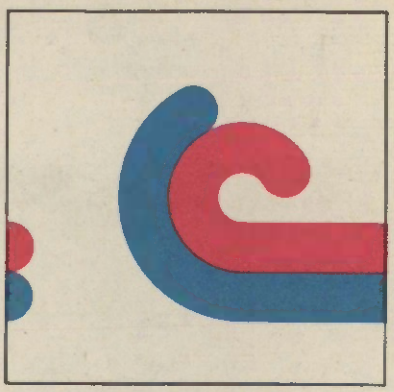
23.–28. **München:** Ärztekurs D für Homöotherapie. – Auskunft: Dr. A. Braun, Zeppelinstraße 1, 8025 Unterhaching.

25. 1.–3. 2. **Neuherberg:** Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

26.–28. **Luzern:** 8. Internationales Symposion für Orthopädie (Pseudoarthrosen und ihre Behandlung). – Auskunft: Professor Dr. G. Chapchal, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Postfach, CH-6001 Luzern.

27.–28. **Bad Nauheim:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge (Autogenes Training für Kinder in der ärztlichen Praxis – Lern- und Lehrseminar). – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

neu



Hildicon®

nicht hormonelles Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B_{12}-Mangelerscheinungen
- Rekonvaleszenz
- perniziöser Anämie

Zusammensetzung
1 Kapsel enthält:
Hydroxocobalamin-monoacetat 0,515 mg
Coenzym B_{12} 0,500 mg
Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat 2,500 mg
1 Ampulle Trockensubstanz enthält:
Hydroxocobalamin-monoacetat 1,031 mg
Coenzym B_{12} 1,000 mg
Cytidin-5'-monophosphat Dinatriumsalz-Dihydrat 5,000 mg
1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält:
Lidocain-Hydrochlorid 20,000 mg
Natriumchlorid 5,000 mg
Wasser für Injektionszwecke (Ph. Eur. II) ad 2 ml

Handelsformen urid Preise
Originalpackung mit 20 Kapseln
DM 18,80 mit MwSt.
Originalpackung mit 100 Kapseln
DM 68,10 mit MwSt.
Originalpackung mit 5 Ampullen lyophilisierter aktiver Substanz und 5 Ampullen Lösungsmittel
DM 18,60 mit MwSt.
Anstaltspackung
von 10 × 5 + 5 Ampullen
DM 115,50 mit MwSt.

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstr. 2 – 8, 5110 Aladorf, Rhl 1

Seit 1797 Trommsdorff

(Fortsetzung Januar 1978)

27.–29. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz für den Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. – Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover.

Februar 1978

11.–25. **Klosters:** Weiterbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.

13.–17. **Stuttgart:** Fortbildungskurs für Ärzte als Hygienebeauftragte. – Auskunft: Frau Dr. U. Lutz-Dettinger, Azenbergstraße 16, 7000 Stuttgart 1.

18. **Leverkusen:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge (Autogenes Training aus der Sicht der Pädagogik – Lern- und Lehrseminar). – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

25. 2.–11. 3. **San Martino di Castrozza:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.

26. 2.–4. 3. **Bad Hotgestein:** 24. Österreichische Sozialmedizinische Tagung. – Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische- und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1030 Wien.

März 1978

3.–5. **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der Anpassung von Hörgeräten. – Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Audiologische Abteilung, Killianstraße 5, 7800 Freiburg.

5.–18. Bedgastein: XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. – Auskunft: KongreßbÜro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.

6.–18. Davos: XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. – Auskunft: KongreßbÜro der Bundesärztekammer, Postfach 410 220, 5000 Köln 41.

10.–12. **Erlangen:** 6. Fortbildungsveranstaltung in Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete. – Auskunft: Frau B. Heerklotz, Universitäts-Nervenklinik, Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen.

11.–18. **Freudenstadt:** 54. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. – Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.

13.–16. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte gemäß Richtlinie für den Betrieb von Beschleuniger-Anlagen im medizinischen Bereich. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

17.–19. Augsburg: 61. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Sekreteriat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.

19.–26. **Bad Hofgastein:** 19. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. – Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Hütteldorfer Straße 188, A-1140 Wien.

20. 3.–1. 4. Maran: X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. – Auskunft: KongreßbÜro der Bundesärztekammer, Postfach 410 220, 5000 Köln 41.

27.–31. **Mexico City:** VIII. Internationaler Kongreß für Präventiv- und Sozialmedizin. – Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische- und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1030 Wien.

29.–31. **Lahnstein:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge (Antistress-Seminar). – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V., Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

31. 3.–2. 4. **Bad Nauheim:** 44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung, Max-Planck-Institut für physiologische und klinische Forschung, W. G. Kerckhoff-Institut, Sprudelhof 11, 6350 Bad Nauheim.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma **Gödecke AG, Freiburg.**

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

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

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammedresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

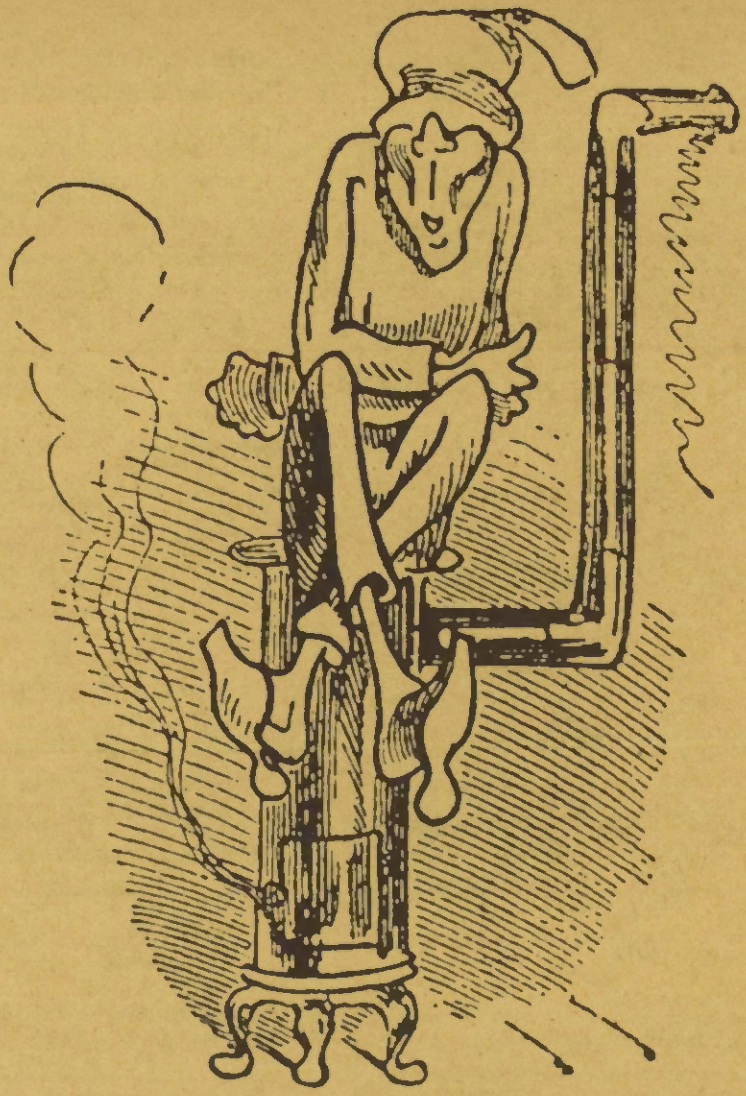
Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

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. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Vergrippt nochmal!



jetzt ohne Amino-phenazon

**Herr Böck der klagt gar fürchterlich:
»Ich find das richt'ge Mittel nich.«**

**»Ich therapier, vergrippt nochmale!
Ab heute mit Kolton grippale.«**

Kolton® grippale

Dragees und Saft

Indikationen: Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhalischen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.
Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).
Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kotton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, o-Äthoxybenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelötfel (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymiantluidextrakt DAB 6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Efeukraut 50 mg.
Hinweis: Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrern und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.
Für Diabetiker: 1 Teelötfel (5 ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5 g Glukose.
Handelsformen: OP mit 20 Dragees DM 5,70; OP mit 125 ml Saft DM 6,75.

PROMONTA HAMBURG

© CPHA 1977

Für unsere neu erbaute und modern eingerichtete

NEUROLOGISCHE ABTEILUNG
(Chefarzt Dr. Rossmanith)

suchen wir baldmöglichst einen

Oberarzt (-ärztin)

(Facharzt oder vor dem Facharztabschluß stehend)

Es handelt sich um eine ausbaufähige Dauerstellung.

Die Abteilung umfaßt rund 60 Betten und ist zur Behandlung akut neurologischer Fälle bei großem Einzugsgebiet eingerichtet.

An diagnostischen Methoden stehen EEG, EMG, Echo, Angiographie und Hirnszintigraphie zur Verfügung. Computer-Tomographie ist vorgesehen. Einarbeitung in diese Untersuchungsmethode ist für den Oberarzt geplant. Die Abteilung verfügt über ausgezeichnete physikalisch-therapeutische Einrichtungen.

Geboten werden:

Sämtliche im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen: verbilligte Verpflegung, Mithilfe bei Wohnungsbeschaffung, reichlich Gutachtertätigkeit, großzügige Chefarztzulage bei Mithilfe in der Ambulanz.

Kaufbeuren mit über 40000 Einwohnern liegt im reizvollen Voralpenland, überaus verkehrsgünstig zwischen München, der Alpenregion und dem Bodensee. Es verfügt über alle Schularten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an:

Die Direktion des Bezirkskrankenhauses, 8950 Kaufbeuren, Postfach 401, Telefon (0 83 41) 72-1.

Bei den Städtischen Krankenanstalten der Universitätsstadt Bayreuth mit 590 Betten (Innere Medizin, Chirurgie, Frauenklinik, Kinderklinik) ist am Radiologischen Institut im Zuge der Neuerrichtung einer Hartstrahlentherapie-Einrichtung die Stelle des

Leitenden Abteilungsarztes für die Strahlentherapie

zu besetzen.

Die Hartstrahlentherapie-Einrichtung, deren Fertigstellung im Frühjahr 1978 erfolgt, wird mit einem 4500-Ci-Kobalt-Bestrahlungsgerät und den entsprechenden Einrichtungen zur Therapieplanung ausgestattet. Eine konventionell ausgerüstete Bestrahlungsabteilung ist bereits vorhanden.

Mit der Strahlendiagnostikabteilung wird eine enge kooperative Zusammenarbeit vorausgesetzt.

Die zum 1. 1. 1978 vorgesehene Einstellung erfolgt als Leitender Abteilungsarzt nach Vergütungsgruppe I BAT gemäß Mustardienstvertrag, der zur Einsichtnahme angefordert werden kann.

Die Festspielstadt Bayreuth liegt in landschaftlich schönster Lage in Oberfranken. Bayreuth ist Standort einer Universität, die sich zur Zeit im Ausbau befindet. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Daneben zeugen ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten und ein umfangreiches Bildungsangebot von dem hohen Freizeitwert der Stadt.

Bewerbungen mit handschriftlichem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden bis 2 Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an

Stadt Bayreuth — Personalamt — Postfach 2640, 8580 Bayreuth.

Alteingeführte, jedoch noch ausbaufähige

große Allgemeinpraxis

mit Wohnung in reizvoller Landschaft, guter Verkehrslage (Autobahnanschluß) und belegärztlicher Tätigkeit im Raum Nürnberger Land zum 1. 4. 1978 nahtlos abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/730 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

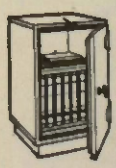
JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krenkenhaus- und Laborbedarf

Individuelle und rationelle Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Rasche Versorgung mit dem täglichen Praxisbedarf. Durch unser umfangreiches Angebot sind wir stets darum bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen. Besuchen Sie unsere Ausstellungsräume.

Greflinger Straße 108, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 59 72



KLEINTRESOR
60 od. 120 x 48 x 55 feuersicher Einbautresore ab DM 313,— Katalog „BY" frei!
W. Dreisörner 6000 Frankfurt/M. 50 Postfach 50 10 49 Tel. (06 11) 52 48 44

Neumarkt (Raum Nürnberg)

Praxisräume

für Arzt, 170 qm, im Stadtkern zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/710 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Neubau

Praxisräume

(Aufteilung noch frei zu gestalten) an **Internisten** in aufstrebendem Ort im unteren Bayerischen Wald zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/744 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Regensburg, Landshuter-/Sternbergstraße

Praxisräume

160 qm, 6 Zimmer, Küche, Bad, 2 WC, Erdgeschoß, zu vermieten. HNO-Praxis im Haus.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/746 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Praxis-Einrichtungen

sollte man von Fachleuten durchführen lassen. Praxisgerechte Grundrisse, Beaufsicht, sowie fachmännische Montage und Einarbeitung sind für uns ebenso selbstverständlich, wie die spätere Betreuung Ihrer Praxis durch unsere leistungsfähige Service-Abteilung.

Nutzen Sie den Vorteil unserer ständigen Ausstellung für

Röntgen- und Elektro-Medizin, Laborgeräte und Mobiliar

HÖLLERER KG

Norikerstraße 2 — Wöhrdersee — 8500 Nürnberg, Telefon-* 492002, Telex 06-22999 medho

Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Sondernummer

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege!

Die Änderung geltender Rechtsvorschriften hat positive und negative Aspekte. Sie schafft in jedem Fall eine mehr oder weniger starke Beunruhigung und Verunsicherung, weil sich daraus zwangsläufig Konsequenzen für die Betroffenen ergeben. Soferne für sie erkennbar wird, daß die Änderung eines Gesetzes, einer Verordnung oder auch einer Setzung in ihrem Interesse liegt, also ihrem Wohle dient, werden Übergangsschwierigkeiten sicherlich gerne als unvermeidberer Preis in Kauf genommen. Berechtigte Verbitterung muß aber dann um sich greifen, wenn der Gesetzgeber eine Gruppe der Gesellschaft durch eine Gesetzesänderung offensichtlich schlechter stellt, ohne daß es dafür einsehbare Gründe gibt.

Die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns übergeben Ihnen dieses Sonderheft des „Bayerischen Ärzteblattes", um Sie über wichtige Änderungen von Rechtsvorschriften zu unterrichten, die zum Teil im Laufe dieses Jahres in Kraft getreten sind, oder zu Beginn des Jahres 1978 in Kraft treten werden.

Die Änderung der Bundesärzteordnung war vor allem deshalb notwendig, weil „Europäisches Recht" übernommen werden mußte. Die Richtlinien für Ärzte über die gegenseitige Anerkennung von Prüfungszeugnissen und Diplomen und die freie Niederlassung in den Staaten der Europäischen Gemeinschaft sind schon vor einem Jahr in Kraft getreten. Sie finden nunmehr ihren Niederschlag auch in der Bundesärzteordnung, soweit es sich um die Zulassung zum Arztberuf handelt.

Das Kammergesetz von 1957 mußte aus mehrfachen Gründen geändert werden. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Mai 1972 verpflichtete die Landesgesetzgeber, die „statusbildenden Normen", also die wesentlichen Grundsätze der Berufsordnung und der Weiterbildungsordnung, im Gesetz zu regeln und nicht dem alleinigen Ermessen des Satzungsgebers zu überlassen. Dabei mußten auch einige Feststellungen beachtet werden, die das Gericht in seiner Entscheidung getroffen hat, so z. B. das Recht zum Führen von mehr als einer Gebietsbezeichnung. Die Richtlinien für Ärzte der Europäischen Gemeinschaft finden ihren Niederschlag, weil Berufsausübungsregelungen dem Landesrecht zugeordnet sind. Zu ändern waren auch einige Vorschriften über die Berufsgerichtsbarkeit. Der Bayerische Ärztetag hat diese Gelegenheit benützt, um die Zahl seiner Delegierten auf 180 zu begrenzen und damit ein uferloses Wachsen in der Zukunft zu verhindern.

Die Berufsordnung mußte der rechtspolitischen Entwicklung und den gesetzlichen Vorschriften angepaßt werden. In der neuen Weiterbildungsordnung spiegeln sich die Auswirkungen des Karlsruher Urteils und des neuen Kammergesetzes. Deshalb entspricht nicht alles unserer fachlichen Überzeugung. Es konnte aber auch vieles verwirklicht werden, was in den letzten Jahren an berechtigten Anliegen aus der Mitte der Ärzteschaft an uns herangetragen worden ist. So wurden eine Reihe von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen neu eingeführt. Während zu hoffen ist, daß das Kammergesetz wieder auf viele Jahre unverändert bleibt, wird die Weiterbildungsordnung sicherlich auch in der Zukunft in kürzeren Abständen der Entwicklung anzupassen sein.

Das neue Kassenarztrecht ist Teil des sattsam bekannten sogenannten Kostendämpfungsgesetzes. Es bringt für die Kassenärzte und ihre Selbstverwaltung eine folgenschwere Verschlechterung ihrer rechtlichen und materiellen Lage. Die Gleichberechtigung zwischen Kassenärzten und Krankenkassen wurde zu unseren Lasten beseitigt, die Vertragsfreiheit praktisch aufgehoben. Es muß befürchtet werden, daß sich aus dem neuen Recht Konfliktsituationen entwickeln, welche das Verhältnis der Vertragspartner bedenklich belasten könnten. Es bleibt nur zu hoffen, daß sich daraus nicht ungute Auswirkungen auf die kassenärztliche Versorgung unserer Patienten ergeben.

Schließlich enthält das Heft noch die in einigen Bestimmungen geänderte Zulassungsordnung für Kassenärzte. Hier waren vor allem die gesetzlichen Vorschriften des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes über die Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Wir empfehlen Ihnen, sich mit dem neuen Recht eingehend vertraut zu machen und hoffen, Ihnen dies durch unser Sonderheft erleichtert zu haben.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Professor Dr. Sewering

Neufassung der Bundesärzteordnung

in der Fassung der Veröffentlichung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1885)

I. Der ärztliche Beruf

§ 1

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.

(2) Der ärztliche Berut ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nech ein freier Berut.

§ 2

(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf eusüben will, bederf der Approbation als Arzt.

(2) Die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs im Geltungsbereich dieses Gesetzes ist auch eut Grund einer Erlaubnis zulässig.

(3) Ärzte, die Staetsangehörige der Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschattsgemeinschaft sind, dürfen den ärztlichen Berut im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Approbation als Arzt oder ohne Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Beruts eusüben, sofern sie vorübergehend als Erbringer von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden. Sie unterliegen jedoch der Anzeigeptlicht nach diesem Gesetz.

(4) Für die Ausübung des ärztlichen Berufs in Grenzgebieten durch im Inland nicht niedergelessene Ärzte gelten die hiertür ebgeschlossenen zwischenstaatlichen Verträge.

(5) Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt" oder „Ärztin".

§ 2 a

Die Berutsbezeichnung „Arzt" oder „Ärztin" darf nur führen, wer als Arzt approbiert oder nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs befugt ist.

II. Die Approbation

§ 3

(1) Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes, Staatsangehöriger eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschatt oder heimatloser Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer vom 25. April 1951 (BGBl. I S. 269), geändert durch des Urheberrechtsgesetz vom 9. September 1965 (BGBl. I S. 1273), ist,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, eus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt,
3. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des ärztlichen Berufs unfähig oder ungeeignet ist,
4. nech einem Studium der Medizin von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens echt, höchstens zwölf Monate eut eine praktische Ausbildung in Krankenanstalten enttellen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat.

Eine in einem der übrigen Mitgliedstaeten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft abgeschlossene ärztliche Ausbildung gilt els Ausbildung im Sinne der Nummer 4, wenn sie durch Vorlage eines nach dem 20. Dezember 1976 eusgestellten, in der Anlege zu diesem Gesetz autgeführten ärztlichen Diploms, Prütungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des betrettenden Mitgliedsteates nechgewiesen wird. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Bezeichnungen der in der Anlage aufgeführten ärztlichen Diplome, Prütungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise zu ändern, wenn dies notwendig ist, um die Bezeichnungen den in einer geänderten Fassung der Richtlinie 75/362/EWG in der Fassung vom 16. Juni 1975 (ABl. EG 1975 Nr. L 167 S. 1) eufgeführten entsprechenden Bezeichnungen enzupassen. Eine in den Ausbildungsstätten in der Deutschen Demokratischen Republik oder in Berlin (Ost) erworbene ebgeschlossene Ausbildung tür die Ausübung des ärztlichen Berufs gilt als Ausbildung im Sinne der Nummer 4, es sei denn, daß die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben ist.

(2) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 nicht erfüllt, so ist die Approbation als Arzt zu erteilen, wenn der Antregsteller

1. eine eußerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossene Ausbildung für die Ausübung des ärztlichen Beruts erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist oder
2. in der Bundesrepublik Deutschland eine eußerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes bis zum Abschluß des Hochschulstudiums durchgeführte, hierdurch jedoch nicht vollständig abgeschlossene ärztliche Ausbildung nech Maßgebe der Vorschriften der Rechtsverordnung nech § 4 Abs. 3 Satz 2 oder mit einer Tätigkeit auf Grund einer Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 abgeschlossen hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist.

Absatz 1 Satz 2 bis 4 bleibt unberührt.

(3) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 nicht erfüllt, so kann die Approbation als Arzt in besonderen Ein-

zeltällen oder aus Gründen des öttentlichen Gesundheitsinteresses erteilt werden. Sotern der Antragsteller zugleich die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 nicht ertüllt, ist die Erteiiung der Approbation nur zulässig, wenn er eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossene Ausbildung für die Ausübung des ärztlichen Beruts erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstendes gegeben ist. Absatz 1 Satz 2 bis 4 bleibt unberührt.

(4) Soll die Erteilung der Approbation wegen Fehlens einer der Voreussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 abgelehnt werden, so ist der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter vorher zu hören.

(5) Ist gegen den Antregsteller wegen des Verdachts einer Strattat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Beruts ergeben kann, ein Strefverfahren eingeleitet, so kenn die Entscheidung über den Antrag aut Erteilung der Approbation bis zur Beendigung des Vertahrens eusgesetzt werden.

§ 4

(1) Der Bundesminister für Jugend, Femilie und Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Approbationsordnung für Ärzte die Mindestantorderungen an das Studium der Medizin einschließlich der prektischen Ausbildung in Krankenanstalten sowie das Nähere über die ärztliche Prütung und die Approbation. In der Rechtsverordnung ist das Verfahren bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bei Antragstellern, die Staatsangehörige eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschettsgemeinschett sind, und der Frist tür die Erteilung der Approbation els Arzt an solche Personen zu regeln, insbesondere die Vorlage der vom Antragsteller vorzulegenden Nachweise und die Ermittlung durch die zuständigen Behörden entsprechend Artikel 11 bis 15 der Richtlinie 75/362/EWG. In der Rechtsverordnung kann ein vor Beginn oder während der unterrichtstreien Zeiten des vorklinischen Studiums abzuleistender Krankenptlegedienst, eine Ausbildung in Erster Hilte sowie eine während der unterrichtsfreien Zeiten des klinischen Studiums abzuleistende Famulatur vorgeschrieben werden. Die Zulassung zur ärztlichen Prüfung darf vom Bestehen höchstens zweier Vorprütungen ebhängig gemacht werden. Es soll vorgesehen werden, daß die ärztliche Prütung in zeitlich getrennten Abschnitten ebzulegen ist. Dabei ist sicherzustellen, daß der letzte Abschnitt innerhatb von drei Monaten nach dem Ende des Studiums abgelegt werden kann. Für die Meldung zur ärztlichen Prüfung und zu den Vorprütungen sind Fristen festzulegen.

(2) In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß die Auswehl der Krankenanstalten durch die Hochschulen im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde ertolgt; dies gilt nicht für Einrichtungen der Hochschulen.

(3) In der Rechtsverordnung ist terner die Anrechnung von Hochschuleusbildungen und Prütungen, die innerhalb oder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgelegt werden, zu regeln. Außerdem können in der Rechtsverordnung euch die fachlichen und zeitlichen Ausbildungserfordernisse für die Ergänzung und den Abschluß einer ärztlichen Ausbildung für die Fälle festgelegt werden, in denen außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes ein Hochschulstudium der Medizin abgeschlossen, damit eber kein Abschluß der ärztlichen Ausbildung erreicht worden ist, und in denen ein Abschluß der ärztlichen Ausbildung im Rahmen einer Ausbildung nach diesem Gesetz nicht möglich ist.

§ 5

(1) Die Approbation ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung die ärztliche Prüfung nicht bestanden oder die Ausbildung nech § 3 Abs. 1 Satz 2 oder 4 oder § 3 Abs. 2 oder 3 oder die nach § 14 b nachzuweisende Ausbildung nicht abgeschlossen war. Sie kann zurückgenommen werden, wenn bei ihrer Erteilung eine der Voreussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 nicht vorgelegen hat. Eine nach § 3 Abs. 1 Satz 4, Abs. 2 oder 3 erteilte Approbation kann zurückgenommen werden, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben wer.

(2) Die Approbation ist zu widerruten, wenn nachträglich die Voraussetzung nech § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 weggetallen ist. Sie kann widerrufen werden, wenn nachträglich die Voraussetzung nech § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggetellen ist.

§ 5 a

(weggetallen)

§ 6

(1) Das Ruhen der Approbation kann angeordnet werden, wenn

1. gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Strattat, eus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Beruts ergeben kann, ein Stratvertahren eingeleitet ist,
2. nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggetallen ist oder
3. Zweifel bestehen, ob die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 noch ertüllt sind und der Arzt sich weigert, sich einer von der zuständigen Behörde engeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

(2) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

(3) Der Arzt, dessen Approbation ruht, dart den ärztlichen Berut nicht ausüben.

(4) Die zuständige Behörde kann zulassen, daß die Praxis eines Arztes, dessen Approbation ruht, tür einen von ihr zu bestimmenden Zeitraum durch einen enderen Arzt weitergetührt werden kann.

§ 7

Der Arzt oder sein gesetzlicher Vertreter ist in den Fällen der §§ 5 und 6 Abs. 1 vor der Entscheidung zu hören.

§ 8

(1) Bei einer Person, deren Approbation oder Bestallung wegen Fehlens oder spöteren Wegfells einer der Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 zurückgenommen oder widerrufen worden ist oder die gemäß § 9 auf die Approbation verzichtet hat und die einen Antrag auf Wiedererteilung der Approbetion gestellt hat, kenn die Entscheidung über diesen Antrag zurückgestellt und zunächst eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Beruts bis zu einer Dauer von zwei Jahren erteilt werden.

(2) Die Erlaubnis wird nur widerruflich und betristet erteilt; sie kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschöttigungsstellen beschränkt werden. Personen, denen die Erlaubnis erteilt worden ist, haben im übrigen die Rechte und Pflichten eines Arztes.

§ 9

Auf die Approbetion kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde verzichtet werden. Ein Verzicht, der unter einer Bedingung erklärt wird, ist unwirksam.

III. Die Erlaubnis

§ 10

(1) Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kenn auf Antrag Personen erteilt werden, die eine ebgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachweisen.

(2) Die Erlaubnis kenn auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Sie darf nur widerruflich und nur bis zu einer Gesamtdauer der ärztlichen Tätigkeit von höchstens vier Jahren im Geltungsbereich dieses Gesetzes erteilt oder verlängert werden. Eine weitere Erteilung oder Verlängerung der Erlaubnis ist für den Zeitraum möglich, der ertorderlich ist, damit der Antragsteller eine unverzüglich nach Erteilung der Erlaubnis begonnene Weiterbildung zum Facharzt abschließen kann, die innerhalb von vier Jahren aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen nicht beendet werden konnte. Die weitere Erteilung oder Verlängerung ist nur zulässig, wenn die Gewähr dafür gegeben ist, daß die Weiterbildung innerhalb dieses Zeitraums ebgeschlossen wird; sie darf den Zeitraum von drei Jahren nicht überschreiten.

(3) Eine Erlaubnis derf eusnehmsweise über die in Absatz 2 genannten Zeiträume hinaus erteilt oder verlängert werden, wenn es im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung liegt oder wenn der Antregsteller asylberechtigt ist.

(4) In Ausnahmefällen kenn eine Erleubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs auf Antrag euch Personen erteilt werden, die eußerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine ärztliche Ausbildung erworben, diese Ausbildung aber noch nicht ebgeschlossen haben, wenn

1. der Antragsteller auf Grund einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes die Berechtigung zur beschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs erworben hat und
2. die euf Grund der Erlaubnis auszuübende Tätigkeit zum Abschluß einer ärztlichen Ausbildung erforderlich ist.

Die Erleubnis ist in diesen Fällen auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen zu beschränken. Die Erlaubnis kann unter der Auflage erteilt werden, daß die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs unter Aufsicht eines Arztes, der die Approbation oder die Erleubnis nach § 10 Abs. 1 besitzt, erfolgt. Sie darf nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs und nur bis zu einer Gesamtdeuer der ärztlichen Tätigkeit erteilt werden, deren es zum Abschluß der Ausbildung bedart. Sie kann an Personen, die weder Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes noch Staatsengehörige eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft noch heimatlose Ausländer sind, nur erteilt werden, wenn es sich um Angehörige eines Staates handelt, der auf Grund von Vereinbarungen mit der Bundesrepublik Deutschland Deutschen im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes die Möglichkeit gibt, in seinem Land entsprechend tätig zu werden und der die in der Bundesrepublik Deutschfand auf Grund einer Erleubnis im Sinne dieser Vorschrift abgeleistete ärztliche Tätigkeit auf eine nach seinem Recht vorgesehene Ausbildung anrechnet.

(5) Personen, denen eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt worden ist, haben im übrigen die Rechte und Pflichten eines Arztes.

IV. Erbringen von Dienstleistungen

§ 10 a

(1) Staatsangehörige der Mitgliedstaeten der Europäischen Wirtscheftsgemeinscheft, die zur Ausübung des ärztlichen Berufs in einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinscheft auf Grund einer nach deutschen Rechtsvorschriften ebgeschlossenen ärztlichen Ausbildung oder euf Grund eines in der Anlage zu § 3 Abs. 1 Satz 2 oder in § 14 b genannten ärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises berechtigt sind, dürten els Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes eusüben.

(2) Ein Dienstleistungserbringer im Sinne des Absatzes 1 hat das Erbringen der Dienstleistung der zuständigen Behörde vorher enzuzeigen. Sofern eine vorherige Anzeige wegen der Dringlichkeit des Tätigwerdens nicht möglich ist, hat die Anzeige unverzüglich nach Erbringen der Dienstleistung zu erfolgen. Bei der Anzeige sind Bescheinigungen des Herkunftsstaates darüber vorzulegen, daß der Dienstleistungserbringer

1. den ärztlichen Beruf im Herkunftsstaat rechtmäßig ausübt und
2. ein ärztliches Diplom, Prüfungszeugnis oder einen sonstigen ärztlichen Befähigungsnachweis im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 besitzt.

Die Bescheinigungen dürfen bei ihrer Vorlage nicht älter els zwölf Monate sein.

(3) Der Dienstleistungserbringer het beim Erbringen der Dienstleistung im Geltungsbereich dieses Gesetzes die Rechte und Pflichten eines Arztes. Verstößt ein Dienstleistungserbringer gegen diese Pflichten, so hat die zusténdige Behörde unverzüglich die zuständige Behörde des Herkunftsstaates dieses Dienstleistungserbringers hierüber zu unterrichten.

(4) Einem Staatsangehörigen der Mitgliedsteeten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf auf Grund einer Approbation als Arzt oder einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ausübt, sind auf Antrag für Zwecke der Dienstleistungserbringung in einem anderen Mitgliedstaate der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft Bescheinigungen darüber euszustellen, daß er

1. den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes rechtmäßig ausübt und
2. den erforderlichen Ausbildungsnechweis besitzt.

V. Gebührenordnung

§ 11

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

VI. Zuständigkeiten

§ 12

(1) Die Approbetion erteilt in den Fällen des § 3 Abs. 1 Satz 1 die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antregsteller die ärztliche Prüfung ebgelegt hat.

(2) Die Entscheidungen nech § 3 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 oder 4, Absatz 2 oder 3 und nach den §§ 10 und 14 b trifft die zuständige Behörde des Lendes, in dem der ärztliche Beruf eusgeübt werden soll. Die Entscheidungen nach den §§ 5 und 6 tritft die zuständige Behörde des Landes, in dem der ärztliche Beruf eusgeübt wird oder zuletzt eusgeübt worden ist. Setz 2 gilt entsprechend für die Entgegennahme der Verzichtserklärung nach § 9.

(3) Die Entscheidung nech § 8 trifft die zuständige Behörde des Landes, das nach den Absätzen 1 oder 2 für die Erteilung der Approbation zuständig ist.

(4) Die Anzeige nach § 10 e Abs. 2 nimmt die zuständige Behörde des Landes entgegen, in dem die Dienstleistung erbracht werden soll oder erbracht worden ist. Die Unterrichtung des Herkunftssteetes gemäß § 10 a Abs. 3 Satz 2 erfolgt durch die zuständige Behörde des Landes, in dem die Dienstleistung erbracht wird oder erbracht worden ist. Die Bescheinigungen nech § 10 e Abs. 4 stellt die zuständige Behörde des Lendes eus, in dem der Antragsteller den ärztlichen Beruf ausübt.

(5) Die Entscheidungen über die Erteilung oder Versegung einer Approbation nach § 3 Abs. 1 Satz 2 oder 4, § 3 Abs. 2 oder 3 sowie über die Rücknahme einer nach diesen Vorschriften erteilten Approbation nach § 5 Abs. 1 Setz 1 oder 3 sollen nur im Benehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit getroffen werden.

(6) Die Landesregierung bestimmt die zur Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden.

VII. Strafvorschriften

§ 13

Wer die Heilkunde ausübt, solange durch vollziehbare Verfügung das Ruhen der Approbation engeordnet ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

VIII. Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 14

(1) Eine Approbation oder Bestallung, die bei Inkrefttreten dieser Vorschrift in ihrem Geltungsbereich zur Ausübung des ärztlichen Beruts berechtigt, gilt els Approbation im Sinne dieses Gesetzes.

(2) Eine vor Inkrafttreten dieser Vorschrift erteilte Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs gilt mit ihrem bisherigen Inhalt els Erlaubnis nach § 10 dieses Gesetzes.

§ 14 a

(1) Antragsteller, die des Studium der Medizin im Jehre 1970 oder im Sommersemester 1971 eufgenommen haben, weisen en Stelle eines mindestens sechsjährigen Hochschulstudiums der Medizin (§ 3 Abs. 1 Nr. 4) ein Hochschulstudium der Medizin von mindestens elf Semestern und die Ableistung einer nach der ärztlichen Prütung durchzuführenden einjährigen Medizinalassistentenzeit nach.

(2) Die erforderlichen Ausnahmeregelungen für die in Absatz 1 genannten Personen sind im übrigen in der Rechtsverordnung nach § 4 zu treffen.

(3) In der Rechtsverordnung nach § 4 kenn auch vorgesehen werden, daß Antregsteller, die vor dem Jehre 1970, im Jahre 1970 oder im Sommersemester 1971 das Studium der Medizin eufgenommen heben, eine ärztliche Ausbildung nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 nechzuweisen haben, wenn sie die ärztliche Ausbildung oder einzelne Abschnitte dieser Ausbildung nicht bis zu einem bestimmten Zeitpunkt abschließen.

§ 14 b

Antragstellern, die die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 erfüllen und eine Approbation als Arzt auf Grund der Vorlage eines ärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises der übrigen Mitgliedstaeten der Europäischen Wirtscheftsgemeinschaft beantragen, die vor dem 20. Dezember 1976 ausgestellt worden sind, ist die Approbation als Arzt ebenfalls zu erteilen. In den Fällen, in denen die ärztliche Ausbildung des Antregstellers den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 75/363/EWG in der Fassung vom 16. Juni 1975 (ABl. EG 1975 Nr. L 167 S. 14) nicht genügt, kenn die zuständige Behörde die Vorlage einer Bescheinigung des Helmet- oder Herkunftsstaetes des Antragstellers verlangen, eus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tetsächlich und rechtmäßig den ärztlichen Beruf ausgeübt het.

§ 15

Dieses Gesetz gilt nech Maßgabe des § 13 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die euf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 16

(Inkrafttreten, Außerkrefttreten)

Anlage zu § 3 Absatz 1 Satz 2

Ärztliche Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnechweise der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft:

a) Belgien

„diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et eccouchements/het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde" (staatliches Diplom eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe), eusgestellt von der medizinischen Fekultät einer Universität oder vom Hauptprütungsausschuß oder von den steetlichen Prüfungsausschüssen der Hochschulen;

b) Dänemark

„bevis vor bestået lægevidenskabelig embedseksamen" (Zeugnis über das ärztliche Staatsexemen), eusgestellt von der medizinischen Fakultät einer Universität, sowie die „dokumentation for gennemfort prektisk uddannelse" (Bescheinigung über eine ebgeschlossene praktische Ausbildung), eusgestellt von der Gesundheitsbehörde;

c) Frankreich

„diplôme d'Etet de docteur en médecine" (staatliches Diplom eines Doktors der Medizin), ausgestellt von der medizinischen oder medizinisch-pharmezeutischen Fekultät oder von einer Universität oder „diplôme d'université de docteur en médecine" (Universitätsdiplom eines Doktors der Medizin), soweit dieses den gleichen Ausbildungsgang nachweist, wie er für das steetliche Diplom eines Doktors der Medizin vorgeschrieben ist;

d) Irland

„primery qualification" (Bescheinigung über eine ärztliche Grundausbildung), die nech Ablegen einer Prüfung vor einem dafür zuständigen Prüfungsausschuß eusgestellt wird, und eine von dem genannten Prüfungsausschuß eusgestellte Bescheinigung über die praktische Erfahrung, die zur Eintragung els „fully registered medical practitioner" (endgültig eingetragener Arzt) befähigen;

e) Italien

„diploma dl abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia" (Diplom über die Befähigung zur Ausübung der Medizin und Chirurgie), ausgestellt vom staatlichen Prüfungsausschuß;

f) Luxemburg

„diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgie et accouchements" (steetliches Diplom eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe), eusgestellt und ebgezeichnet vom Minister für Erziehungswesen, und „certificet de stage" (Bescheinigung über eine ebgeschlossene prektische Ausbildung), ebgezeichnet vom Minister für Gesundheitswesen oder die Diplome über die Erlangung eines Hochschulgredes in Medizin, die in einem Mitgliedstaat der Gemeinscheft ausgestellt worden sind und in diesem Land zum Antritt der praktischen Ausbildungszeit, nicht aber zur Aufnahme des Berufs berechtigen und die gemäß dem Gesetz vom 18. Juni 1969 über das Hochschulwesen und die Anerkennung ausländischer Hochschultitel und -grede vom Minister für Erziehungswesen enerkennt worden sind, zusammen mit der vom Minister für Gesundheitswesen ebgezeichneten Bescheinigung über eine ebgeschlossene praktische Ausbildung;

g) Niederlande

„universitair getuigschrift van erts" (das Universitätsebschlußzeugnis eines Doktors der Medizin), eusgestellt von einer Universität;

h) Vereinigtes Königreich

„primary quelification" (Bescheinigung über eine ärztliche Grundausbildung), die nech Ablegen einer Prüfung vor einem dafür zuständigen Prüfungsausschuß ausgestellt wird, und eine von dem genennten Prüfungsausschuß eusgestellte Bescheinigung über die praktische Erfahrung, die zur Eintragung als „fully registered medicel practitioner" (endgültig eingetregener praktischer Arzt) befähigen.

Kammergesetz

vom 15. Juli 1957 (BayGVBl. 1957, S. 162) in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 24. November 1977 (BayGVBl. 1977, S. 657)

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

Erster Teil. Ärzte

Abschnitt I

Organisation der Berufsvertretung

Art. 1

Die Berufsvertretung der Ärzte besteht eus den ärztlichen Kreisverbänden, den ärztlichen Bezirksverbänden und der Lendesärztekammer.

Art. 2

(1) Die Berufsvertretung hat die Aufgebe, im Rehmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wehrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, Wohlfahrtseinrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.

(2) Die Berufsvertretung ist berechtigt, innerhalb ihres Aufgebenbereichs Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten; sie ist verpflichtet, diesen Behörden auf Verlangen Gutechten zu erstatten. Die Behörden sollen die Berufsvertretung vor der Regelung wichtiger einschlägiger Fregen hören und euf Anfragen der Berufsvertretung Auskunft erteilen, soweit ntcht dienstliche Gründe entgegenstehen.

Art. 3

(1) Die ärztlichen Kreisverbände sind für den Bereich einer oder mehrerer Kreisverwaltungsbehörden des gleichen Regierungsbezirks zu bilden. Sie umfassen diese Bereiche in ihrem jeweiligen Gebietsumfang.

(2) Die ärztlichen Kreisverbände sind Körperscheften des öffentlichen Rechts. Sie führen ein Dienstsiegel.

Art. 4

(1) Ordentliche Mitgtieder der ärztlichen Kreisverbände sind alle zur Berufsausübung berechtigten Ärzte, die

1. in Bayern ärztlich tätig sind oder,
2. ohne ärztlich tätig zu sein, in Bayern ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Außerordentliche Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände sind die Medizinalassistenten, die in Bayern ihre vorgeschriebene Ausbildung ableisten.

(2) Die Mitgliedschaft wird bei dem ärztlichen Kreisverband begründet, in dessen Bereich der Betreffende sich niedergelassen hat oder sonst ärztlich tätig ist oder seine Ausbildungsstätte liegt. Übt ein Arzt keine ärztliche Tätigkeit aus, so bestimmt sich die Mitgliedschaft nach dem gewöhnlichen Aufenthalt.

(3) Mitglieder eines ärztlichen Kreisverbandes, die gelegentlich oder vorübergehend außerhalb Beyerns ärztlich tätig sind oder als Medizinalassisienten dort ihre Ausbildung ableisten, können von der Mitgliedschaft entbunden werden, wenn sie außerhelb Beyerns Mitglieder einer vergleichbaren ärztlichen Berufsvertretung sind. Personen, deren Mitgliedschaft bei einer vergleichbaren ärztlichen Berufsvertretung außerhalb Bayerns wegen gelegentlicher oder vorübergehender ärztlicher Tätigkeit oder Medizinalasststentenausbildung in Bayern erlischt, werden Mitglieder eines ärztlichen Kreisverbandes.

(4) Mitglieder eines ärztlichen Kreisverbendes, die ihre ärztliche Tätigkeit eußerhelb des Geltungsbereichs der Bundesärzteordnung – BÄO – verlegen und dort Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nehmen, können freiwillige Mitglieder des ärztlichen Kreisverbandes bleiben.

(5) Die Mitgliedschaft ruht bei Ruhen der Approbation (§ 6 BÄO) und bei Anordnung des Verbots, den ärztlichen Beruf auszuüben (§ 70 StGB). Das Ruhen der Mitgliedschaft endet im Fatle des § 6 BÄO mit Aufhebung der Ruhensenordnung, im Felle des § 70 StGB mit Ablauf der Dauer oder mit der Aussetzung des Berufsverbots.

(6) Die Mitglieder sind verpflichtet, sich bei dem ärztlichen Kreisverband und dem Gesundheitsamt unter Vorlage der Berechtigungsnachweise zu melden. Zuständig sind der ärztliche Kreisverband und das Gesundheitsemt, für die die Voreussetzung des Absatzes 2 zutreffen.

Art. 5

(1) Die ärzttichen Kreisverbände regeln ihre Vertretung und ihre sonstigen Verhältnisse durch eine Satzung, die der Zustimmung der Landesärztekemmer und der Genehmigung der Regierung bederf. Zustimmung und Genehmigung sind entbehrlich, wenn der ärztliche Kreisverband ein mit Genehmigung des Steetsministeriums des Innern erlassenes Satzungsmuster der Landesärztekemmer übernimmt.

(2) tn der Satzung sind auch die Rechte und Pflichten der eußerordentlichen und freiwilligen Mitglieder sowie das Verfahren bei der Neubildung ärztlicher Kreisverbände zu regeln.

Art. 6

Die ärztlichen Kreisverbände sind berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von ellen Mitgliedern Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisver-

bände zu beschließen ist und zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung bedarf. Art. 5 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Art. 7

(1) Die ärztlichen Kreisverbände jedes Regierungsbezirks sind zu einem ärztlichen Bezirksverband zusammengeschlossen. Der Kreisverband München hat zugleich die Stellung eines Bezirksverbandes. Die Bezirksverbände sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie führen ein Dienstsiegel.

(2) Die Aufgaben und die Vertretung des Bezirksverbandes werden durch Satzung bestimmt. Die Satzung bedarf der Zustimmung der Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung. Jeder ärztliche Kreisverband muß in der Vorstandschaft des ärztlichen Bezirksverbandes vertreten sein. Art. 5 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Art. 8

Die zur Erfüllung der Aufgaben der ärztlichen Bezirksverbände erforderlichen Mittel sind von den ärztlichen Kreisverbänden im Umlegeverfahren aufzubringen.

Art. 9

Die ärztlichen Kreisverbände und Bezirksverbände stehen unter der Aufsicht der Landesärztekammer und der für ihren Sitz zuständigen Regierung. Die Regierung kann jederzeit insbesondere Auskunft über ihre Verhältnisse und Beschlüsse verlangen und gesetz- oder satzungswidrige Beschlüsse nach Anhörung der Landesärztekammer außer Kraft setzen. Im übrigen finden Art. 112 Satz 2, Art. 113 und 114 GO entsprechende Anwendung; die daraus sich ergebenden Rechte und Pflichten betreffen anstelle der Gemeinde den ärztlichen Kreis- oder Bezirksverband, anstelle des Gemeinderates den Vorstand, anstelle des ersten Bürgermeisters den Vorsitzenden des ärztlichen Kreis- oder Bezirksverbandes und anstelle der Staatsregierung das Staatsministerium des Innern.

Art. 10

(1) Die Landesärztekammer besteht aus 180 Delegierten der ärztlichen Kreisverbände und der medizinischen Fachbereiche der Landesuniversitäten. Ihr Sitz ist München. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie führt ein Dienstsiegel.

(2) Zur Wahrnehmung der die deutsche Ärzteschaft berührenden gemeinsamen Berufs- und Standesfragen ist die Landesärztekammer berechtigt, sich mit den außerbayerischen ärztlichen Landesorganisationen zu Arbeitsgemeinschaften zusammenzuschließen.

Art. 11

(1) Die Delegierten zur Landesärztekammer und ihre Ersatzleute werden auf die Dauer von vier Jahren

a) von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände durch geheime und schriftliche Abstimmung aus der Zahl ihrer Mitglieder gewählt (Absatz 3),

b) von den Mitgliedern der medizinischen Fachbereiche der Landesuniversitäten aus der Zahl ihrer Mitglieder entsandt (Absatz 2).

In der Wahlordnung, die von der Landesärztekammer zu erlassen ist und der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf, kann die Dauer auf bis zu sechs Jahre verlängert werden.

(2) Die medizinischen Fachbereiche der Landesuniversitäten entsenden je einen Delegierten.

(3) Die um die Zahl der nach Absatz 2 zu entsendenden Delegierten verminderte Gesamtzahl der Delegierten wird auf die ärztlichen Kreisverbände nach der Zahl ihrer Mitglieder verteilt; auf jeden ärztlichen Kreisverband muß dabei mindestens ein zu wählender Delegierter entfallen. Das Verteilungs- und Wahlverfahren wird im übrigen durch die Wahlordnung geregelt.

(4) Der Landesärztekammer gehören weiter die Vorsitzenden der Landesärztekammer und die ersten Vorsitzenden der ärztlichen Bezirksverbände an, soweit sie nicht bereits Delegierte sind.

(5) Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht, sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder mit der Beitragsleistung für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind.

Art. 12

(1) Ein Delegierter verliert seinen Sitz in der Landesärztekammer

1. durch Verzicht, der dem Vorstand der Landesärztekammer gegenüber schriftlich erklärt werden muß und unwiderruflich ist,
2. mit der Verlegung seiner ärztlichen Tätigkeit aus dem Bereich des Landes Bayern,
3. durch Entziehung nach Art. 56 Abs. 1 Nr. 3.

(2) Das Mandat eines Delegierten ruht, solange die in Art. 11 Abs. 5 bezeichneten Voraussetzungen bestehen.

(3) Der Verlust des Sitzes nach Absatz 1 Nrn. 1 und 2 und das Ruhen des Mandats werden wirksam, wenn ein entsprechender Beschluß des Vorstandes der Landesärztekammer dem Delegierten zugestellt ist. Im Falle des Absatzes 1 oder des Todes eines Delegierten ist der nach der Wahlordnung (Satzung) nachrückende Ersatzdelegierte in gleicher Weise zu verständigen.

Art. 13

(1) Der Vorstand der Landesärztekammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem oder zwei stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten), den ersten Vorsitzenden der ärztlichen Bezirksverbände sowie zwölf aus der Mitte der Delegierten zu wählenden Mitgliedern. Die Amtsdauer des Vorstandes beträgt vier Jahre. Art. 11 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Delegierten der Landesärztekammer wählen die Vorsitzenden sowie aus ihrer Mitte die übrigen Vorstandsmitglieder und die erforderlichen Ausschüsse.

(3) Der Vorstand und die Ausschüsse können sich bis zu einem Siebentel ihrer Zahl durch Zuwahl wählbarer Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände ergänzen.

Art. 14

(1) Die Landesärztekammer gibt sich eine Satzung, die der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf.

(2) Der erste Vorsitzende und jeder der stellvertretenden Vorsitzenden vertreten die Landesärztekammer nach Maßgabe der Satzung nach außen. Er hat die Landesärztekammer jährlich mindestens einmal zu einer ordentlichen Sitzung, außerdem auf Anordnung des Staatsministeriums des Innern oder auf Antrag von mindestens einem Drittel der Delegierten zu außerordentlichen Sitzungen einzuberufen.

Art. 15

(1) Die Beschlüsse der Landesärztekammer und ihres Vorstandes sind für die ärztlichen Kreisverbände und Bezirksverbände bindend.

(2) Die Lendesärztekammer ist berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von ellen Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von der Landesärztekammer zu erlessen ist und der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedart.

(3) Die Beiträge sind nach Maßgebe des Art. 35 beizutreiben.

Art. 16

(1) Die Landesärztekemmer steht unter der Aufsicht des Staatsministeriums des Innern. Dieses kenn insbesondere zu den Kemmersitzungen Vertreter entsenden, denen euf Verlangen jederzeit das Wort erteilt werden muß. Art. 9 Sätze 2 und 3 finden entsprechende Anwendung.

(2) Das Steatsministerium des Innern kann der Lendesärztekammer besondere Autgaben übertragen.

Abschnitt II

Berufsausübung

Art. 17

Die Ärzte sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft euszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Berut entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Art. 18

(1) Die Ärzte, die ihren Berut eusüben, haben insbesondere die Pflicht,

1. sich im tachlichen Rahmen ihrer Berufsausübung berutlich fortzubilden und sich dabei über die tür ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten,
2. soweit sie in eigener Praxis tätig sind, em Nottall- und Bereitschattsdienst teilzunehmen,
3. über in Ausübung ihres Berufs gemachte Feststellungen und getroffene Maßnahmen Autzeichnungen zu tertigen.

(2) Des Nähere zu Absatz 1 regelt die Berutsordnung. Sie hat zu Absatz 1 Nr. 2 vorzusehen, daß die Teilnahmeverptlichtung nur tür einen bestimmten regionelen Bereich gilt und Betreiung von der Teilnehme am Notfall- und Bereitschaftsdienst eus schwerwiegenden Gründen, Insbesondere wegen körperlicher Behinderungen, besonders belestender familiärer Ptlichten oder wegen Teilnahme en einem klinischen Bereitscheftsdienst mit Notfallversorgung eut Antreg ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden kenn.

Art. 19

Die Berufsordnung kenn weitere Vorschriften über Berufsptlichten im Rahmen des Art. 17 enthalten, insbesondere über

1. die Einhaltung der Schweigepflicht und der sonst tür die Berutsausübung geltenden Rechtsvorschriften,
2. die Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen,
3. die Praxisankündigung und Praxiseinrichtung,
4. die Durchführung von Sprechstunden und Hausbesuchen,
5. die gemeinsame Ausübung der Berufstätigkeit,
6. die Angemessenheit und Nachprüfbarkeit des Honorars,
7. die Werbung,
8. die Verordnung und Emptehlung von Heil- und Hilfsmitteln,
9. des berutliche Verhalten gegenüber enderen Berutsengehörigen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen enderer Berufe,
10. die Beschäftigung von Vertretern, Assistenten und sonstigen Miterbeitern und
11. die Ausbildung von Personal.

Art. 20

Die Berufsordnung wird von der Lendesärztekammer erlassen und bedart der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern.

Abschnitt III

Weiterbildung

Art. 21

Ärzte können nach Maßgabe der Art. 22 bis 31 neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen tühren, die euf besondere Kenntnisse in einem bestimmten medizinischen Gebiet (Gebietsbezeichnung) oder Teilgebiet (Teilgebietsbezeichnung) oder euf endere zusätzlich erworbene Kenntnisse (Zusetzbezeichnung) hinweisen.

Art. 22

(1) Die Bezeichnungen nach Art. 21 bestimmt die Landesärztekemmer in den Fechrichtungen

1. Konservative Medizin,
2. Operative Medizin,
3. Nervenheilkundliche Medizin,
4. Theoretische Medizin,
5. Ökologische Medizin,
6. Methodisch-technische Medizin und

in Verbindungen dieser Fachrichtungen,

wenn dies im Hinblick auf die medizinische Entwicklung und eine angemessene ärztliche Versorgung ertorderlich ist.

(2) Die Bestimmung von Bezeichnungen ist eutzuheben, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

(3) Gebietsbezeichnungen sind euch die Bezeichnungen „Allgemeinmedizin" und „Öffentliches Gesundheitswesen".

Art. 23

(1) Eine Bezeichnung nach Art. 21 dart führen, wer eine Anerkennung erhalten het. Die Anerkennung erhält der Arzt, der die vorgeschriebene Weiterbildung ertolgreich abgeschiossen hat.

(2) Mehrere Gebietsbezeichnungen dürfen eut verwandten Gebieten nebeneinander getührt werden. Die Bezeichnung „Allgemeinmedizin" darf nicht neben einer enderen Gebietsbezeichnung getührt werden. Das gilt für die Führung der Bezeichnung „praktischer Arzt" entsprechend.

(3) Teilgebietsbezeichnungen dürten nur zusammen mit der Bezeichnung des Gebiets getührt werden, dem die Teilgebiete zugehören.

Art. 24

(1) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten erfolgt in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung.

(2) Die Weiterbildung in den Gebieten darf drei Jahre nicht unterschreiten und soll in der Regel sechs Jehre nicht überschreiten.

(3) Die Weiterbildung in den Teilgebieten kenn im Rehmen der Weiterbildung in dem Gebiet durchgetührt werden, dem die Teilgebiete zugehören, wenn es die Weiterbildungsordnung zuläßt.

(4) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten hat der Weiterzubildende ganztägig und in hauptberuflicher Stellung abzuleisten. Während der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit sind die Weiterbildungsstätte und der Weiterbildende wenigstens einmal zu wechseln. Zeiten bei einer Weiterbildungsstätte und einem Weiterbildenden unter sechs Monaten werden nur angerechnet, wenn sie vorgeschrieben sind. Die Lendesärztekammer kenn von den Sätzen 2 und 3 abweichende Bestimmungen für die Weiterbildung in einzelnen Gebieten und Teilgebieten tretten sowie im einzelnen Ausnahmen zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist.

(5) Wenn eine ganztägige Weiterbildung eus persönlichen Gründen unzumutbar ist, kann die Weiterbildung für eine Zeit von höchstens vier Jehren halbtägig erfolgen, wobei diese Zeit bis zur Hälfte anrechnungstähig ist. Die Entscheidung trittt die Landesärztekammer.

(6) Eine Zeit berutlicher Tëtigkeit, in der auch eine eigene Praxis ausgeübt wird, ist euf Weiterbildungszeiten für die Gebiete und Teilgebiete nicht anrechnungstähig.

(7) Die Weiterbildung umfaßt insbesondere die tür den Erwerb der jeweiligen Bezeichnung nach Art. 21 erforderliche Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten in der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten, Körperschäden und Leiden, einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt, sowie in den notwendigen Meßnehmen der Rehabilitation.

(8) Für den Inhalt und die Dauer der Weiterbildung in dem Gebiet „Öttentliches Gesundheitswesen" gelten unbeschedet Absatz 2 die datür maßgeblichen Bestimmungen des Steatsministeriums des Innern.

Art. 25

(1) Die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten wird unter verentwortlicher Leitung ermächtigter Ärzte in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelassenen Krankenhausebteilungen oder in zugelessenen Instituten oder vergleichbaren Einrichtungen (Weiterbildungsstätten) durchgeführt. Die Weiterbildung im Gebiet „Allgemeinmedizin" sowie in Gebieten, aut die sich das Recht der Europäischen Gemeinschetten nicht bezieht, kann teilweise auch bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt durchgeführt werden. In den übrigen Gebieten kann tür die Zeit, die die nech dem Recht der Europäischen Gemeinschatten geforderte Weiterbildungszeit übersteigt, die Weiterbildung genz oder teilweise bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt durchgetührt werden. Die Weiterbildung im Gebiet „Öftentliches Gesundheitswesen" wird in besonderen, vom Staatsministerium des Innern bestimmten Einrichtungen durchgeführt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung nech Absatz 1 kenn nur erteilt werden, wenn der Arzt tachlich und persönlich geeignet ist. Sie kann für ein Gebiet oder Teilgebiet nur erteilt werden, wenn der Arzt die entsprechende Bezeichnung tührt; sie kenn mehreren Ärzten gemeinsam erteilt werden. Setz 2 erster Halbsatz gilt für eine in der Weiterbildungsordnung festzulegende angemessene Übergangszeit nicht, wenn die Landesärztekammer nach Art. 22 Abs. 1 eine neue Bezeichnung bestimmt.

(3) Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsbestimmungen dieses Gesetzes sowie der Weiterbildungsordnung durchzuführen. Über die Weiterbildung hat er in jedem Einzeltall ein Zeugnis auszustellen.

(4) Die Zulassung einer Krankenhausabteilung als Weiterbildungsstätte setzt voraus, deß

1. Patienten in so eusreichender Zahl und Art behandelt werden, daß der weiterzubildende Arzt die Möglichkeit hat, sich mit den typischen Krenkheiten des Gebiets, Teilgebiets oder Bereichs, auf das sich die Bezeichnung nach Art. 21 bezieht, vertraut zu mechen,
2. Personal und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen und
3. regelmäßige Konsiliartätigkeit eusgeübt wird.

Dies gilt sinngemäß für Institute und andere Einrichtungen.

(5) Ermächtigung und Zulassung sind zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Mit der Beendigung der Tätigkeit des Arztes an der Weiterbildungsstätte erlischt seine Ermächtigung zur Weiterbildung.

Art. 26

(1) Über die Ermächtigung des Arztes und den Widerrut der Ermächtigung entscheidet die Landesärztekammer. Die Ermächtigung bedarf eines Antrages.

(2) Die Lendesärztekemmer führt ein Verzeichnis der ermächtigten Ärzte, aus dem hervorgeht, in welchem Umfeng sie zur Weiterbildung ermächtigt sind. Das Verzeichnis ist bekanntzumachen.

(3) Über die Zulassung der Weiterbildungsstätte und den Widerrut der Zulassung entscheidet die Landesärztekammer; über die Zulassung von Krankenhausabteilungen und über den Widerruf der Zulessung entscheidet das Staatsministerium des Innern nach Anhörung der Beyerischen Landesärztekemmer im Einvernehmen mit dem Staatsministerium tür Arbeit und Sozialordnung. Die Zulessung bedarf eines Antrages. Die zugelassenen Weiterbildungsstätten sind bekanntzumachen.

Art. 27

(1) Die Anerkennung nach Art. 23 Abs. 1 ist bei der Landesärztekammer zu beantregen. Diese entscheidet über den Antrag auf Grund einer Prüfung der vorgelegten Zeugnisse über den Inhalt, den Umfang und das Ergebnis der nach abgeschlossener Berufsausbildung durchlautenen Weiterbildung in dem vom Antregsteller gewählten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich (Art. 21) und der erworbenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse in einem Fachgespräch durch einen Ausschuß. Über die Anerkennung zur Führung einer Zusetzbezeichnung wird in der Regel auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise entschieden.

(2) Der Ausschuß wird bei der Lendesärztekemmer gebildet. Bei Bedarf sind mehrere Ausschüsse zu bilden. Jedem Aus-

schuß gehören mindestens drei von der Landesärztekammer zu bestimmende Mitglieder en. Das Steatsministerium des Innern kann ein weiteres Mitglied bestimmen. Das Fachgespräch kann auch bei Abwesenheit des vom Staatsministerium des Innern bestimmten Mitglieds durchgeführt werden.

(3) Kann die Anerkennung nicht erteilt werden, so kann der Ausschuß vor Wiederholung des Verfehrens nach Absatz 1 die vorgeschriebene Weiterbildungszeit verlängern und besondere Anforderungen an die Weiterbildung stellen. Das Anerkennungsverfahren kann mehrmals wiederholt werden.

(4) Wer in einem von Art. 24 und 25 abweichenden Weiterbildungsgang eine Weiterbildung abgeschlossen het, erhält auf Antrag die Anerkennung, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Eine nicht abgeschlossene oder eine abgeschlossene, aber nicht gleichwertige Weiterbildung kann unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten nach den Weiterbildungsvorschriften dieses Gesetzes abgeschlossen werden. Über die Anrechnung entscheidet die Lendesärztekammer.

(5) Wer als Staatsengehöriger eines Mitgliedsstaetes der Europäischen Gemeinschaften ein Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnachweis des Facharztes besitzt, die nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften gegenseitig enerkannt werden, erhält euf Antreg die entsprechende Anerkennung nech Art. 23 Abs. 1 Satz 1. Die Bezeichnung ist in deutscher Spreche zu führen.

(6) Im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen" wird der erfolgreiche Abschluß der Weiterbildung durch das Bestehen der Prüfung an einer Akedemie für das öffentliche Gesundheitswesen nachgewiesen. Die Anerkennung wird erst erteilt, wenn die vorgeschriebene Weiterbildungszeit abgeleistet ist.

Die Anerkennung erteilt das Staatsministerium des Innern.

Art. 28

Die Anerkennung nach Art. 23 Abs. 1 Satz 1 kann zurückgenommen werden, wenn die für die Erteilung erforderlichen Voreussetzungen nicht gegeben waren.

Art. 29

(1) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, derf grundsätzlich nur in dem Gebiet, wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, darf im wesentlichen nur in dem Teilgebiet tätig werden, dessen Bezeichnung er führt.

(2) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, soll sich in der Regel nur durch Berufsengehörige vertreten lassen, die dieselbe Gebietsbezeichnung führen.

(3) Wer eine Bezeichnung nach Art. 21 führf, hat sich in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich, auf das sich die Bezeichnung bezieht, und, wenn die Voreussetzungen für die Teilnahme nach Art. 18 Abs. 1 Nr. 2 vorliegen, euch für eine Tätigkeit im Rehmen des Notfall- und Bereitschaftsdienstes fortzubilden.

Art. 30

(1) Die Lendesärztekemmer erläßt eine Weiterbildungsordnung, die der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf.

(2) In der Weiterbiidungsordnung sind insbesondere zu regeln

1. der Inhalt und Umfang der Gebiete, Teilgebiete und Bereiche, auf die sich die Bezeichnungen nach Arf. 21 beziehen,
2. die Bestimmung und die Aufhebung von Bezeichnungen nach Art. 22,
3. die Festlegung der verwandten Gebiete, deren Bezeichnung nach Arf. 23 Abs. 2 nebeneinander geführt werden darf,
4. der Inhalt und die Mindestdauer der Weiterbildung nach Arf. 24, insbesondere Inhalt, Dauer und Reihenfolge der einzelnen Weiterbildungsabschnitte, die Bezeichnung der einzelnen Teilgebiete, bei denen die Weiterbildung nach Art. 24 Abs. 3 ganz oder teilweise in dem Gebiet durchgeführt werden kann, dem die einzelnen Teilgebiete zugehören, sowie die Bezeichnung der einzelnen Gebiete und Teilgebiete, in denen kein Wechsel nach Art. 24 Abs. 4 Satz 2 erforderlich ist, ferner Deuer und besondere Anforderungen der verlängerten Weiterbildung nach Art. 27 Abs. 3,
5. die Voraussetzungen für die Ermächtigung und Zulassung, mit Ausnahme von Krankenhausabteilungen, nach Arf. 25 Abs. 2, 4 und 5,
6. die Anforderungen, die an das Zeugnis nach Art. 25 Abs. 3 Satz 2 zu stellen sind,
7. das Verfahren zur Erteilung der Anerkennung nach Art. 27 Abs. 1 und 2,
8. das Verfahren zur Rücknahme der Anerkennung nach Art. 28 sowie
9. die nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften für die Staatsangehörigen der Mitgliedsstaaten gebotenen besonderen Weiterbildungs- und Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren.

In der Weiterbildungsordnung können euch besondere Vorbildungsvoreussetzungen für die Weiterbildung in berufsübergreifenden Gebieten festgelegt werden.

Art. 31

Die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärzteordnung erteilte Anerkennung, eine Bezeichnung im Sinne des Arf. 21 zu führen, gilt euch im Freistaat Bayern.

Abschnitt IV

Berufsaufsicht

Art. 32

(1) Zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Ärzten sowie zwischen einem Arzt und einem Nichtarzt, die sich eus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, hat der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes einen Vermittler zu bestellen.

(2) Bei Streitigkeiten zwischen Ärzten untereinender unternimmt der Vermittler des ärztlichen Kreisverbandes von sich aus oder auf Antreg eines Beteiligten einen Vermittlungsversuch. Erhebt ein Beteiligter vor Beginn des Vermittlungsversuches Widerspruch, so entfällt eine Tätigkeit des Vermittlers.

(3) Bei Streitigkeiten zwischen einem Arzt und einem Nichterzt wird der Vermittler des ärztlichen Kreisverbandes nur euf Antreg eines Beteiligten mit ausdrücklicher Zustimmung des enderen Beteiligten tätig.

(4) Der Vermittler het innerhelb von vier Wochen nach Anrufung tätig zu werden. Er kann von den Beteiligten Auskunft verlengen, soweit nicht das ärztliche Berufsgeheimnis oder eine dienstliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit entgegensteht, sowie persönliches Erscheinen veranlassen.

(5) Kommt ein Ausgleich nicht zustande, ist die Tätigkeit des Vermittlers beendet.

(6) Zuständig zur Durchführung des Vermittlungsverfehrens ist der ärztliche Kreisverband, dem die beteiligten Ärzte engehören. Gehören die beteiligten Ärzte verschiedenen Kreisverbänden an, so ist der zunächst um Vermittlung engegangene Kreisverband zuständig.

Art. 33

(1) Der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes kenn ein Mitglied, des die ihm obliegenden Berufspflichten verletzt hat, rügen, wenn die Schuld gering ist und der Antrag euf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich erscheint. Ärzte im öffentlichen Dienst unterliegen hinsichtlich ihrer dienstlichen Tätigkeit nicht dem Rügerecht.

(2) Das Rügerecht erlischt, sobald wegen desselben Sachverhalts ein berufsgerichtliches Vertahren gegen das Mitglied eingeleitet ist. Abweichend von Satz 1 kann in den Fëllen des Art. 68 Abs. 1 Satz 2 und des Art. 72 Abs. 2 Setz 2 das Rügerecht wieder ausgeübt werden. Im übrigen gilt Art. 55 Abs. 2 entsprechend.

(3) Vor Erteilung der Rüge ist das Mitglied zu hören. Der Bescheid, durch den des Verhalten des Mitglieds gerügt wird, ist zu begründen. Er ist dem Mitglied mit Rechtsmittelbelehrung zuzustellen. Eine Zweitschrift des Bescheides ist der Lendesärztekammer und der Regierung zu übersenden.

(4) Gegen den Bescheid kann des Mitglied innerhalb eines Monats nach Zustellung Beschwerde bei der Lendesärztekammer erheben. Über die Beschwerde entscheidet der Vorstand der Landesärztekemmer; Absatz 3 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Eine Zweitschrift des Beschwerdebescheides ist dem ërztlichen Kreisverband, der den Rügebescheid erlessen het, und der Regierung zu übersenden.

(5) Wird die Beschwerde gegen den Rügebescheid ganz oder teilweise zurückgewiesen, so kann das Mitglied insoweit innerhelb eines Monats nach der Zustellung Antrag euf gerichtliche Entscheidung durch das Berufsgericht stellen. Werden neue Tatsachen oder Beweismittel bekannt, so kenn das Mitglied noch innerhalb eines Jahres nach Zustellung des Beschwerdebescheides den Antrag stellen. Der Antreg kann bis zu Beginn der mündlichen Verhandlung oder, wenn das Beschlußverfehren nech Art. 73 Abs. 3 durchgeführt wird, bis zur Entscheidung des Gerichts zurückgenommen werden.

(6) Das Berufsgericht bestätigt den Beschwerdebescheid, soweit es eine Berufsverfehlung für nechgewiesen hält, andernfalls hebt es Beschwerdebescheid und Rügebescheid euf. Der Rügebescheid kann nicht deshalb eufgehoben werden, weil der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes zu Unrecht angenommen het, daß die Schuld des Mitglieds nur gering und der Antreg euf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfehrens nicht erforderlich sei. Im übrigen sind auf das Vertehren die Vorschriften des Fünften Teils entsprechend enzuwenden mit Ausnehme der Art. 56, 68 bis 72 und 79 bis 81.

(7) Die Erteilung einer Rüge steht einem berufsgerichtlichen Verfehren wegen desselben Sachverhalts auf Antrag gemäß Art. 66 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 nicht entgegen. Jedoch kenn der ärztliche Kreisverbend und nach Ablauf von einem Monat nach Zugeng des Rügebescheides auch die Regierung die Einleitung des berufsgerichtlichen Vertahrens nur noch beentragen, wenn nach Erteilung der Rüge neue Tatsachen oder Beweismittel bekennt geworden sind, die die Berufsverfehlung els durch eine Rüge nicht genügend geahndet erscheinen lassen. Der Antrag kann nur innerhelb eines Jahres nach Erteilung der Rüge gestellt werden.

(8) Bei einem Verfehren nach Absatz 7 wird die Rüge mit Rechtskreft der Entscheidung des Berufsgerichts gegenstandslos. Hält des Berufsgericht die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfehrens wegen Geringfügigkeit der erhobenen Beschuldigungen nicht für erforderlich oder stellt es wegen der Geringfügigkeit der Berufspflichtverletzung das Verfahren ein, so hat es in seinem Beschluß die Rüge aufrechtzuerhalten, wenn die Nachprüfung ergibt, daß sie zu Recht erteilt wurde.

Art. 34

(1) Der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes beantragt die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens (Art. 66 Abs. 1 Nr. 1), wenn eine Rüge nach Art. 33 Abs. 1 zur Ahndung der Verletzung der Berufspflicht nicht ausreicht oder wenn das Mitglied trotz einer rechtswirksam erteilten Rüge sein beanstandetes Verhalten fortsetzt.

(2) Bei einem beamteten Arzt, auf den eine Disziplinarordnung Anwendung findet, setzt der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes den Dienstvorgesetzten des Arztes über die Verletzung der Berufspflicht in Kenntnis.

(3) Ist wegen des zu beanstendenden Verhaltens bei einem Gericht oder einer Behörde gegen das Mitglied bereits der Antrag auf Einleitung eines Stref-, Bußgeld- oder Disziplinarverfahrens gestellt worden, so kann der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes den Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfehrens bis zum rechtskräftigen Abschluß des anderen Verfahrens zurückstellen. Nach Abschluß dieses Vertehrens kann er von dem Antreg nach Absatz 1 absehen, wenn nicht Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nrn. 3 oder 4 angezeigt sind oder sonst die Voraussetzungen für eine zusätzliche berufsgerichtliche Ahndung nach Art. 56 Abs. 3 vorliegen. Die Entscheidung, mit der der Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Vertahrens zurückgestellt wird oder von ihm abgesehen wird, ist dem Mitglied und der Regierung mitzuteilen.

(4) Erhält der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes Kenntnis von der Verletzung der Berufspflichten durch einen Arzt, der einem enderen ërztlichen Kreisverband oder einer vergleichberen Berufsvertretung eines enderen Lendes der Bundesrepublik Deutschlend oder des Landes Berlin engehört, so gibt er dem enderen Kreisverband oder dem enderen zuständigen Organ der Berufsvertretung davon Kenntnis.

Art. 35

(1) Die ärztlichen Kreisverbände, die ärztlichen Bezirksverbände und die Lendesärztekemmer haben für die von ihnen festgesetzten Beiträge und sonstigen auf Grund der Satzung oder von Gesetzen einzuhebenden Geldforderungen gegenüber den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbënde das Vollstreckungsrecht.

(2) Der Vorstend der zuständigen Berufsvertretung hat die Vollstreckung nach Maßgabe der Vorschriften des Bayerischen Verwaltungszustellungs- und Vollstreckungsgesetzes in der jeweils geltenden Fessung bewirken zu lassen.

Art. 36

(1) Ärzte, dia Staatsangehöriga eines enderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften sind und im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes ihren Beruf gelegentlich oder vorübergehend nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften ausüben (Dienstleistungsverkehr), sind von der Mitgliadschaft zu einem ärztlichan Kraisvarband befreit, solanga sia in einem Mitgliedsstaat der Europäischan Gemeinschaften außarhalb der Bundesrepublik Dautschland ihren gewöhnlichen Autanthalt haben.

(2) Die in Absatz 1 genannten Ärzta sind verpflichtet, dia baabsichtigta Ausübung des ärztlichen Beruts der Landesärztekammer enzuzeigen, wenn damit ein vorübergehender Aufenthalt im Geltungsbareich dieses Gesetzes varbunden ist. In dringenden Fällen kann dia Anzalga unverzüglich nachträglich ertolgan.

(3) Art. 17, 33 und 34 sowie der Fünfte Teil finden tür dia in Absatz 1 gananntan Ärzta entsprechende Anwendung. Dasselbe gilt hinsichtlich das Art. 18 und der Barufsordnung tür die Ärzta Bayerns, sowait es sich nicht um Rechta und Pflichten handelt, dia einen gewöhnlichen Aufanthalt des Arztes im Geltungsbereich dieses Gesetzes voraussetzen.

Zweiter Teil. Zahnärzte

Art. 37

Dia Berufsvartratung der Zahnärzta besteht aus den zahnärztlichen Bezirksverbänden und der Landeszahnärztekammar.

Art. 38

(1) dia zahnärztlichen Bezirksverbände sind für dan Bereich eines Regierungsbazirks zu bilden; sie umfassen diesen Bareich in sainem jawailigan Gebietsumfang. Dia in dar Stadt und im Landkrais München ansässigen Zahnärzta bildan einen eiganen Bezirksverband. Dia Bezirksverbända stahan unter der Aufsicht dar Landeszahnärztekammer und der für den Sitz des Varbandes zuständigen Regierung. Sie sind Körperschatten des öttentlichen Rechts. Sia führen ain Dienstsiegel.

(2) Mitgliedar der zahnärztlichan Bazirksverbända sind alle zur Berutsausübung berechtigten Zahnärzta, dia

1. in Bayern zahnärztlich tätig sind oder,
2. ohne zahnärztlich tätig zu sain, in Bayern ihren gewöhnlichen Autenthalt haban.

Art. 39

(1) Die Landeszahnärztekammer besteht aus 70 Dalegierten der zahnärztlichan Bazirksvarbända.

(2) Der Vorstand der Landeszahnärztekammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem oder zwei stellvertratenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten), den ersten Vorsitzenden der zahnärztlichen Bezirksverbände sowia drei aus der Mitte der Delegierten zu wählenden Mitgliedern und einem von den medizinischen Fachbereichen dar Landesuniversitäten zu antsendenden Lehrer der Zahnhailkunda.

(3) Der Landeszahnärztekammer gehören weiter an diajenigen Mitglieder des Vorstands, die nicht aus der Zahl der Delegierten gewählt wurden.

Art. 40

(1) Für die Weiterbildung der Zahnärzte gilt der Abschnitt III des Ersten Tails antsprechend, soweit sich aus den tolgenden Absätzen nichts anderes ergibt.

(2) Zehnärzta dürfen neben ihrar Berutsbezeichnung waitera Bezeichnungen führen, dia eut besondere Kenntnissa in einem bestimmten Gebiet der Zahnheilkunda (Gebietsbezeichnung) hinwaisan. Mehrere Gebietsbezeichnungen dürten nebeneinander geführt werden. Abweichend von Art. 29 Abs. 1 kann dia Landeszahnärztekammer in der Weiterbildungsordnung Ausnahmen vorsehan, wann anzunehmen ist, daß der Zahnarzt in sainer aut ein Gebiet beschränkten Tätigkeit keine ausreichenda wirtschattliche Lebensgrundlaga findet.

(3) Gebietsbazaichnungan bestimmt die Landeszahnärztakammer in den Fachrichtungen

1. Konservative Zahnheilkunda,
2. Operative Zahnheilkunda,
3. Präventiva Zahnheilkunde und

in Verbindungen dieser Fachrichtungen unter den in Art. 22 Abs. 1 genannten Voraussetzungen.

(4) Gebietsbazaichnung ist auch die Bezeichnung „Öttentliches Gesundheitswasan".

(5) Die Weiterbildung kann auch bei einem ermächtigten niedergelassenan Zahnarzt durchgeführt werden. Art. 25 Abs. 4 Nr. 3 findat kelna Anwandung.

Art. 41

(1) Im übrigen tinden auf dia Berutsvertretungen der Zahnärzta dia Vorschriften des Erstan Teils sinngamäße Anwandung.

(2) Die berufsaufsichtlichen Verfahren nach Art. 32 bis 34 werden vom Vorstand oder dem hierfür bestimmten Ausschuß des zahnärztlichen Bezirksverbandes durchgeführt.

Dritter Teil. Tierärzte

Art. 42

Dia Berufsvertretung dar Tierärzta besteht aus den tierärztlichan Bezirksverbänden und der Landestierärztekammar.

Art. 43

(1) Die tierärztlichan Bezirksvarbända sind für den Baraich eines Regiarungsbazirks zu bilden; sia umfassen diasan Bereich in sainem jawailigan Gebietsumfang. Sia stahen unter der Autsicht dar Landastierärztekammar und der für den Sitz des Bezirksvarbandes zuständigen Regierung. Sia sind Körperschaften des öftantlichan Rechts. Sia führen ain Dienstsiegel.

(2) Mitglieder der tierärztlichen Bezirksverbända sind alla zur Berufsausübung berechtigten Tierärzta, dia

1. in Bayarn tiarärztlich tätig sind oder,
2. ohne tierärztlich tätig zu sein, in Bayern ihren gewöhnlichen Aufanthalt haben.

Art. 44

(1) Die Landestierärztekammer besteht eus 50 Delegierten der tierärztlichen Bezirksverbände.

(2) Der Vorstend der Lendestierärztekemmer besteht eus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem oder zwei stellvertretenden Vorsitzenden (Vizeprēsidenten), den ersten Vorsitzenden der tierärztlichen Bezirksverbände sowie zwei aus der Mitte der Delegierten zu wählenden Mitgliedern und einem von dem tierärztlichen Fachbereich München zu entsendenden Lehrer der Tierheilkunde.

(3) Der Lendestierärztekammer gehören weiter an diejenigen Mitglieder des Vorstands, die nicht eus der Zehl der Delegierten gewählt wurden.

Art. 45

(1) Für die Weiterbildung der Tierärzte gilt Abschnitt III des Ersten Teils entsprechend, soweit sich aus den folgenden Absätzen nichts anderes ergibt.

(2) Die Landestierērztekammer bestimmt Bezeichnungen nach Art. 21 in den Fechrichtungen

1. Theoretische Veterinärmedizin,
2. Tierhaltung und Tiervermehrung,
3. Lebensmittel tierischer Herkunft,
4. Klinische Veterinärmedizin,
5. Methodisch-theoretische Veterinärmedizin,
6. Ökologische Veterinērmedizin und

in Verbindung dieser Fachrichtungen unter den in Art. 22 Abs. 1 genannten entsprechend anwendbaren Voraussetzungen.

(3) Gebietsbezeichnungen sind euch die Bezeichnung „Tierärztliche Allgemeinpraxis" und „Öffentliches Veterinärwesen".

(4) Mehrere Gebietsbezeichnungen dürfen auf verwandten Gebieten nebeneinander geführt werden. Die Gebietsbezeichnung „Tierärztliche Allgemeinpraxis" darf nicht neben der Bezeichnung „praktischer Tierarzt" geführt werden. Die Bezeichnung „praktischer Tierarzt" dart zusammen mit nicht mehr als zwei Gebietsbezeichnungen geführt werden.

(5) Die Landestierērztekemmer kann in der Weiterbildungsordnung von Art. 24 Abs. 4 Satz 1, von der Vierjahresfrist des Art. 24 Abs. 5 Satz 1 und von Art. 24 Abs. 6 abweichende Bestimmungen treffen sowie im einzelnen Ausnehmen zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist.

(6) Die Weiterbildung kann teilweise auch bei einem ermēchtigten niedergelassenen Tierarzt durchgeführt werden. Art. 25 Abs. 4 Nr. 3 findet keine Anwendung.

(7) Die Anerkennung für das Gebiet „Öffentliches Veterinärwesen" wird erteilt, wenn der Tierarzt die Weiterbildung nach den hiertür geltenden vom Staatsministerium des Innern zu erlassenden besonderen Bestimmungen erfolgreich abgeleistet het.

Art. 46

(1) Im übrigen finden euf die Berufsvertretungen der Tierärzte die Vorschriften des Ersten Teils sinngemäß Anwendung.

(2) Die berufsaufsichtlichen Verfahren nach Art. 32 bis 34 werden vom Vorstend oder dem hierfür bestellten Ausschuß des zuständigen tierärztlichen Bezirksverbendes durchgeführt.

(3) Im Felle des Art. 4 Abs. 6 tritt en die Stelle des Gesundheitsamtes das Veterinäramt.

Vierter Teil. Apotheker

Art. 47

(1) Die Berufsvertretung der Apotheker ist die Landesapothekerkammer.

(2) Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie führt ein Dienstsiegel. Sie hat ihren Sitz in München.

Art. 48

(1) Mitglieder der Landesapothekerkammer sind alle Personen, die in Bayern den Beruf els Apotheker entweder in selbständiger (Gruppe 1) oder in nichtselbständiger Steliung (Gruppe 2) ausüben.

(2) Sie sind verpflichtet, sich bei der Landesapothekerkammer en- und ebzumelden.

Art. 49

Organe der Landesapothekerkammer sind die Delegiertenversammlung und der Kammervorstand.

Art. 50

Auf Antrag der Mehrheit der Mitglieder in einem Regierungsbezirk ist von der Landesapothekerkammer eine Bezirksstelle zu errichten.

Art. 51

(1)Die Delegierten werden durch die Mitglieder der Lendesapothekerkemmer in geheimer, schriftlicher Wahl für vier Jahre in Wehlbezirken, die den Regierungsbezirken entsprechen, ermittelt. Auf je 50 Mitglieder einer Gruppe entfällt ein Delegierter. Verbleibt nach der Teilung der Zahl der Wahlberechtigten durch 50 ein Rest, der größer als 25 ist, so tritt für diesen Rest ein weiterer Delegierter hinzu. Die Einzelheiten des Wahlverfahrens werden durch eine Wahlordnung geregelt.

(2) Die Delegiertenversemmlung wählt den Vorstand. Sie beschließt insbesondere über die Berufsordnung, die Beitragsordnung, die Satzung und die Wahlordnung.

(3) Die Delegiertenversammlung ist vom Vorstand mindestens einmal im Jahr zu einer ordentlichen Sitzung einzuberufen. Darüber hinaus muß sie euf Anordnung des Staetsministeriums des Innern oder euf Antrag von mindestens fünfzehn Delegierten einberufen werden.

(4) Außer in den Fällen des Art. 12 verliert ein Delegierter seinen Sitz in der Lendesapothekerkemmer, wenn er aus der Gruppe der Apotheker, für die er els Delegierter gewählt ist, ausscheidet.

Art. 52

(1) Der Vorstand der Lendesapotherkammer besteht eus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten) und seinem Stellvertreter

(Vizepräsidenten), dem zweiten Vorsitzenden und seinem Stellvertreter sowie vier Beisitzern.

(2) Die Mitglieder des Vorstands sind von den Delegierten aus ihrer Mitte zu wählen. Dabei werden der erste Vorsitzende und sein Stellvertreter aus der Gruppe 1, der zweite Vorsitzende und sein Stellvertreter aus der Gruppe 2 der Apotheker gewählt.

Art. 53

Ist nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften die Einführung einer Weiterbildung für Apotheker geboten, so hat die Landesapothekerkammer in einer Weiterbildungsordnung die Bezeichnungen sowie die Voraussetzungen für die Berechtigung zum Führen einer Bezeichnung nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften unter entsprechender Berücksichtigung der Art. 21 bis 31 festzulegen.

Art. 54

(1) Im übrigen finden auf die Berufsvertretung der Apotheker die Vorschriften des Ersten Teils sinngemäß Anwendung.

(2) Art. 32 findet entsprechende Anwendung mit der Maßgabe, daß der Vorstand der Landesapothekerkammer für jeden Regierungsbezirk einen Vermittler bestimmt.

(3) Die Aufgaben im Vollzug der Art. 33 und 34 nimmt der Vorstand der Landesapothekerkammer wahr. An die Stelle der Beschwerde tritt der Einspruch, über den ein hierfür bestellter Ausschuß der Landesapothekerkammer entscheidet.

Fünfter Teil. Berufsgerichtsbarkeit

Art. 55

(1) Die Verletzungen von Berufspflichten durch Mitglieder der Berufsvertretungen werden im berufsgerichtlichen Verfahren verfolgt, soweit nicht Art. 33 Abs. 1 zur Anwendung kommt. Es können auch Berufspflichtverletzungen verfolgt werden, die Mitglieder während ihrer Zugehörigkeit zu einer vergleichbaren Berufsvertretung im Geltungsbereich der Bundesärzteordnung begangen haben. Endet die Mitgliedschaft nach Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens, so kann dieses fortgesetzt werden, sofern die Approbation (Bestallung) weiterbesteht.

(2) Die Verfolgung der Verletzung der Berufspflichten verjährt in drei Jahren. Für den Beginn, die Unterbrechung und das Ruhen der Verjährung gelten die Vorschriften des Strafgesetzbuchs entsprechend. Verstößt die Tat auch gegen ein Strafgesetz, so verjährt die Verfolgung nicht, bevor die Strafverfolgung verjährt, jedoch auch nicht später als diese. Stellt die Berufsvertretung den Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nach Art. 34 Abs. 3 zurück, so ruht die Verfolgungsverjährung von der Mitteilung der Zurückstellung an den Beschuldigten bis zum rechtskräftigen Abschluß des anderen Verfahrens.

Art. 56

(1) Im berufsgerichtlichen Verfahren kann erkannt werden auf

1. Verweis,
2. Geldbuße bis 20 000 DM,
3. Entziehung der Delegierteneigenschaft oder der Mitgliedschaft in Organen der Berufsvertretung,
4. Entziehung der Wählbarkeit zum Delegierten oder in Organe der Berufsvertretung bis zur Dauer von fünf Jahren.

(2) Die in Absatz 1 Nrn. 2 bis 4 genannten Maßnahmen können nebeneinander verhängt werden.

(3) Hat ein Gericht oder eine Behörde wegen desselben Verhaltens bereits eine Strafe, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme oder ein Ordnungsmittel verhängt, so ist von einer Maßnahme nach Absatz 1 Nrn. 1 und 2 abzusehen, es sei denn, daß diese Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren.

(4) Das Berufsgericht kann der zuständigen Landeskammer die Befugnis zusprechen, die Verurteilung auf Kosten des Mitglieds zu veröffentlichen. Die Art der Veröffentlichung und die Frist, innerhalb der die Veröffentlichung erfolgen kann, ist in dem Urteil zu bestimmen.

Art. 57

(1) Das berufsgerichtliche Verfahren wird von den Berufsgerichten für die Heilberufe (Berufsgericht) als erster Instanz und dem Landesberufsgericht für die Heilberufe (Landesberufsgericht) als Rechtsmittelinstanz durchgeführt.

(2) Das Berufsgericht für die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben wird beim Oberlandesgericht München, das Berufsgericht für die Regierungsbezirke Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Oberpfalz beim Oberlandesgericht Nürnberg errichtet. Das Landesberufsgericht wird beim Bayerischen Obersten Landesgericht errichtet.

Art. 58

(1) Das Berufsgericht verhandelt und entscheidet in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzendem und zwei ehrenamtlichen Richtern, das Landesberufsgericht verhandelt und entscheidet in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzendem, einem weiteren Berufsrichter und drei ehrenamtlichen Richtern. Die ehrenamtlichen Richter müssen jeweils Mitglied der Berufsvertretung sein, der der Beschuldigte angehört.

(2) Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden von der Geschäftsstelle des Gerichts wahrgenommen, bei dem das Berufsgericht errichtet ist.

Art. 59

(1) Das Staatsministerium der Justiz bestellt für die Dauer von fünf Jahren

1. die Vorsitzenden der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichts, das weitere berufsrichterliche Mitglied des Landesberufsgerichts sowie deren Stellvertreter,
2. die erforderliche Anzahl der ehrenamtlichen Richter,
3. für jedes Berufsgericht einen ständigen Untersuchungsführer und einen Stellvertreter.

Die Vorsitzenden der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichts bestimmen vor Beginn jedes Geschäftsjahres, nach welchen Grundsätzen und in welcher Reihenfolge die ehrenamtlichen Richter heranzuziehen sind und einander im Verhinderungsfall vertreten.

(2) Die berufsrichterlichen Mitglieder müssen Richter der Gerichte sein, bei denen die Berufsgerichte errichtet sind; die Untersuchungsführer müssen Richter der ordentlichen Gerichtsberkeit sein. Ihr Amt erlischt, wenn die Voraussetzung des Satzes 1 nachträglich wegfällt.

(3) Das Staatsministerium der Justiz bestimmt nach Anhörung der jeweiligen Lendeskemmer die Zahl der für jedes Gericht erforderlichen ehrenamtlichen Richter jeder Berufsgruppe. Die ehrenamtlichen Richter werden den Vorschlagslisten entnommen, die die Landeskammern für die Berufsgerichte des ersten und zweiten Rechtszuges bei dem Staetsministerium der Justiz einreichen. Die Vorschlegsliste muß mindestens um die Hälfte mehr Mitglieder der Berufsvertretung enthalten, els ehrenamtliche Richter zu bestellen sind. Scheidet ein ehrenemtlicher Richter vor Ableuf der Amtszeit eus, so ist für den Rest seiner Amtszeit ein Nachfolger nur zu bestellen, wenn hiertür ein Bedürfnis besteht.

Art. 60

(1) Die Bestellung zum ehrenamtlichen Richter kann nur aus wichtigem Grund ebgelehnt werden; als solcher gilt insbesondere

1. Vollendung des 65. Lebensjahres,
2. Krenkheit oder Gebrechen,
3. andere ehrenamtliche Tätigkeit, wegen der die Übernahme des Amtes nicht zugemutet werden kann,
4. Têtigkeit eis ehrenamtlicher Richter in den vorhergehenden fünf Jahren.

Über die Berechtigung der Ablehnung entscheidet das Steetsministerium der Justiz. In den Fällen des Satzes 1 Nrn. 2 und 3 ist die zuständige Landeskammer vorher zu hören.

(2) Zum ehrenamtlichen Richter kann nicht bestellt werden, wer

1. Delegierter ist,
2. dem Vorstand einer Berufsvertretung angehört,
3. in einer Berufsvertretung bei Ahndung von Verstößen gegen Berufspflichten mitwirkt,
4. Bediensteter einer Berufsvertretung ist,
5. einer staatlichen Behörde angehört, der die Aufsicht über eine Berufsvertretung obliegt,
6. die Wählbarkeit zum Delegierten oder zu Oganen der Berufsvertretung nicht besitzt,
7. wegen einer vorsêtzlichen Tat zu einer Freiheitsstrafe rechtskräftig verurteilt worden ist, sofern die Strefe nicht getilgt ist,
8. nach Absatz 4 gehindert Ist, das Richteramt euszuüben.

Werden Gründe, die einer Bestellung entgegenstehen, erst nachträglich bekennt, so ist die Bestellung zu widerrufen.

(3) Das Amt eines ehrenamtlichen Richters erlischt, wenn die Gründe, die nach Absatz 2 Nrn. 1 bis 7 einer Bestellung entgegenstehen, nachträglich eintreten.

(4) Ein ehrenamtlicher Richter kann das Richteramt nicht eusüben,

1. solange seine Approbation, Bestallung oder Erlaubnis zur Berufsausübung ruht,
2. solange gegen ihn ein Berufsverbot besteht,
3. während der Dauer eines gegen ihn eingeleiteten berufsgerichtlichen Verfahrens,
4. während der Dauer eines gegen ihn eingeleiteten förmlichen Disziplinarverfahrens, sofern dieses eine Berufsvertehlung im Sinne dieses Gesetzes betrifft,
5. während der Dauer eines gegen ihn eröffneten Strefverfahrens, sofern das Verfehren ein vorsätzliches Vergehen oder ein Verbrechen zum Gegenstend hat.

(5) Stimmt ein ehrenamtlicher Richter dem Widerruf seiner Bestellung nech Absatz 2 Satz 2 nicht zu oder hält er die Voraussetzungen für das Erlöschen seines Richteramtes nech Absatz 3 nicht für gegeben, so entscheidet hierüber der 1. Zivilsenat des Bayerischen Obersten Landesgerichts. Der ehrenamtliche Richter ist vor der Entscheidung zu hören. Das Vertahren ist gebührenfrei.

Art. 61

Die Bestimmungen der Strafprozeßordnung über die Ablehnung und Ausschließung von Gerichtspersonen gelten sinngemäß. Von der Ausübung des Amtes des berufsrichterlichen oder ehrenemtlichen Mitglieds eines Berufsgerichts ist euch eusgeschlossen, wer mit dem Sachverhalt, der Gegenstand eines berufsgerichtlichen Verfehrens ist, in einem enderen Verfahren, insbesondere als Mitglied eines Organs einer kassenërztlichen oder kassenzahnärztlichen Vereinigung befaßt war oder ist.

Art. 62

Die ehrenamtlichen Richter erhalten Entschädigung nach Maßgabe des Gesetzes über die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter in der jeweils geltenden Fessung.

Art. 63

(1) Alle Gerichte und Behörden sowie elle Körperschaften des öffentlichen Rechts haben den Berufsgerichten, dem Landesberufsgericht und dem Untersuchungsführer Amts- und Rechtshilfe zu leisten.

(2) Das Berufsgericht kenn das Amtsgericht um die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen ersuchen.

Art. 64

Die Vereidigung von Zeugen und Sachverständigen ist im berufsgerichtlichen Verfahren nur zulêssig, wenn es das Gericht zur Sicherung des Beweises oder wegen der eusschlaggebenden Bedeutung der Aussage oder zur Herbeiführung einer wehren Aussage für erforderlich hält.

Art. 65

Der Beschuldigte darf zur Durchführung des berufsgerichtlichen Vertahrens weder vorläufig festgenommen, noch verheftet oder vorgeführt werden. Er kenn nicht zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen psychischen Zustend in ein psychiatrisches Krankenheus gebracht werden.

Art. 66

(1) Das berufsgerichtliche Verfehren wird eingeleitet euf Antrag

1. der zuständigen Berufsvertretung der untersten Ebene,
2. der Regierung,
3. eines Mitglieds der Berufsvertretung gegen sich selbst.

(2) Die Antregsteller haben die Tatsachen eufzuführen, auf die sie ihren Antrag stützen. Die Berufsvertretung und die Regierung haben in ihren Anträgen außerdem die Beweismittel zu bezeichnen und das Ergebnis der Ermittlungen darzustellen.

(3) Zuständig zur Durchführung des Verfahrens ist das Berufsgericht, in dessen Bezirk der Beschuldigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Hält das Berutsgericht die Zuständigkeit eines enderen Berufsgerichts tür gegeben, so verweist es die Sache durch Beschluß en dieses Gericht. Hält sich kein Berutsgericht für zuständig, so bestimmt des Landesberutsgericht das zuständige Berutsgericht. Die bei Einleitung eines berutsgerichtlichen Verfahrens begründete Zuständigkeit des Berutsgerichts wird durch eine spätere Veränderung der die Zuständigkeit begründenden Umstände nicht berührt.

(4) Der Beschuldigte kann sich in jeder Lage des Verfehrens eines Mitglieds seiner Berutsvertretung als Beistand oder eines bei einem deutschen Gericht zugelassenen Rechtsanwelts als Verteidiger bedienen.

Art. 67

(1) Der Beschuldigte und sein Verteidiger sind berechtigt, nech Einleitung des berutsgerichtlichen Verfehrens die Akten, die dem Berutsgericht vorliegen, einzusehen sowie emtlich verwehrte Beweisstücke zu besichtigen. Vor Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens kenn der Vorsitzende und, solange des Untersuchungsverfehren endauert, auch der Untersuchungstührer die Akteneinsicht versagen, wenn dadurch der Untersuchungszweck gefährdet würde. § 147 Abs. 3 StPO gilt entsprechend. Nach Erötfnung des berutsgerichtlichen Verfahrens kenn das Recht des Beschuldigten euf persönliche Akteneinsicht nur bei Vorliegen schwerwiegender Gründe eingeschränkt oder versagt werden.

(2) Die zuständige Berutsvertretung und die Regierung sind berechtigt, die Akten des berufsgerichtlichen Verfahrens einzusehen. Im übrigen darf Akteneinsicht nur gewährt werden, wenn ein berechtigtes Interesse glaubhaft gemecht ist und vorrangige schutzwürdige Belenge des Beschuldigten oder eines Dritten nicht entgegenstehen.

(3) Nach Abschluß des berutsgerichtlichen Verfahrens ist Absetz 2 mit der Meßgabe enzuwenden, daß über die Akteneinsicht der Präsident des die Akten verwehrenden Gerichts entscheidet.

Art. 68

(1) Erweist sich der Antrag eut Eröttnung des berufsgerichtlichen Verfahrens als unzulässig oder els otfensichtlich unbegründet, so kenn der Vorsitzende des Gerichts den Antreg durch Beschluß euch zurückweisen, wenn die Durchführung eines Verfahrens wegen der Geringfügigkeit der erhobenen Beschuldigung nicht erforderlich erscheint; hält der Vorsitzende die Voreussetzungen tür des Verfahren nech Art. 33 tür gegeben, so übersendet er nech Ableuf der Frist des Absetzes 2 die Akten der für die Erteilung der Rüge zuständigen Berutsvertretung.

(2) Gegen die Zurückweisung des Antreges nach Abs. 1 kann der Antragsteller innerhalb von zwei Wochen nach der Zustellung die Beschlußfassung des Berutsgerichts beantragen.

(3) Wird der Antreg nicht nech Abs. 1 zurückgewiesen oder hat das Berutsgericht den Beschluß des Vorsitzenden eutgehoben, so stellt der Vorsitzende den Antreg dem Beschuldigten und den übrigen Antregsberechtigten mit der Aufforderung zu, sich innerhalb eines Monats zu dem Antreg zu äußern. Die Antragsberechtigten können dem berufsgerichtlichen Verfahren durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Berutsgericht in jeder Lege des Verfehrens als Antragsteller beitreten. Die Beitrittserklärung ist dem Beschuldigten und dem Antragsteller mitzuteilen.

Art. 69

(1) Ergibt sich euf Grund der Äußerungen, daß eine Verletzung der Berufsptlichten nicht vorliegt, so gibt das Berufsgericht dem Antrag auf Eröftnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens keine Folge.

(2) Werden weitere Ermittlungen tür erforderlich gehelten, so beeuttragt das Gericht den Untersuchungstührer mit der Durchführung eines Untersuchungsverfahrens.

Art. 70

(1) Der Beschuldigte und der Antragsteller sind zu ellen Beweiserhebungen zu laden. Der Beschuldigte ist in jedem Falle durch den Untersuchungstührer oder durch ein Gericht zu vernehmen.

(2) Der Untersuchungstührer het zu allen Beweiserhebungen einen Schritttührer beizuziehen und ihn, wenn er nicht Beemter ist, auf diese Amtstätigkeit zu verpflichten.

Art. 71

Liegt nach dem Ergebnis des Untersuchungsverfahrens eine Verletzung der Berutspflichten nicht vor oder ist sie nicht nachzuweisen, so stellt das Berutsgericht das Verfehren ein.

Art. 72

(1) Ergeben sich hinreichende Anhaltspunkte dafür, deß der Beschuldigte seine Berutspflichten verletzt hat, so eröttnet das Berutsgericht das berufsgerichtliche Verfahren durch einen Beschluß (Eröffnungsbeschluß), in dem die Verfehlungen anzutühren sind. Der Beschluß ist dem Beschuldigten und dem Antregsteller zuzustellen.

(2) Erweist sich die Verletzung der Berutsptlichten els geringtügig, so kann das Berufsgericht das Verfahren in jeder Lege durch unantechtberen Beschluß einstellen. Sind die Voraussetzungen für das Verfahren nech Art. 33 gegeben, so übersendet der Vorsitzende die Akten der zuständigen Berufsverfretung.

Art. 73

(1) Der Termin zur Hauptverhandlung wird von dem Vorsitzenden des Gerichts anbereumt.

(2) Dem Beschuldigten und seinem Verteidiger oder Beistand sowie dem Antragsteller muß die Ladung mindestens zwei Wochen vor der Heuptverhandlung zugestellt werden.

(3) In leichteren Fällen kann des Berufsgericht ohne Eröffnungsbeschluß und ohne Hauptverhandiung durch Beschluß aut Verweis oder Geldbuße bis zu 1000 DM erkennen (abgekürztes Verfahren). Gegen diesen Beschluß können der Beschuldigte und der Antragsteller binnen zwei Wochen Einspruch erheben. Es tindet denn die Heuptverhandlung statt.

(4) In der Heuptverhandiung kann sich der Beschuldigte durch einen Verteidiger verfreten lassen. Gegen einen Beschuldigten, der nicht erschienen und nicht vertreten ist, kann die Hauptverhendlung durchgetührt werden, wenn er ordnungsgemäß geladen und in der Ladung darauf hingewiesen ist, daß in seiner Abwesenheit verhendelt werden kann.

Art. 74

(1) Das Berutsgericht kann unbeschadet seiner Aufklärungspflicht beschließen, daß

1. Niederschriften über die trühere Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen im berutsgerichtlichen Vertahren oder in einem anderen gesetzlich geordneten Verfahren gegen den Beschuldigten,
2. das schrittliche Gutachten eines Sachverständigen

zu verlesen sind.

Einem Antrag euf Vernehmung dieses Zeugen oder eines Sachverständigen in der Hauptverhandlung ist zu entsprechen, wenn nicht der Zeuge oder der Sachverständige em Erscheinen verhindert ist oder ihm das Erscheinen wegen großer Entfernung nicht zugemutet werden kenn.

(2) Der Beschluß nach Absatz 1 muß das zu verlesende Gutechten oder die zu verlesende Niederschrift bezeichnen. Ergeht er vor der Hauptverhandlung, so ist er dem Antragsteller und dem Beschuldigten mit dem Hinweis zuzustellen, daß der Antrag, den Zeugen oder Sachverständigen in der Hauptverhandlung zu vernehmen (Absetz 1 Satz 2), binnen zwei Wochen beim Berufsgericht zu stellen ist. Nach Ablauf dieser Frist braucht das Gericht dem Antrag nur zu entsprechen, wenn der Antragsteller darlegt, daß die Einvernahme der Zeugen oder Sachverständigen in der Hauptverhandlung zur Sachautklärung erforderlich ist.

Art. 75

(1) Ist gegen den Beschuldigten wegen desselben Sachverhalts ein strafgerichtliches Verfahren anhängig, so kann ein berufsgerichtliches Verfahren zwar eröffnet werden, es ist aber bis zur Beendigung des strafgerichtlichen Verfahrens auszusetzen. Gleiches gilt, wenn ein solches Vertahren während des Laufes des berutsgerichtlichen Verfahrens anhängig wird. Das berufsgerichtliche Verfahren kann von Amts wegen oder auf Antrag eines Berechtigten fortgesetzt werden, wenn die Sachaufklärung gesichert ist; das gleiche gilt, wenn im stratgerichtlichen Verfahren aus Gründen nicht verhandelt werden kann, die in der Person des Beschuldigten liegen.

(2) Wird der Beschuldigte im stratgerichtlichen Verfahren freigesprochen, so kann wegen des Sachverhalts, der Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung war, ein berutsgerichtliches Verfehren nur fortgesetzt werden, wenn dieser Sachverhalt, auch ohne den Tatbestand einer Straf- oder Bußgeldvorschrift zu erfüllen, eine Verletzung der Berutspflichten enthält.

(3) Die tatsächlichen Feststellungen eines rechtskräftigen Urteils im Strafverfahren oder Bußgeldverfahren, aut denen die Entscheidung beruht, sind im berufsgerichtlichen Verfahren, das denselben Sachverhalt zum Gegenstand hat, für das Gericht bindend. Das Gericht het jedoch die nochmalige Prütung solcher Feststellungen zu beschließen, deren Richtigkeit seine Mitglieder mit Stimmenmehrheit bezweifeln; dies ist in den Urteilsgründen zum Ausdruck zu bringen.

(4) Kommt das Berufsgericht zu der Feststellung, daß die Schwere der Verfehlungen einen Entzug der Approbation oder Bestallung erfordert, setzt es das Verfahren aus und legt die Akten unter Darlegung der Gründe der zuständigen Behörde zur Entscheidung über den Entzug vor. Wird die Approbation oder Bestallung entzogen, so stellt das Gericht des berutsgerichtliche Verfahren ein. Wird der Entzug von der zuständigen Behörde abgelehnt oder erfolgt innerhalb einer angemessenen Frist keine Entscheidung durch die zuständige Behörde, so kann das berufsgerichtliche Verfahren wieder autgenommen werden.

Art. 76

(1) Wird gegen ein beamtetes Mitglied der Berufsvertretungen, das einer Verletzung der Berutspflichten beschuldigt ist, wegen desselben Sachverhalts ein Disziplinarverfahren eingeleitet, so findet auf das berufsgerichtliche Verfahren Art. 75 Abs. 1 und 3 entsprechende Anwendung.

(2) Nach Beendigung des Disziplinarverfahrens kann das berufsgerichtliche Verfahren fortgesetzt werden, wenn

1. die Verletzung der Berutspflichten nicht als Dienstvergehen mit einer Disziplinarmaßnahme geahndet worden ist,
2. neben der Disziplinarmaßnahme Maßnehmen nach Art. 56 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 zusätzlich erforderlich sind, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren, oder
3. neben der Disziplinarmaßnahme Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nrn. 3 oder 4 in Frage kommen.

Art. 77

(1) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, sind die Vorschritten des Gerichtsverfassungsgesetzes über Öttentlichkeit, Sitzungspolizei und Gerichtssprache auf das Vertahren vor dem Berutsgericht und dem Landesberutsgericht entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschritten über ärztliche Schweigepflicht tinden Anwendung.

(3) Die Öttentlichkeit kann auch zur Wahrung des Berufsgeheimnisses für die Hauptverhandlung ganz oder zum Teil ausgeschlossen werden.

Art. 78

(1) Die Hauptverhandlung endet mit der Verkündung des Urteils.

(2) Das Urteil darf nur aut Tatsachen und Beweisergebnisse gestützt werden, die Gegenstand der Hauptverhandlung waren.

(3) Aut die Beratung und Abstimmung finden die Vorschriften des Gerichtsverfassungsgesetzes und des § 263 StPO entsprechende Anwendung.

(4) Das Urteil wird durch Verlesen der Urteilsformel und Mitteilung der wesentlichen Urteilsgründe verkündet. Es ist schrittlich abzufassen und mit Gründen zu versehen. Das Urteil ist von dem Vorsitzenden und den Beisitzern zu unterzeichnen und mit Rechtsmittelbelehrung dem Beschuldigten, seinem Verteidiger, seinem Beistand sowie dem Antragsteller zuzustellen.

Art. 79

(1) Gegen die Urteile der Berutsgerichte können der Beschuldigte und der Antregsteller Berufung einlegen.

(2) Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Berufsgericht schriftlich oder zur Niederschrift der Geschättsstelle einzulegen. Die Berufungstrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Landesberutsgericht eingeht.

Art. 80

Für das Verfahren vor dem Landesberufsgericht gelten die Vorschriften über das Verfahren vor dem Berufsgericht entsprechend, soweit nicht Abweichendes bestimmt ist.

Art. 81

(1) Das Landesberufsgericht verwirft die Berufung durch einen mit Gründen versehenen Beschluß, wenn sie nicht frist- oder formgerecht eingelegt ist. Der Berufungskläger kann innerhalb eines Monats nach Zustellung des Beschlusses mündliche Verhandlung beantragen.

(2) Werden vor dem Landesberufsgericht neue Beschuldigungen erhoben, so kann darüber nur verhandelt und entschieden werden, wenn der Beschuldigte nach ausdrücklichem Hinweis der Einbeziehung des neuen Sachverhalts zustimmt. In diesem Falle ist der Eröffnungsbeschfuß durch das Landesberufsgericht zu ergänzen.

(3) Soweit das Landesberufsgericht die Berufung für zulässig und begründet hält, hebt es das Urteil des Berufsgerichts auf und entscheidet in der Sache selbst. Das Landesberufsgericht kann durch Urfeil die engefochtene Entscheidung aufheben und die Sache zurückweisen, wenn das Verfahren erster Instanz an einem wesentlichen verfahrensrechtlichen Mangel leidet.

(4) Das Urfeil darf in Art und Höhe der Rechtsfolgen nicht zum Nachteil des Beschuldigten geändert werden, wenn lediglich zugunsten des Beschuldigten Berufung eingelegt wurde.

Art. 82

(1) Gegen alle vom Berufsgericht im ersten Rechtsweg erlassenen Beschlüsse und gegen die Verfügungen des Vorsitzenden ist, soweit sie bei sinngemäßer Anwendung der Strafprozeßordnung anfechtbar sind, die Beschwerde zulässig. Sie ist binnen zweier Wochen nach Bekanntmachung der Entscheidung beim Berufsgericht des ersten Rechtszuges einzuiegen.

(2) Wird die Beschwerde vom Berufsgericht des ersten Rechtszuges für begründet erachtet, so hilft es ihr ab. Andernfalls legt es die Beschwerde binnen einer Woche dem Landesberufsgericht vor. Das Lendesberufsgericht entscheidet durch Beschluß.

Art. 83

Ein nach diesem Gesetz durch rechtskräftige Entscheidung beendetes Verfahren kann unter denselben Voraussetzungen wieder aufgenommen werden wie ein Strafverfahren. Die Wiederaufnahme kann von dem Beschuldigten oder den gem. Art. 66 Abs. 1 Berechtigten beantragt werden.

Art. 84

(1) In jeder Entscheidung, die das Verfahren der Instanz beendet, muß bestimmt werden, wer die Kosten des Verfahrens zu tragen hat.

(2) Für das berufsgerichtliche Verfahren werden Gebühren nur erhoben, wenn euf eine der in Art. 56 genannten Maßnahmen erkannt wird. Die Gebühren hat der Beschuldigte zu tragen. Sie betragen für jede fnstanz mindestens 50 Deutsche Mark, höchstens 1000 Deutsche Mark. Das Gericht bestimmt in der Entscheidung die Höhe der Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Sache sowie der persönlichen Verhältnisse des Beschuldigten nach pflichtgemäßem Ermessen.

(3) Die Auslagen des berufsgerichtlichen Verfahrens können ganz oder teilweise auferlegt werden

1. dem Beschuldigten, wenn auf eine der in Art. 56 genannten Maßnahmen erkannt wurde; sind durch Untersuchungen zur Aufklärung bestimmter belastender oder entlastender Umstände besondere Ausfagen entstanden und sind diese Untersuchungen zugunsten des Beschuldigten ausgegangen, so dürfen die besonderen Auslagen insoweit dem Beschuldigten nicht auferlegt werden;
2. dem Antragsteller, soweit er Auslagen durch sein Verhalten herbeigeführf hat.

Art. 85

(1) Die dem Beschufdigten erwachsenen notwendigen Auslagen sind im Falle der Antragstellung nach Arf. 33 Abs. 5 Satz 1 oder Art. 66 Abs. 1 Nr. 1 der Berufsvertretung und im Falle der Antragstellung nach Arf. 66 Abs. 1 Nr. 2 der Staatskasse aufzuerlegen, wenn der Beschuldigte freigesprochen oder das Verfahren eingestellt wird, nachdem der Beschuldigte aufgefordert worden ist, sich zu dem Antrag euf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens zu äußern. Im übrigen trägt der Beschuldigte die ihm erwachsenen Auslagen selbst. § 467 Abs. 2 bis 4 StPO finden sinngemäß Anwendung.

(2) Die dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen können nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 ganz oder teilweise der Berufsverfretung oder der Staatskasse auferlegt werden, wenn die zur Lest gelegten Verfehlungen nur zum Teil die Grundlage einer gemäß Art. 56 verhängten Maßnahme bilden. Satz 1 gilt auch, wenn durch Untersuchungen zur Aufklärung bestimmter belastender oder entlastender Umstände dem Beschuldigten besondere Auslagen erwachsen und diese Untersuchungen zugunsten des Beschuldigten ausgegangen sind.

(3) Wird ein von der Berufsvertretung oder der Regierung eingelegtes Rechtsmittel zurückgenommen oder bleibt es erfolglos, so sind die dem Beschuldigten im Rechtsmittelverfahren erwachsenen notwendigen Auslagen der Berufsvertretung bzw. der Staatskasse aufzuerlegen. Bei Rücknahme oder Erfolglosigkeit eines vom Beschuldigten eingelegten Rechtsmittels trägt er die ihm erwachsenen Auslagen selbst.

(4) Hat der Beschuldigte das Rechtsmittel beschränkt und hat es Erfolg, so sind die notwendigen Auslagen des Beschuldigten nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 der Berufsvertretung bzw. der Staatskasse aufzuerlegen. Im übrigen findet Absatz 1 Satz 2 Anwendung.

(5) Hat ein Rechtsmittel teilweise Erfolg, so sind die notwendigen Auslagen des Beschuldigten teilweise oder ganz nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 der Berufsvertretung bzw. der Staatskasse aufzuerlegen, soweit es unbillig wäre, den Beschuldigten damit zu belasten. Im übrigen findet Absatz 1 Satz 2 Anwendung.

(6) Zu den notwendigen Auslagen gehören auch

1. die Entschädigung für eine notwendige Zeitversäumnis nach den Vorschriften, die für die Entschädigung von Zeugen gelten,
2. die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts, soweit sie nach § 91 Abs. 2 ZPO zu erstatten wären, sowie die Auslagen eines sonstigen Beistandes.

(7) Für die Festsetzung und die Vollstreckung der dem Beschufdigten zu erstattenden notwendigen Auslagen gelten die Vorschritten für das Strafverfahren sinngemäß.

Art. 86

(1) Die euf Grund dieses Gesetzes ergangenen Entscheidungen werden vollstreckbar, soweit sie rechtskräftig geworden sind.

(2) Der Verweis gilt mit Eintritt der Rechtskreft der Entscheidung els erteilt. Zum gleichen Zeitpunkt werden die Entziehung der Delegierteneigenschaft und der Mitgliedscheft in Orgenen der Berufsvertretung sowie die Entziehung der Wählberkeit nach Art. 56 Abs. 1 Nr. 4 wirksam.

Art. 87

Soweit des Verfahren nicht in diesem Gesetz geregelt ist, finden die Vorschriften der Strafprozeßordnung und des Gerichtsverfassungsgesetzes mit Ausnahme derjenigen, welche die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft betreffen, sinngemäß Anwendung.

Art. 88

Für die Vollstreckung von Geldbußen und Kosten sind die für das Strafverfahren geltenden Vollstreckungsvorschriften sinngemäß anzuwenden.

Art. 89

(1) Eintragungen in den bei der Berufsvertretung geführten Personalakten über eine Maßnahme nech Art. 56 Abs. 1 sind nach zehn Jahren zu tilgen. Die über diese berufsgerichtlichen Maßnehmen entstendenen Vorgänge sind aus den Personelakten zu entfernen und zu vernichten.

(2) Die Frist beginnt mit dem Tege, en dem die berufsgerichtliche Maßnahme unanfechtber geworden ist.

(3) Die Frist endet nicht, solange gegen den Betreffenden ein Strafverfahren, ein berufsgerichtliches Verfahren oder ein Disziplinarverfahren anhängig ist, eine endere berufsgerichtliche Meßnehme noch nicht zu tilgen ist oder ein auf Geldbuße ieutendes berufsgerichtliches Urteil noch nicht vollstreckt ist.

(4) Nach Ablauf der Frist dürfen die Berufspflichtverletzung und die Verurteilung dem Betreffenden im Rechtsverkehr nicht mehr vorgehelten und zu seinem Nachteil verwertet werden.

(5) Die Absätze 1 bis 4 finden bei berufsaufsichtlichen Maßnehmen nech Art. 33 entsprechend Anwendung, wobei die Tilgungsfrist fünf Jahre beträgt.

Art. 90

(1) Die persönlichen und sechlichen Kosten der Berufsgerichtsbarkeit sind dem Lande Bayern am Schluß eines jeden Rechnungsjehres von den Lendeskammern im Verhältnis der Zahl der Berufsgerichtsverfahren, die die Mitglieder der einzelnen Berufsvertretungen betrafen, zu erstatten.

(2) Soweit die Einnahmen des Berufsgerichts an Kosten und Geldbußen die nach Abs. 1 dem Lande Bayern zu erstattenden Kosten übersteigen, sind sie im nächsten Rechnungsjehr in dem in Abs. 1 genannten Verhältnis den Lendeskammern zur Verwendung für die bei ihnen bestehenden Wohlfehrtseinrichtungen zuzuführen.

(3) Das Staatsministerium der Justiz kann im Benehmen mit dem Staatsministerium des Innern mit den einzelnen Berufsvertretungen anstelle der in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Einzelberechnung Pauschelerstattungen vereinbaren.

Art. 91

Des Staatsministerium der Justiz führt die Aufsicht über die Berufsgerichte und das Landesberufsgericht.

Sechster Teil. Schluß- und Übergangsbestimmungen

Art. 92

(1) Die auf Grund des bisher geltenden Rechts gewählten Organe der Berufsvertretungen bleiben für die Dauer ihrer Wahlzeit im Amt.

(2) Die nach dem bisherigen Recht erlassenen Satzungen, Berufsordnungen und Beitregsordnungen bleiben bis zum Erlaß der entsprechenden neuen Vorschriften, spätestens jedoch bis zum 1. Oktober 1959, in Kraft, soweit sie den Vorschriften dieses Gesetzes nicht widersprechen.

Art. 93

Die Staastministerien des Innern und der Justiz erlassen die zum Vollzug dieses Gesetzes erforderlichen Ausführungs- und Überleitungsvorschriften.

Art. 94

(1) Dieses Gesetz tritt em 1. August 1957 in Kreft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft

1. die Abschnitte 2 (Die deutsche Tierärzteschaft), 3 (Bestrafung von Berufsvergehen) und 4 (Staatsaufsicht) der Reichstierērzteordnung vom 3. April 1936 (RGBl. I S. 347) in der Fessung der Verordnungen zur Ergänzung der Reichstierärzteordnung vom 7. März und 30. November 1940 (RGBl. I S. 484 und 1545), die 2. VO zur Durchführung der Reichstierērzteordnung vom 5. Mērz 1937 (RGBl. I S. 278) sowie die Verordnung über die Errichtung einer Tierärztekemmer für den Steat Bayern vom 31. Mei 1946 (GVBl. S. 191),
2. die Abschnitte 2 (Die Reichsepothekerkammer und die Bezirksapothekerkemmern), 3 (Berufsgerichtsbarkeit) und 4 (Staatsaufsicht) der Reichsapothekerordnung vom 18. April 1937 (RGBl. I S. 457) sowie die Verfehrensordnung für die Apothekerberufsgerichte vom 8. Oktober 1937 (RGBl. I S. 1122).

Dazu werden anschließend die Übergangsbestimmungen des

Änderungsgesetzes

(zum Kammergesetz) vom 24. November 1977 (BayGVBl. 1977, S. 657)

abgedruckt:

§ 2

(1) Die bisher von den Lendeskammern eusgesprochenen Anerkennungen eufgrund der Weiterbildungsordnungen gelten als Anerkennungen nach dem Kammergesetz in der Fassung dieses Gesetzes mit der Maßgabe, daß die dort und in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen bestimmten entsprechenden Bezeichnungen zu führen sind.

(2) Angehörige der Berufsvertretungen, die ihre Weiterbildung vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes oder der neuen Weiterbildungsordnung begonnen haben, können diese nach den bisher geltenden Vorschriften abschließen. Sie erhalten eine Anerkennung nach dem Kammergesetz.

§ 3

Eine sich eus § 1 Nr. 8, Nr. 9 Buchst. a, Nr. 23 Buchst. a und Nr. 28 Buchst. a ergebende Änderung der Anzehl der Delegierten ist für die erstmels nach dem Inkrefttreten dieses Gesetzes anstehenden Wehlen zu berücksichtigen.

§ 4

(1) Von dem Inkrafttreten dieses Gesetzes an sind die in diesem Zeitpunkt ernannten nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgerichte für die Heilberufe und ihre Ersatzleute „ehrenamtliche Richter" im Sinn des Art. 40 Abs. 1 des Kemmergesetzes.

(2) Bis zur Bestimmung, nech welchen Grundsätzen und in welcher Reihenfolge die ehrenamtlichen Richter nach Art. 41 Abs. 1 Satz 2 heranzuziehen sind und einander im Verhinderungsfalle vertreten, richtet sich die Herenziehung der ehrenemtlichen Richter und ihre Vertretung nach dem bisherigen Recht.

(3) Die Amtszeit dieser Richter endet spätestens mit Ableuf des 31. August 1982. Endet sie früher, so ist ein Nachfolger nur zu bestellen, wenn ein Bedürfnis besteht; Satz 1 gilt entsprechend.

(4) Die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter richtet sich für die gesamte durch eine Hauptverhandlung versäumte Zeit nach dem neuen Recht, wenn auch für eine Zeit nech dem Inkrefttreten dieses Gesetzes eine Entschädigung zu gewähren ist.

§ 5

Auf eine höhere Geldbuße als 5000 Deutsche Mark oder euf Maßnehmen nach Art. 38 Abs. 1 Nrn. 3 und 4 kenn des Berufsgericht nur erkennen, wenn die Berufsverfehlung, die dem berufsgerichtlichen Verfahren zugrunde liegt, nach Inkrefttreten des Gesetzes begangen wurde.

§ 6

Soweit sich die Vorschriften über Beginn, Unterbrechung und Ruhen der Verjährung geändert haben, ist euf die vor dem 1. Januar 1975 begangenen Berufsverfehlungen Art. 309 EGStGB entsprechend enzuwenden.

§ 7

Art. 65 e (s. Art. 89) ist entsprechend anzuwenden, wenn in den bei der Berufsvertretung geführten Personalekten Eintragungen über eine Warnung oder Vermerke über nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht mehr vorgesehene berufsaufsichtliche Maßnahmen enthalten sind.

§ 8

Ordnungsstrafen nach Art. 16 und 19 (s. Art. 33) des Kemmergesetzes können nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht mehr festgesetzt werden. Sind Ordnungsstrafen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits rechtskräftig festgesetzt, so werden sie erlassen, soweit sie noch nicht bezahlt oder vollstreckt sind.

§ 9

Art. 4 Abs. II und III des **Beyerischen Ärztegesetzes** vom 25. Mei 1946 (BayBS II S. 58), geändert durch § 16 Abs. 2 Nr. 3 Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1857), wird eufgehoben.

§ 10

Art. 10 Abs. 3 Setz 3 des **Beyerischen Architektengesetzes** vom 31. Juli 1970 (GVBl. S. 363), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. April 1975 (GVBl. S. 71), erhält folgende Fassung:

„Im übrigen gelten die Bestimmungen des Kammergesetzes vom 15. Juli 1957 (GVBl. S. 162, ber. S. 176) in der jeweils geltenden Fassung darüber, welche Personen nicht zu Richtern ernannnt werden dürfen, in welchen Fällen das Richteremt erlischt, ruht oder abgelehnt werden kenn, in welchen Fällen die Richter vom Richteramt ausgeschlossen sind und ihre Bestellung zu widerrufen ist, ferner die Regelungen über die Bestellung eines Nachfolgers vor Ableuf der Amtszeit els Richter, über den Rechtsweg bei Widerruf der Richterbestellung oder bei Erlöschen des Richteramtes und über die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter in der jeweiligen Fessung entsprechend."

§ 11

Die **Verordnung über die Entschädigung der nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgerichte und des Lendesberufsgerichts für die Heilberufe** vom 11. Februar 1958 (GVBl. S. 25), geändert durch Verordnung vom 8. Juli 1968 (GVBl. S. 259), wird eufgehoben.

§ 12

Das Staatsministerium des Innern wird ermächtigt, das Kemmergesetz in neuer Artikelfolge neu bekenntzumechen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 13

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1978 in Kraft.

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 30. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 9. Oktober 1977 die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschiossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Berufsordnung mit Entschiießung vom 8. November 1977 — Nr. i E 9 - 5012/0 - 7 — genehmigt.

Geiöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde elle mir anvertrauten Gehelmnisse wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Netionalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre."

§ 1
Berufsausübung

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nech den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze enerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kenn.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(4) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

(5) Der Arzt derf seinen Beruf nicht im Umherziehen ausüben. Er darf individuelle ärztliche Beratung oder Behandlung weder brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch im Fernsehen oder Tonrundfunk durchführen.

(6) Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes frei. Er kann die ärztliche Behandlung ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, deß des notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

(7) Ärzte, die hauptberuflich an Krankenanstalten bzw. deren Abteilungen tätig sind, sollen sich, unbeschadet einer wissenschaftlichen oder gutechterlichen Tätigkeit, eußerhalb des Krankenhauses im allgemeinen auf Sprechstunden und konsultative Tätigkeit beschränken.

(8) Ärzte sollen sich in der Regel nur durch Ärzte des gleichen Gebietes vertreten lassen.

§ 2
Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist, zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Petienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt het die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten.

(3) Der Arzt het seine Gehilfen und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf en der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten.

(4) Soweit der Arzt von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder der Schutz eines höheren Rechtsgutes dies erfordert, ist der Arzt zur Offenbarung befugt. Letzteres gilt auch für Aussagen in gerichtlichen Verfehren.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im emtlichen oder privaten Auftreg eines Dritten tätig wird, es sei denn, daß dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.

(6) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, els der Petient nicht etwas enderes bestimmt.

(7) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürten der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde nur soweit mitgeteilt werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.

§ 3
Zusammenarbeit der Ärzte

(1) Der Arzt ist zu kollegialer Zusemmenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Petienten untersuchen oder behandeln.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder den Petienten en einen anderen Arzt zu überweisen, wenn dies nach seiner ârztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint und der Patient einverstanden oder sein Einverständnis enzunehmen ist.

Den Wunsch des Petienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Überweist der Arzt den Patienten an einen anderen Arzt, so hat er ihm die erhobenen Befunda zu übermitteln und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwes enderes bestimmt. Dies gilt insbesondere auch bei der Krankenhauseinweisung und Krankenheusentlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

§ 4
Verpflichtung zur Weiterbildung

Der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ârztlichen Mitarbeiter, unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weitarzubilden.

§ 5
Erhaltung des ungeborenen Lebens

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Arzt kenn nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsebbruch vorzunehmen.

§ 6
Sterilisation

Für Sterilisetionen sind medizinische, genetische oder soziale Gründe zulässige Indiketionen.

§ 7
Fortbildung

(1) Der Arzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

(2) Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:

a) Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen (Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien).

b) Klinische Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen).

c) Studium der Fachliteratur.

d) Inanspruchnahme eudiovisueller Lehr- und Lernmittel.

(3) Der Arzt hat in dem Umfange von den aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(4) Der Arzt muß eine den Absätzen (1) bis (3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Bayerischen Lendesärztekammer (Kammer) in geeigneter Form nachweisen können.

§ 8
Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 9
Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung des ârztlichen Berufes in eigener Praxis ist en die Niederlassung gebunden. Diese ist durch ein Praxisschild entsprechend § 27 kenntlich zu machen. Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unverzüglich mitzuteilen.

(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden ebzuhalten. Der zuständige Ärztliche Bezirksverband kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigprexis (Sprechstunde) erteilen.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seine Sprechstunden nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten seiner Praxis festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben und grundsätzlich einzuhalten.

§ 10
Verträge

(1) Anstellungsverträge dürten von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind. Debei muß insbesondere sichergestellt sein, deß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworten wird.

Sofern Weisungsbefugnis von Ärzten gegenüber Ärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verentwortung entbunden.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, elle Verträge über seine ârztliche Tetigkeit vor ihrem Abschluß der Kammer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 11
Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Ärztliche Aufzeichnungen sind Gedächtnisstützen des Arztes. Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen hinreichenda Aufzeichnungan zu fertigen.

(2) Ärztliche Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach enderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewehrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist euch dann erforderlich, wenn sie nech ärztlicher Erfahrung geboten ist.

(3) Die Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgeneufnahmen und enderen Untersuchungsbefunden soll, euch wenn sie nach den Grundsätzen des § 2 zuiässig ist, an nichtärztliche Stelien oder an Ärzte, die nicht en der Behendlung beteiligt sind, in der Regel nur in Verbindung mit der Erstettung eines Berichtes oder Gutachtens erfolgen.

(4) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

(5) Aufzeichnungen im Sinne des Absetzes 1 auf elektronischen Datenträgern oder enderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmeßnehmen, um deren Verënderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

§ 12
Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ërztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfelt zu verfehren und nech bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung euszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind enzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhelb einer engemessenen Frist ebzugeben.

Dies gilt euch für die Ausstellung von Zeugnissen für Miterbeiter und Ärzte in Weiterbildung.

§ 13
Ausbildung von Mitarbeitern

Der Arzt hat bei der Ausbildung seiner Mitarbeiter die für die Berufsausbildung bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu beechten.

§ 14
Ärztliches Honorar

(1) Die Honorerforderung des Arztes muß engemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt hat debei die besonderen Umstände des einzelnen Felies, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeiteufwand, die Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zehlungspflichtigen sowie die örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu berücksichtigen.

Hierbei darf er die üblichen Sätze nicht in unlauterer Weise unterschreiten.

(2) Der Arzt kenn Verwandte, Kollegen, deren Angehörige und unbemittelte Patienten unentgeltlich untersuchen und behandeln oder diesen Personen das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Der Arzt soll seine Honorarforderungen im ellgemeinen mindestens vierteljährlich stellen. Sie sind euf Grund seiner Aufzeichnungen eufzugliedern, so daß eine Nachprüfung möglich ist.

(4) Der Arzt darf ein Gutechten über die Angemessenheit der Honorarforderung eines enderen Arztes nur im Auftreg von Gerichten, im amtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Kemmer abgeben.

§ 15
Kollegiales Verhalten

(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Herebsetzende Äußerungen über die Person, die Behandiungsweise oder des berufliche Wissen eines enderen Arztes sind berufsunwürdig. Ebenso ist es berufsunwürdig, einen Kollegen eus seiner Behendiungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Hendlungsweise zu verdrängen.

(2) Ärzte, die endere Ärzte zu ërztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch heben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine engemessene Vergütung zu gewähren.

(3) in Gegenwart von Petienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte els Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krenkenanstelten.

(4) Nachuntersuchungen erbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem enderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfëhigkeit nur im Benehmen mit dem behendelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder amtsërztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

§ 16
Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde derf der Arzt jeden Petienten behandeln. Wird der Arzt von einem Patienten in Anspruch genommen, der bereits in Behandiung eines anderen Arztes steht, so hat er derauf hinzuwirken, daß der vor ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

(2) Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so het er nach der Notfailbehandiung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überiessen.

(3) Nach Entlassung eus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stend, wenn noch eine weitere Behendlung erforderlich ist. Wiederbestellung zur embulenten Behandlung oder Überwechung ist nur mit Zustimmung des behendelnden Arztes gestattet.

(4) Der Arzt derf den von einem enderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ebiehnen.

(5) Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nech Beendigung seiner Behandlungstëtigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behendlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Petienten oder seiner Angehörigen ebhalten. Sie soilen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

§ 17
Vertreter und ärztliche Mitarbeiter

(1) Der Arzt muß seine Praxis unbeschadet einer zulässigen Vertretung persönlich eusüben.

(2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(3) Die Beschättigung eines Vertreters in der Praxis ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband enzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung euslöst, insgesamt länger als drei Monate im Kalenderjehr dauert.

(4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voreussetzungen tür eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters ertüllt sind.

(5) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres durch einen enderen Arzt fortgetührt werden.

(6) Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Sie ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen.

§ 18
Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, tür die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder endere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu gewähren.

§ 19
Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung des Berufes, zur gemeinschattlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therepeutischen Einrichtungen ist der Kammer enzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsemer Berufsausübung muß die treie Arztwahl gewährleistet bleiben.

§ 20
Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Nottalldienst teilzunehmen. Aut Antrag kann ein Arzt eus schwerwiegenden Gründen vom Nottelldienst ganz, teilweise oder vorübergehend befreit werden. Dies gilt insbesondere

1. bei körperlichen Behinderungen,
2. bei besonders belastenden familiären Ptlichten,
3. bei Teilnahme en einem klinischen Bereitschattsdienst mit Notfallversorgung.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nach Absatz 1 Satz 2 ist der Ärztliche Kreisverbend zuständig, dessen Mitglied der Antragsteller ist, soweit die Kemmer einen Nottalldienst selbst eingerichtet het. Satz 1 gilt auch, wenn der Notfalldienst von einem enderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller aber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Für die Einrichtung und Durchtührung eines Nottalldienstes im einzelnen sind die von der Kammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme em Nottalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(4) Die Einrichtung eines Nottalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umtange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(5) Der Arzt hat sich auch tür den Notfalidienst fortzubilden, wenn er nicht euf Dauer von der Teilnahme em Notfelldienst befreit ist. § 7 gilt sinngemäß.

§ 21
Werbung und Anpreisung

(1) Jegliche Werbung und Anpreisung ist dem Arzt untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig,

a) öffentliche Danksegungen oder enpreisende Veröffentlichungen zu verenlassen oder zuzulessen,
b) Arzneimittel, Heilmittel oder Verfehren der Krankheitserkennung und -behandlung durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben.

(2) Stendesunwürdig ist es auch, eine enerkannte Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich eut dem Prexisschild enzuzeigen, wenn der Arzt in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich nicht tätig ist.

(3) Dem Arzt ist auch jede mittelbare Werbung verboten, indem er Krenkenhäuser, Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, unter seinem oder unter Hinweis euf seinen Namen tür ihre Arzneimittel, Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben. Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung, die ohne seine Mitwirkung erfolgt ist, euf das betretfende Unternehmen einzuwirken, damit eine Werbung in der durch diese Berufsordnung tür unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

Als mittelbere Werbung sind solche Anzeigen und Ankündigungen nicht enzusehen, in denen ein Krankenhaus, Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Heuptindiketionsgebiet lediglich zutrettendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angibt. Diese Ausnahme liegt nicht vor, wenn sich eus den Umständen des Einzeltalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung els Krenkenhaus, Sanatorium, Institut oder Klinik zum Zwecke der Umgehung des Werbeverbotes tür seine Tetigkeit benutzt. Ein solches Verhalten ist verbotene Werbung nach Absatz 1 Setz 1.

(4) Der Arzt darf nicht dulden, deß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit engefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

(5) In Veröffentlichungen ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verptlichtet.

§ 22
Arzt und Öffentlichkeit

(1) Die Veröffentlichung wissenschattlicher Berichte in Verbindung mit dem eigenen Namen in Fachzeitschriften sowie die Unterrichtung enderer Ärzte über die Möglichkeit, spezielle diagnostische und therapeutische Meßnehmen durch den unterrichtenden Arzt durchtühren zu lessen, sind zulässig.

(2) Die Mitwirkung des Arztes an autklärenden Veröttentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes euf sachliche Informationen begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird.

§ 23
Arzt und Nichtarzt

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Gehilfen gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf diese grundsätzlich auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum Arzt oder einem medizinischen Assistenzberuf befinden, und Angehörige von Patienten, gegen deren Anwesenheit keine ärztlichen Bedenken bestehen, werden hiervon nicht betroffen.

(2) Ein unzulässiges Zusammenwirken im Sinne von Absatz 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt zur Erzielung des Heilerfolges am Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Mitwirkung des Nichtarztes für notwendig hält und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

(3) Der Arzt darf sich durch einen Nichtarzt weder vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.

§ 24
Verordnung und Empfehlung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Der Arzt hat die Pflicht, im Rahmen seiner Möglichkeiten dem Arzneimittelmißbrauch entgegenzuwirken, der mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln keinen Vorschub zu leisten sowie Vorkehrungen gegen den Diebstahl von Arztstempeln und Rezeptformularen zu treffen. Er soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.

(4) Dem Arzt ist es nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter Decknamen oder unklaren Bezeichnungen verordnet werden. Der Arzt soll bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln ohne sachlich gebotenen Grund keine Erzeugnisse bestimmter Hersteller nennen.

(5) Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie soll sich auf eine sachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungsweise von Arznei- und Heilmitteln beschränken. Es ist diesen Ärzten nicht gestattet, bei Apothekern, Händlern oder anderen Nichtärzten um Bestellungen zu werben.

(6) Der Arzt soll ihm aus seiner Verordnungstätigkeit bekanntwerdende Arzneimittelnebenwirkungen der Arzneimittelkommission mitteilen.

§ 25
Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten, Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.

(2) Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke, z. B. für einen Firmentitel oder zur Bezeichnung eines Mittels, herzugeben.

§ 26
Anzeigen und Verzeichnisse

(1) Anzeigen in der Tageszeitung über die Niederlassung oder Zulassung dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten drei Monate nach der Niederlassung oder nach Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden. Weitere Veröffentlichungen über die Niederlassung oder Zulassung sind untersagt.

(2) Im übrigen sind Anzeigen nur in den Tageszeitungen bei Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei Verlegung der Praxis und bei Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen höchstens zweimal veröffentlicht werden.

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

(4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen.

§ 27
Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen.

Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Fernsprechnummer sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

Ärzte, die ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, haben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis" anzuzeigen.

(2) Ärzte, welche Geburtshilfe ausüben, dürfen den Zusatz „Geburtshelfer" auf ihrem Praxisschild führen.

(3) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.

§ 28
Anbringung der Schilder

(1) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen.

(2) Bei Vorliegen besonderer Umstände, z. B. bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes weitere Arztschilder anbringen.

(3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.

(4) Schilder an der Privatwohnung des Arztes sollen den sonst bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

§ 29
Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln gelten die Bestimmungen des § 27 sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Dienstbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und Privatrechnungen angeben.

§ 30
Inkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt mit Ablauf des Monats in Kraft, in dem sie im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht wird.

Gleichzeitig tritt die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 („Bayerisches Ärzteblatt" 1970, S. 989) außer Kraft.

München, den 9. Oktober 1977

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Mit der Veröffentlichung in der Sondernummer des „Bayerischen Ärzteblattes" im Dezember 1977 tritt die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns am 1. Januar 1978 in Kraft.

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 30. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 9. Oktober 1977 die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns und die Anlage zur Weiterbildungsordnung in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Weiterbildungsordnung mit Entschließung vom 8. November 1977 — Nr. I E 9 - 5012 - 10 — genehmigt.

§ 1
Ziel der Weiterbildung

Ziel der Weiterbildung ist es, Ärzten nach Abschluß ihrer Berufsausbildung im Rahmen einer Berufstätigkeit eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den Gebieten, Teilgebieten und Bereichen zu vermitteln, für die neben der Berufsbezeichnung zur Ankündigung einer speziellen ärztlichen Tätigkeit weitere Bezeichnungen geführt werden dürfen.

§ 2
Gebiete, Teilgebiete und Bereiche der Weiterbildung

(1) Der Arzt kann sich in folgenden Gebieten und Teilgebieten weiterbilden:

1. Allgemeinmedizin
2. Anästhesiologie
3. Arbeitsmedizin
4. Augenheilkunde
5. Chirurgie
   Teilgebiete:
   5.1 Gefäßchirurgie
   5.2 Kinderchirurgie
   5.3 Plastische Chirurgie
   5.4 Thorax- und Kardioveskulerchirurgie
   5.5 Unfallchirurgie
6. Dermatologie und Venerologie
7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
9. Innere Medizin
   Teilgebiete:
   9.1 Endokrinologie
   9.2 Gastroenterologie
   9.3 Hämatologie
   9.4 Kardiologie
   9.5 Lungen- und Bronchialheilkunde
   9.6 Nephrologie
10. Kinderheilkunde
    Teilgebiet:
    10.1 Kinderkardiologie
11. Kinder- und Jugendpsychiatrie
12. Laboratoriumsmedizin
13. Lungen- und Bronchialheilkunde
14. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
15. Nervenheilkunde
    (Neurologie und Psychiatrie)
16. Neurochirurgie
17. Neurologie
18. Nuklearmedizin
19. Öffentliches Gesundheitswesen
20. Orthopädie
21. Pathologie
    Teilgebiet:
    21.1 Neuropethologie
22. Pharmakologie
23. Psychiatrie
24. Rediologie
    Teilgebiet:
    24.1 Strahlentherapie
25. Rechtsmedizin
26. Urologie

(2) In folgenden Bereichen kann eine Weiterbildung zur Erlangung des Rechts auf Führen einer Zusatzbezeichnung erfolgen:

1. Allergologie
2. Balneologie und medizinische Klimatologie
3. Betriebsmedizin
4. Chirotherapie
5. Homöopathie
6. Medizinische Genetik
7. Medizinische Informatik
8. Naturheilverfahren
9. Physikalische Therapie
10. Plastische Operationen
11. Psychotherapie
12. Sportmedizin
13. Stimm- und Sprachstörungen
14. Transfusionsmedizin
15. Tropenmedizin

(3) Inhalt und Umfang der Gebiete, Teilgebiete und Bereiche sind in der Anlage zur Weiterbildungsordnung festgelegt.

§ 3
Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

(1) Mit der Weiterbildung kann erst nach der Approbation als Arzt oder nach der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes begonnen werden; der Beginn der Weiterbildung zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen setzt auch eine abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung voraus.

(2) Die Weiterbildung muß gründlich und umfassend sein. Sie umfeßt insbesondere die Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten in der Verhütung, Erkennung und Behendlung von Krankheiten, Körperschäden und Leiden einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt so-

wie in der Begutechtung und den notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation.

(3) Dauer und Inhelt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlege zur Weiterbildungsordnung. Die dort engegebenen Weiterbildungszeiten sind Mindestzeiten. Tätigkeitsabschnitte unter sechs Monaten können nur dann eut die Weiterbildungszeit engerechnet werden, wenn dies in der Anlage zur Weiterbildungsordnung vorgesehen lst. Eine Unterbrechung der Weiterbildung infolge Krenkheit, Schwangerschatt, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst usw. von mehr als einem Monat oder von insgesamt mehr els sechs Wochen im Kalenderjahr kann grundsätzlich nicht eut die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

(4) Die Weiterbildung hat sich aut die Vermittlung und den Erwerb von Kenntnissen und Fëhigkeiten in den tür das Gebiet, das Teilgebiet oder tür den Bereich in der Anlage zur Weiterbildungsordnung testgelegten Tätigkeitsbereichen zu erstrecken.

(5) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten ist ganztägig und in hauptberutlicher Stellung durchzuführen. Wenn eine ganztägige Weiterbildung aus persönlichen Gründen unzumutbar lst, kann die Weiterbildung tür eine Zeit von höchstens vier Jahren helbtägig erfolgen, wobei diese Zeit bis zur Hältte anrechnungsfähig lst. Eine ganztägige Weiterbildung ist eus persönlichen Gründen insbesondere dann unzumutbar, wenn sie für den weiterzubildenden Arzt aus zwingenden femiliären Gründen eine besondere Härte bedeuten würde. Eine Teilzeitweiterbildung kann nur dann engerechnet werden, wenn sie vorher der Bayerischen Landesërztekammer (Kemmer) angezelgt und von dieser als anrechnungsfähig bestätigt worden ist.

(6) In den in der Anlege zur Weiterbildungsordnung genannten Gebieten sind der Weiterbildende und die Weiterbildungsstëtte während der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit wenigstens einmal zu wechseln. Die Kammer kann im Einzelfall euf vorherigen Antrag Ausnahmen von dieser Verpflichtung zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist und die Erfüllung der Verptlichtung für den Weiterzubildenden eine besondere Hërte bedeuten würde.

(7) Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher euch eigene Praxis eusgeübt wird, ist eut Weiterbildungszeiten tür Gebiete und Teilgebiete nicht anrechnungsfähig.

(8) Anrechnungsfähige Zeiten für ein Gebiet sollen in der Regel em Anfang der Weiterbildungszeit abgeleistet werden. Dementsprechend soll die Weiterbildung in einem Teilgebiet auch in der Regel eut der Weiterbildung im zugehörigen Gebiet eutbauen; sie kann nech Maßgabe der Anlage zur Weiterbildungsordnung ganz oder teilweise in dem Gebiet durchgetührt werden, dem das Teilgebiet zugehört.

(9) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit tür ein Gebiet soll mindestens ein Jehr unter Leitung eines Arztes abgeleistet werden, der im vollen Umfeng zur Weiterbildung ermächtigt ist.

§ 4
Bezeichnungen

(1) Für die in § 2 genannten Gebiete werden die tolgenden Bezeichnungen festgelegt:

1. Allgemeinarzt oder Arzt für Allgemeinmedizin
2. Anästhesist oder Arzt für Anästhesiologie
3. Arbeitsmediziner oder Arzt für Arbeitsmedizin
4. Augenerzt oder Arzt tür Augenheilkunde
5. Chirurg oder Arzt für Chirurgie
6. Hautarzt oder Arzt tür Haut- und Geschlechtskrankheiten
7. Frauenarzt oder Arzt tür Frauenheilkunde und Geburtshilte
8. Hals-Nasen-Ohrenerzt oder Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
9. Internist oder Arzt für Innere Medizin
10. Kinderarzt oder Arzt für Kinderheilkunde
11. Kinder- und Jugendpsychiater oder Arzt tür Kinder- und Jugendpsychiatrie
12. Laborarzt oder Arzt für Laboratoriumsmedizin
13. Lungenarzt (Pneumologe) oder Arzt für Lungen- und Bronchielheilkunde
14. Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
15. Nervenarzt oder Arzt tür Neurologie und Psychiatrie
16. Neurochirurg oder Arzt für Neurochirurgie
17. Neurologe oder Arzt tür Neurologie
18. Nuklearmediziner oder Arzt für Nuklearmedizin
19. Arzt tür öttentliches Gesundheitswesen
20. Orthopäde oder Arzt tür Orthopädie
21. Pathologe oder Arzt tür Pathologie
22. Pharmakologe oder Arzt tür Pharmakologie
23. Psychiater oder Arzt tür Psychiatrie
24. Radiologe oder Arzt tür Radiologie
25. Rechtsmediziner oder Arzt für Rechtsmedizin
26. Urologe oder Arzt tür Urologie

(2) Besitzt ein Arzt die Anerkennung zum Führen von Bezeichnungen tür mehrere Gebiete, so derf er für die tolgenden verwandten Gebiete diese Bezeichnungen nebeneinander führen:

Allgemeinmedizin
allein

Anästhesiologie
mit Chirurgie
oder Innere Medizin
oder Pharmakologie

Arbeitsmedizin
mit Dermatologie
oder Innere Medizin
oder Lungen- und Bronchielheilkunde
oder Öttentliches Gesundheitswesen

Augenheilkunde
allein

Chirurgie
mit Anästhesiologie
oder Freuenheilkunde und Geburtshilfe
oder Hals-Nesen-Ohrenheilkunde
oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
oder Neurochirurgie
oder Orthopädie
oder Radiologie
oder Urologie

Dermatologie und Venerologie
mit Arbeitsmedizin
oder Innere Medizin
oder Kinderheilkunde
oder Laboratoriumsmedizin
oder Öffentliches Gesundheitswesen

Freuenheilkunde und Geburtshilte
mit Chirurgie
oder Radiologie
oder Urologie

Hals-Nesen-Ohrenheilkunde
mit Chirurgie
oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
oder Rediologie

Innere Medizin
mit Anästhesiologie
oder Arbeitsmedizin
oder Dermatologie und Venerologie
oder Kinderheilkunde
oder Leboretoriumsmedizin
oder Lungen- und Bronchfeiheilkunde
oder Nervenheilkunde
oder Neurofogie
oder Nuklearmedizin
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Pharmekologie
oder Psychietrie
oder Radiologie

Kinderheilkunde
mit Dermatologie und Venerologie
oder Innere Medizin
oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
oder Leboratoriumsmedizin
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Pharmakologie
oder Radiologie

Kinder- und Jugendpsychietrie
mit Kinderheilkunde
oder Nervenheilkunde
oder Neurologie
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Phermekologie
oder Psychietrie
oder Rechtsmedizin

Laboratorfumsmedizin
mit Dermetologie und Venerologie
oder Innere Medizin
oder Kinderheilkunde
oder Nukfeermedizin
oder Öffentliches Gesundheitswesen

Lungen- und Bronchialheilkunde
mit Arbeitsmedizin
oder Innere Medizin
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Radiologie

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
mit Chirurgie
oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Nervenheiikunde
mit Innere Medizin
oder Kinder- und Jugendpsychietrie
oder Neurochirurgie
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Pharmakologie
oder Rediologie
oder Rechtsmedizin

Neurochirurgie
mit Chirurgie
oder Nervenheilkunde
oder Neurologie
oder Orthopädie
oder Rediologie

Neurologie
mit Innere Medizin
oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
oder Neurochirurgie
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Phermekologie
oder Radiologie

Nuklearmedizin
mit Innere Medizin
oder Laboretoriumsmedizin
oder Rediologie

Öffentliches Gesundheitswesen
mit Arbeitsmedizin
oder Dermatologie
oder Innere Medizin
oder Kinderheilkunde
oder Kinder- und Jugendpsychietrie
oder Laboratoriumsmedizin
oder Lungen- und Bronchialheilkunde
oder Nervenheilkunde
oder Neurologie
oder Orthopädie
oder Psychiatrie
oder Rechtsmedizin

Orthopädie
mit Chirurgie
oder Neurochirurgie
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Rediologie

Pathologie
mit Rechtsmedizin

Pharmakologie
mit Anästhesiologie
oder Innere Medizin
oder Kinderheilkunde
oder Kinder- und Jugendpsychietrie
oder Nervenheilkunde
oder Neurologie
oder Psychietrie
oder Rechtsmedizin

Psychiatrie
mit Innere Medizin
oder Kinder- und Jugendpsychietrie
oder Öffentliches Gesundheitswesen
oder Pharmakologie
oder Rechtsmedizin

Radiologie
mit Chirurgie
oder Frauenheilkunde und Geburtshiffe
oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
oder Innere Medizin
oder Kinderheilkunde
oder Lungen- und Bronchialheilkunde
oder Nervenheilkunde
oder Neurochirurgie
oder Neurologie
oder Nuklearmedizin
oder Orthopädie
oder Urologie

Rechtsmedizin
mit Kinder- und Jugendpsychietrie
oder Nervenheilkunde
oder Öffentliches Gesundheitswesen

oder Pethologie
oder Pharmakoiogie
oder Psychietrie

Urologie
mit Chirurgie
oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe
oder Radiologie

Andere els die in Setz 1 genannten Bezeichnungen dürfen nicht nebeneinander geführt werden.

Die Bezeichnung „Allgemeinerzt" oder „Arzt für Allgemeinmedizin" darf nichf neben einer enderen Bezeichnung geführt werden. Das gilt für das Führen der Bezeichnung „praktischer Arzt" entsprechend.

(3) Teilgebietsbezeichnungen nach § 2 Absatz 1 dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung des Gebietes geführt werden, dem die Teilgebiete zugehören.

(4) Die Zusetzbezeichnungen nach § 2 Nr. 2 dürfen nur zusammen mit der Berufsbezeichnung oder einer Gebietsbezeichnung geführt werden. Neben einer Gebietsbezeichnung darf eine Zusatzbezeichnung nur geführt werden, wenn der betreffende Bereich in das Gebiet fällt, dessen Bezeichnung der Arzt führt.

§ 5
Ermächtigung zur Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten wird unter verantwortlicher Leitung der von der Kammer ermächtigten Ärzte in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelessenen Krankenheusabteilungen, in zugelassenen Instituten oder in anderen zugelassenen Einrichfungen (Weiterbildungsstätten) durchgeführt. Die Weiferbildung in Bereichen erfolgt durch ermächtigte Ärzte, soweit dies in der Anlege zur Weiterbildungsordnung vorgesehen ist.

Die Weiterbildung im Gebiet „Allgemeinmedizin" sowie in Gebieten, euf die sich das Recht der Europäischen Gemeinschaften nicht bezieht, kann zu dem in der Anlage zur Weiterbildungsordnung festgelegten Umfeng bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt erfolgen. Setz 3 gilt euch für diejenigen Gebiete, auf die sich das Recht der Europäischen Gemeinschaften bezieht, soweit die für sie festgesetzte Mindestweiterbildungszeit die nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften geforderte Weiterbildungszeit übersteigt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt fachlich und persönlich geeignet ist. Der Arzt, der für ein Gebiet oder Teilgebiet oder einen Bereich zur Weiterbildung ermächtigt wird, muß auf seinem Gebiet, Teilgebiet oder in seinem Bereich umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, die ihn befähigen, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln. Er soll diese Kenntnisse und Erfahrungen in iengjähriger Tätigkeit nech Abschluß der Weiterbifdung in verentwortlicher Steflung erworben haben. Die Ermächtigung kann nur für das Gebief oder das Teilgebiet erteilt werden, dessen Bezeichnung der Arzt führt. Sie kann jedoch nur für ein Gebiet oder Teilgebiet erteilt werden.

(3) Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu ieiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestaften. Wird die Ermächtigung mehreren Ärzten an einer Weiterbildungsstätte gemeinsam erteilt, so muß die ordnungsgemäße Durchführung und Überwachung der Weiterbildung durch die ermächtigten Ärzte sichergestelft sein.

(4) Unbeschedet der in § 3 Absatz 6 für den in der Weiterbifdung befindlichen Arzt festgefegten Verpffichtung, die Weiterbildungsstätte einmal zu wechseln, werden Ärzte, bei denen die persönlichen und fechlichen Voreussetzungen vorliegen, in dem Umfange zur Weiterbildung ermächtigt, in dem an der Weiterbildungsstätte die in der Anlage zur Weiterbildungsordnung en den Inhalt der Weiterbildung in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich gestellten Anforderungen erfüfft werden können.

(5) Die Ermächtigung wird dem Arzt auf Antreg erteilt. Der entragstellende Arzt hat das Gebiet, Teilgebiet oder den Bereich und die Weiterbildungszeit, für die er die Ermächtigung beantragt, näher zu bezeichnen. Die Kemmer führt ein Verzeichnis der ermächtigfen Ärzte, aus dem die jeweilige Weiterbifdungstätte, das Gebiet, Teilgebiet oder der Bereich, für das sie zur Weiterbildung ermächtigt sind, sowie der Umfang der Ermächtigung hervorgehen.

§ 6
Widerruf, Erlöschen und Änderung der Ermächtigung

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

(2) Mit der Beendigung der Tätigkeit eines ermächtigten Arztes en der Weiterbildungsstätte erlischt seine Ermächtigung zur Weiterbildung.

(3) Ändern sich die für die Erteilung der Weiterbildungsermächtigung maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der Umfang der Weiterbildungsermächtigung den geänderten Verhältnissen enzupessen. Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, diese Änderungen der Kemmer unverzüglich mitzuteilen.

§ 7
Erteilung von Zeugnissen über die Weiterbildung

(1) Der ermächtigte Arzt hef dem in der Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter seiner Verentwortung ebgeleistete Weiterbildungszeit ein Zeugnis euszustellen, das die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausführlich derlegt. Das Zeugnis muß im einzelnen Angaben enthelten über:

1. die Dauer der ebgeleisteten Weiterbildungszeit sowie Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krenkheif, Schwangerschaft, Sonderbeurleubung, Wehrdienst usw.;
2. die in dieser Weiterbildungszeit im einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse und Fähigkeifen; die für den Erwerb dieser Kenntnisse und Fähigkeiten erbrachten ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Operationen) sind eusführlich derzustellen;
3. die fechliche Eignung.

(2) Auf Antreg des in Weiterbildung befindlichen Arztes ist nach Ablauf je eines Weiterbildungsjahres ein Zeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Absatzes 1 enfspricht.

§ 8
Die Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Instituten als Weiterbildungsstätten

(1) Die Zulassung niedergelassener Ärzte als Weiterbildungsstätten erfolgt durch die Kammer zusammen mit der Ermächtigung des Arztes für das betreffende Gebiet, Teilgebiet oder den Bereich. Sie setzt voraus, deß

1. Patienten in so ausreichender Zehl und Art behendelt werden, deß der weiterzubildende Arzt die Möglichkeit het, sich mit den typischen Krenkheiten des Gebietes, Teif-

gebietes oder Bareiches, euf das sich die Bezeichnung bezieht, vertreut zu machen,

2. Personel und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen.

(2) Für Institute gilt Absetz 1 entsprechend mit der Maßgabe, deß mindestens einer der leitenden oder verantwortlichen Ärzte zur entsprechenden Weiterbildung ermächtigt wird.

§ 9
Anerkennung zum Führen von Bezeichnungen

(1) Eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusetzbezeichnung nach § 4 dart führen, wer nach ebgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat.

Dem Antrag auf Anerkennung sind alla während der Weiterbildung eusgestellten Zeugnisse und Nachweise beizufügen.

(2) Die Entscheidung über den Antrag auf Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung erfolgt durch die Kammer auf Grund einer Prüfung der vorgelegten Zeugnisse über den tnhalt, den Umfeng und das Ergebnis der nach abgeschlossener Berufseusbildung durchleufenen Weiterbildung in dem vom Antragsteller gewählten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich und der erworbenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse in einem Fachgesprēch durch den Ausschuß der Kammer (Prüfungsausschuß).

(3) Die Anerkennung zum Führen der in § 2 Absatz 2 festgelegten Zusatzbezeichnungen erfolgt grundsätzlich ohne Prüfung allein euf Grund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise. Bestehen euf Grund der Zeugnisse Zweifel an der fachlichen Eignung des Antragstellers, kann im Einzelfall die Durchführung einer Prüfung engeordnet werden.

§ 10
Prüfungsausschuß und Widerspruchsausschuß

(1) Die Kammer bildet zur Durchführung der Prüfung einen Prüfungsausschuß. Bei Bedarf sind mehrere Prüfungsausschüsse zu bilden.

(2) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses und ihre Stellvertreter bestellt unbeschedet des gegebenenfalls vom Bayerischen Steatsministerium des Innern zu bestimmenden weiteren Mitgliedes die Kammer; dabei ist die Reihenfolge der Steltvertreter festzusetzen.

Der Prüfungsausschuß entscheidet in der Besetzung mit drei Ärzten, von denen zwei die Anerkennung für das zu prüfende Gebiet, Teilgebiet oder den Bereich besitzen müssen. Die Prüfung kenn euch bei Abwesenheit des vom Bayerischen Steatsministerium des Innern bestimmten Mitgliedes durchgeführt werden.

(3) Die Kammer bestimmt den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses.

(4) Der Prüfungsausschuß beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschleg.

(5) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unebhängig und sind en Weisungen nicht gebunden.

(6) Zur Beretung bei der Entscheidung über Widersprüche gegen Prüfungsentscheidungen wird bei der Kammer ein Widerspruchsausschuß gebildet. Er beschließt in der Besetzung mit drei Ärzten, von denen zwei die Anerkennung für das geprütte Gebiet, Teilgebiet oder für dan Bereich haben müssen. Die Mitglieder, ihre Stellvertreter und den Vorsitzenden bestimmt die Kemmer.

(7) Die Bestellung der Mitglieder und Stellvertreter des Prüfungsausschusses sowie der Mitgliedar und Stellvertreter des Widerspruchsausschusses ertolgt schrittlich für die Dauar der leufenden Wahlperiode für die Organe der Kammer.

§ 11
Zulassung zur Prüfung

(1) Über die Zulassung zur Prüfung entscheidet die Kammer. Die Zulassung wird ausgesprochen, wenn die Weiterbildung ordnungsgemäß ebgeschlossen sowie durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist. Eina Ablehnung der Zulessung ist dem Antragsteller mit Begründung schrittlich mitzuteilen.

(2) Die Zulassung ist zurückzunehmen, wenn ihre Voreussetzungen zu Unrecht als gegeben angenommen waren.

§ 12
Prüfung

(1) Die Kammer setzt den Termin der Prüfung im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses fast. Die Prüfung soll in engemessener Frist nach der Zulassung stattfinden. Der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

(2) Die Prütung ist mündlich. Sie soll für jeden Antragsteller in der Regel dreißig Minuten dauern. Es sollen nicht mehr als vier Antragsteller gleichzeitig geprüft werden.

(3) Inhalt, Umfang und Ergebnis der durchlaufenen Weiterbildungsabschnitte werden durch die vorgelegten Zeugnisse nachgewiesen. Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch vor dem Prüfungsausschuß dargelegt. Der Prüfungsausschuß entscheidet auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und der ergänzenden mündlichen Darlegungen des Antragstellers, ob diesar die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich ebgeschlossen und die vorgeschriebenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse euf dem von ihm gewählten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich erworben hat.

(4) Wird die Prüfung nicht bestanden, so kann der Prüfungsausschuß die vorgeschriebene Weiterbildungszeit verlängern und besondere Anforderungen en die Weiterbildung stellen.

(5) Wenn der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fernbleibt oder sie ohne ausreichenden Grund abbricht, gilt die Prüfung els nicht bestanden.

§ 13
Prüfungsentscheidung

(1) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilt der Kammer das Ergabnis der Prüfung mit.

(2) Bei Bestehen der Prüfung stellt die Kammer dem Antragsteller eine Urkunde über das Recht zum Führen der Bezeichnung eus (Anerkennung).

(3) Bei Nichtbestehen der Prütung erteilt die Kammer dem Antragsteller einen schriftlichen Bescheid mit Bagründung einschließlich der vom Prütungsausschuß beschlossenen Auflegen.

(4) Gegen den Bescheid der Kammer nach Absatz 3 kann der Antregsteller Widerspruch nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften der Verweltungsgerichtsordnung (§§ 68 bis 73) einlegen. Über den Widerspruch entscheidet die Kemmer nach Anhörung des Widerspruchseusschusses.

§ 14
Wiederholungsprüfung

Eine nicht bestendene Prüfung kann frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Für die Wiederholungsprüfung gelten die §§ 10 bis 13 entsprechend.

§ 15
Anerkennung bei abweichendem Weiterbildungsgang

(1) Wer in einem von § 3 abweichenden Weiterbildungsgang eine Weiterbildung abgeschlossen hat, erhält euf Antreg die Anerkennung durch die Kammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Auf das Verfahren der Anerkennung finden die §§ 9 bis 14 entsprechende Anwendung.

(2) Eine nicht abgeschlossene, von § 3 ebweichende oder eine ebgeschlossene, aber nicht gleichwertige Weiterbildung kann unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten nach den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung ebgeschlossen werden. Die Kammer rechnet die bisher ebgeleisteten Weiterbildungszeiten an, wenn und soweit die Weiterbildung gleichwertig ist.

§ 16
Weiterbildung außerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin

(1) Wer els Staatsengehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften ein in einem Mitgliedsteat erworbenes fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnechweis für eln Gebiet, Teilgebiet oder einen Bereich besitzt, erhält euf Antrag die Anerkennung soweit nach dieser Weiterbildungsordnung in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich eine entsprechende Anerkennung möglich ist. Wenn dabei die Mindestdauer der Weiterbildung nach den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaften nicht erfüllt worden ist, kann die Kammer von dem Arzt eine Bescheinigung der zuständigen Stelle des Helmat- oder Herkunftsstaetes derüber verlangen, daß die betreffende ärztliche Tätigkeit tatsächlich und rechtmäßig während eines Zeitraumes eusgeübt worden ist, der der doppelten Differenz zwischen der tatsächlichen Dauer der Weiterbildung und der genannten Mindestdauer der Weiterbildung entspricht.

(2) Im übrigen richtet sich die Anerkennung der von einem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften tn einem der Mitgliedstaaten abgeschlossenen Weiterbitdung, die noch nicht zu einem Befähigungsnechweis gemäß Absatz 1, Satz 1 geführt hat und die Anrechnung dort ebgeleisteter Weiterbildungszeiten nach § 15 Absatz 2.

(3) Eine Weiterbildung eußerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin oder eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften kenn ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht und eine Weiterbildung von mindestens zwölf Monaten In einem engestrebten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich in der Bundesrepublik Deutschland ebgeleistet wurde. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, wenn sie von einem Arzt ebgeleistet wurde, der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist.

(4) Im Fatle der Anerkennung ist die Bezeichnung in deutscher Sprache zu führen.

§ 17
Rücknahme von Bezeichnungen

(1) Die Anerkennung einer Bezeichnung kann zurückgenommen werden, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Vor der Entscheidung der Kammer über die Rücknahme ist der Arzt zu hören.

(2) In dem Rücknahmebescheid kann auch festgelegt werden, welche Anforderungen zu stellen sind, ehe der betroffene Arzt einen erneuten Antrag auf Anerkennung stellen kann. Für den Rücknahmebescheid findet im übrigen § 13 Absetz 3 und 4 entsprechend Anwendung.

§ 18
Pflichten der Ärzte

(1) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in diesem Gebiet, wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, darf im wesentlichen nur in diesem Teilgebiet tätig werden.

(2) Untersuchungsprogramme zur Vorsorge oder zur Früherkennung von Krenkheiten, die in verschiedene Gebiete fallen, dürfen diejenigen Ärzte durchführen, zu deren Gebieten wesentliche Teile des Programms gehören. Die Kammer stellt für die einzelnen Untersuchungsprogramme fest, bei welchen Gebieten die Voreussetzungen nach Satz 1 gegeben sind.

§ 19
Übergangs- und Schlußbestimmungen

(1) Die bisher eusgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß die in der Weiterbildungsordnung bestimmten entsprechenden Bezeichnungen zu führen sind. Die Umstellung der Bezeichnung ist innerhalb einer Frist von drei Jahren vorzunehmen. Ärzte, die sich bei Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung befinden, können die Weiterbildung in diesem Gebiet oder Teilgebiet nach den bisher geltenden Bestimmungen abschließen; sie erhalten eine Bezeichnung nach dieser Weiterbildungsordnung.

(2) Wer auf Grund der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 berechtigt gewesen ist, eine in dieser Weiterbildungsordnung nicht enthaltene Bezeichnung zu führen, behält die Berechtigung euch nach Inkrefttreten dieser Weiterbildungsordnung mit der Meßgabe, daß spätestens nach Ablauf einer Frist von drei Jahren die Bezeichnung auf die in § 4 festgelegten Bezeichnungsarten (Arzt für . . . oder entsprechende Kurzform) umgestellt werden muß.

(3) Wer bei tnkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in einem der Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche tätig ist, für die in dieser Weiterbildungsordnung eine Bezeichnung neu eingeführt worden ist, kann auf Antrag die Genehmigung zum Führen dieser Bezeichnung erhalten, sofern er mindestens die gleiche Zeit regelmäßig in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig war, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht. Abweichendes ist in der Anlage zur Weiterbildung für einzelne Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche bestimmt.

Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebene Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich zu erbringen.

Ein solcher Antreg kann nur innerhalb von zwei Jahren nach tnkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden.

(4) Weiterbildungszeiten vor Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung können in neu eingeführten Gebieten, Teilgebieten und Bereichen auch dann angerechnet werden, wenn der weiterbildende Arzt nicht gemäß § 5 ermächtigt war, die Weiterbildung aber nach ihrem Inhalt den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung entspricht.

§ 20
Inkrafttreten

Die Weiterbildungsordnung tritt mit Ablauf des Monats in Kraft, in dem sie im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht wird.

Gleichzeitig tritt die Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1971 („Bayerisches Ärzteblatt" 1970, S. 989) außer Kraft.

München, den 9. Oktober 1977

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Mit der Veröffentlichung in der Sondernummer des „Bayerischen Ärzteblattes" im Dezember 1977 tritt die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns mit Anlage am 1. Januar 1978 in Kraft.

Anlage zur Weiterbildungsordnung

I. Gebiete und Teilgebiete

1. Allgemeinmedizin

Definition:

Die Allgemeinmedizin umfaßt den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und -behandlung sowie die Gesundheitsführung der Patienten, unabhängig vom Alter, Geschlecht und der Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen daher in der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen, in der Vorsorge und in der Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Krankheiten, in der Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, in der ärztlichen Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und in der Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon

1½ Jahre Innere Medizin, angerechnet werden können 6 Monate Kinderheilkunde;

1 Jahr Chirurgie, angerechnet werden können bis zu 6 Monaten Weiterbildung in Frauenheilkunde;

3 Monate in einer Allgemeinpraxis;

1 Jahr 3 Monate in Allgemeinmedizin oder in einem anderen Gebiet nach freier Wahl, wobei auch Tätigkeitsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der allgemeinärztlichen Beratung, Diagnostik und Therapie, der Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, der frühzeitigen Erkennung kompliziarter Krankheitsverläufe, der Behandlung von Notfällen, der Integration medizinischer sozialer und psychischer Hilfen einschließlich der Rehabilitation.

2. Anästhesiologie

Definition:

Die Anästhesiologie umfaßt die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe, die Wiederbelebung und die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Chirurgie, Innerer Medizin, Pharmakologie, Physiologie, Lungenfunktionsdiagnostik oder Blutgruppenserologie.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung von Narkosen unter Berücksichtigung sämtlicher einschlägigen Verfahren bei Eingriffen aller operativen Gebiete, der Lokal- und Leitungsanästhesie, den Maßnahmen zur Wiederbelebung und Schockbehandlung, der Dauerbeatmung mit maschinellen Respiratoren sowie der Transfusions- und Infusionstherapie einschließlich der medizinischen und theoretischen Grundlagen.

3. Arbeitsmedizin

Definition:

Die Arbeitsmedizin umfaßt die Wechselbeziehungen zwischen Arbeit, Beruf und Gesundheit. Dazu gehört insbesondere die Verhütung von Unfällen sowie die Vorbeugung und Erkennung von Erkrankungen, die durch das Arbeitsgeschehen verursacht werden können, und die Mitwirkung bei der Einleitung der sich aus solchen Unfällen und Erkrankungen ergebenden medizinischen Rehabilitation sowie bei der Durchführung berufsfördernder Rehabilitation.

Weiterbildungszeit:

4 Jehre

davon 2 Jahre Innere Medizin.

Angerechnet werden können bis zu einem Jahr Weiterbildung entweder in Allgemeinmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie oder Unfallchirurgie, oder innerhalb dieses Jahres bis zu sechs Monaten Weiterbildung entweder in Leboratoriumsmedizin, Physiologie oder Toxikologie, und 2 Jehre prektische Tätigkeit in der „Arbeitsmedizin".

In dieser Zeit ist ein dreimonetiger theoretischer Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden derf, zu absolvieren.

Abweichend von § 19 Absatz 3 gilt folgende Übergengsbestimmung:

Ein Arzt, der zum Zeitpunkt des Inkrefttretens dieser Weiterbildungsordnung als Betriebserzt, els Gewerbearzt, els Arzt in einem arbeitsmedizinischen Hochschulinstitut, im ärztlichen Dienst der Bundesanstalt für Arbeit oder einer vergleichbaren Einrichtung mindestens vier Jahre hauptberuflich oder in besonders verentwortlicher arbeitsmedizinischer Stellung tätig ist und die Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin" besitzt, erhält euf Antreg die Berechtigung, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" zu führen. Hat er die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin" euf Grund der in der Anlage zur bisherigen Berufsordnung entheltenen Übergangsregelung erhalten, muß er diese Zusetzbezeichnung bei Inkratttreten dieser Weiterbildungsordnung mindestens zwei Jehre besitzen.

Inhelt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfehrungen in den Grundlagen der Arbeitsmedizin einschließlich der Arbeitsphysiologie, der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Diegnostik, der Arbeitspsychologie und der Arbeitspathologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Sozialversicherungsmedizin, in der Arbeits- und Betriebssoziologie und in der Rehebilitation.

4. Augenheilkunde

Definition:

Die Augenheilkunde umfaßt die Erkennung, Behendlung, Prävention und Rehebilitation der enetomischen und funktionellen Verénderungen des Auges und seiner Adnexe.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenhaus oder einer zugelassenen Krenkenheusebteilung.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der eugenérztlichen Diegnostik und Differentialdiagnostik, in der konservetiven und operetiven Therapie des Gebietes, einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen ophthalmologischen Operationen, der Pleoptik und Orthoptik.

5. Chirurgie

Definition:

Die Chirurgie umfeßt die Erkennung, operative Behandlung von chirurgischen Erkrenkungen, Verletzungen und Fehlbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservetiven Behendlungsverfehren und ihre Nachsorge.

Weiterbildungszeit:

6 Jehre

davon mindestens 5 Jahre im Stationsdienst en einer Universitätsklinik, einem zugelessenen Krankenheus oder einer zugelassenen Krenkenheusabteilung.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anetomie, Anésthesiologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologie oder Urologie. Die Anrechnungsfähigkeit entfélit, wenn insgesemt 2 oder mehr Jehre der Weiterbildung in einem Teilgebiet der Chirurgie ebgeleistet werden.

Die Weiterbildung het sich euch euf die fechgebundene Röntgendiegnostik einschließlich des Strehlenschutzes zu erstrecken.

Die Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder müssen einmel gewechselt werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in den Teilgebieten Nr. 5.1 bis 5.5 von insgesemt nicht mehr els 3 Jahren engerechnet.

Inhelt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der allgemeinen Diegnostik und Differentieldiagnostik, vor allem den instrumentellen Untersuchungsverfehren, der Indikationsstellung sowie der operetiven und konservativen Behandlung chirurgischer Erkrenkungen und Verletzungen einschließlich der selbständigen Durchführung eller üblichen Operationen, in der Röntgendiagnostik des Stütz- und Bewegungssystems, der röntgenologischen Notfalldiegnostik, der Schädel-, Brust- und Beuchhöhle sowie in der intraoperativen Röntgendiegnostik und Fremdkörpersuche, in den Verfehren der Wiederbelebung und Schocktherepie sowie der Leitungs- und Lokelenästhesie.

5.1 Teilgebiet Gefäßchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jehre

davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistet werden.

Für Anträge nech § 19 Absatz 3 ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

Inhelt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen der diagnostischen, hyperämisierenden, resezierenden und rekonstruierenden Eingriffe am Gefäßsystem, Technik und Auswertung der Arterio-, Phlebo- und Lymphographie.

5.2 Teilgebiet Kinderchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

devon mindestens 1½ Jehre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kenn im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie ebgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der neonatalen Chirurgie, der Chirurgie engeborener Mißbildungen, der Entfernung von Tumoren und der Traumetologie im Kindesaller.

5.3 Teilgebiet Plastische Chirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1½ Jehre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kenn im Rehmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistel werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

Inheit der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in konstruktiven, rekonstrukliven und anaplastischen operativen Eingriffen, die die sichtbare Form oder die sichtbare Funktion wiederherstellen oder verbessern.

5.4 Teilgebiet Thorax- und Kardiovaskularchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindeslens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weilerbildung in der Chirurgie abgeleistel werden.

Für Anlräge nach § 19 Absatz 3 isl eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Teilgebiel nachzuweisen.

Inhelt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der operetiven Behandlung von Erkrankungen, Mißbildungen und Verletzungen der Brustwand, der Lunge, des Mediestinums, des Herzens einschließlich seines Gefäßsystems.

5.5 Teilgebiet Unfallchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindeslens 1½ Jahre im Stationsdiensl.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistel werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfehrungen in der konservativen und operetiven Behandlung von Verletzungen und ihrer Folgezustände, Insbesondere des Stütz- und Bewegungssyslems.

6. Dermatologie und Venerologie

Definition:

Die Dermatologie und Venerologie umfaßl die Erkennung, Behandlung, Prēvention und Rehabilitation von Erkrankungen der Haut einschließlich der Unterheut, der hautnahen Schleimhäute und der Haulenhangsgebilde, der Geschlechtskrankheiten und der nichl venerischen Erkrenkungen der äußeren Geschlechtsorgane, der chronisch-venösen Insuffizienz und des analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jehre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindeslens 2½ Jahre im Slalionsdiensl, bis zu 6 Monaten können in dem Gebiet der Strahlenbehandlung von Heutkrankheiten abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diegnostik, Differentieldiagnostik und Therapie der Erkrankungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, der sichtbaren Schleimhäute, des varikösen und enalen Symptomenkomplexes, der Andrologie und Sexualslörungen, der Geschlechtskrankheiten und nicht venerischen Erkrenkungen der äußeren Geschlechtsorgane, der gebielsbezogenen Laboratoriumsdiagnoslik, den Methoden zur Erkennung von Allergien und peripheren Durchblutungsstörungen, der Indikationsstellung und Durchführung der Heulchirurgie und Kryotherapie, der dermatologischen Slrahlenbehandlung einschließlich der Anwendung ionisierender Strahlen.

7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Definition:

Die Frauenheilkunde und Geburlshilfe umfaßt die Erkennung, Verhütung, konservalive und operative Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und von krenkhaften Zusländen und Komplikationen in der Schwangerschaft sowie die Vorbereitung, Leitung und Nachbehandlung normaler und pethologischer Geburten einschließlich der Vornahme geburtshilflicher Operationen.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre

davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Abzuleisten sind:

Mindestens 2 Jahre in der Frauenheilkunde und

mindeslens 2 Jahre in der Geburtshilfe.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Chirurgie, Kinderheilkunde, Pethologie oder Urologie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnoslik und Therepie mit radioaktiven Stoffen einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik gynäkologischer Erkrenkungen, der konservativen und opereliven Behandlung einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen gynäkologischen Operationen sowie der fachgebundenen Rönlgendiagnostik, der Diegnoslik und Differentialdiagnostik von Schwangerschaft und Schwangerschaftserkrankungen, der Leitung von normalen und regelwidrigen Geburten, der üblichen geburtshilflichen Operationen, der Wiederbelebungsmethoden des Neugeborenen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den üblichen Narkose- und Anästhesieverfahren, der Schockbehendlung und Wiederbelebung, den zytologischen Untersuchungsverfahren sowie der Indikationsstellung zur gynäkologischen Strahlenbehandlung.

8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Definition:

Die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative und operetive Behandlung, die Prävention und Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Fehlbildungen und Formveränderungen des äußeren, mittleren und inneren Ohres, des inneren Gehörganges sowie der hierzu führenden und daraus folgenden Erkrankungen,

der inneren und äußeren Nase und des pneumatischen und stützenden Systems sowie der Weichteile des Gesichtsschädels (der Nasennebenhöhlen, ihrer knöchernen Wandungen und des Jochbeins) sowie der Schädelbasis,

des Epi- und Mesopharynx einschließlich der Tonsillen, der Zunge und des Zungengrundes, des Mundbodens, der Glandula submandibularis und der Lippen, des Halses, des Hypopharynx und Larynx einschließlich der Halsabschnitte von Trachea und Ösophagus,

des Lymphabflußgebietes des Kopfes und Halses,

der Glendula parotis und des Nervus facialis innerhalb und außerhalb der Schädelbasis sowie der übrigen Hirnnerven im Bereich des Halses und des Kopfes außerhalb der Schädelbasis,

der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen und des Geruch- und Geschmacksinnes, einschließlich der Audiologie sowie der wiederherstellenden und plastischen Operationen des Hals-Nasen-Ohrenbereiches,

die Endoskopie und endoskopische Therapie der tieferen Luft- und Speisewege und der Mediastinoskopie, die Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausebteilung.

Die Weiterbildung hat sich euch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik sowie der konservetiven und operativen Therapie der HNO-Erkrankungen einschließlich der verschiedenen Untersuchungsmethoden und der selbständigen Durchführung der üblichen Operetionen, der fachgebundenen Röntgendiagnostik und der Anpassung von Hörgeräten.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie, den üblichen Narkoseverfahren, der Schockbehandlung und Wiederbelebung.

9. Innere Medizin

Definition:

Die Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrenkungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der Intensivmedizin, der Prophylaxe und Rehabilitation.

Weiterbildungszeit:

6 Jahre

davon mindestens 5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

In dieser Zeit sollen 6 Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin enthalten und angemessene Gelegenheit zum Erwerb der notwendigen Laborkenntnisse gegeben sein.

Die Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder müssen einmal gewechselt werden.

1 Jahr Weiterbildung ist in dem Gebiet der internen Röntgendiagnostik abzuleisten; diese einjährige ganztägige Weiterbildung kenn durch eine entsprechende Teilnahme en der internen Röntgendiagnostik während der gesamten internen Weiterbildungszeit ersetzt werden.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Dermatologie, Immunologie, Kinderheilkunde, Medizinische Chemie, Mikrobiologie, Nervenheilkunde, Nuklearmedizin, Pharmakologie und Toxikologie, Pathologie oder Physiologie; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in den Teilgebieten Nr. 9.1 bis 9.6 von insgesamt nicht mehr als 2 Jahren angerechnet.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptometologie, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie interner Erkrenkungen, der einschlägigen Laboratoriumsdiagnostik und der internen Röntgendiagnostik.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Diagnostik mit radioaktiven Substanzen, der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Nervensystems, der Psychosomatik und Humangenetik.

9.1 Teilgebiet Endokrinologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therepie endokriner Erkrenkungen und Stoffwechselleiden einschließlich der Intensivtherapie und der endokrinologischen Funktionsteste.

9.2 Teilgebiet Gastroenterologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich der Röntgendiagnostik und der Endoskopie.

9.3 Teilgebiet Hämatologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

devon 1½ Jahre im Stationsdienst und ½ Jahr im hämatologischen Laboratorium.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Physiologie und Pathophysiologie der Blutbildung, des Blutabbaues, der Blutgerinnung und der Fibrinolyse, der Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der blutbildenden Organe, der zirkulierenden Blutzellen, der Bluteiweißkörper, der Lymphe und der Gerinnung.

9.4 Teilgebiet Kardiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rehmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und konservativen Therapie der Herz- und Kreislauferkrankungen einschließlich der kerdiologischen Röntgendiagnostik sowie in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen.

9.5 Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kenn im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pethophysiologie, Symptometologie, Diegnostik und Therepie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediestinums und der Pleure einschließlich der Indiketionsstellung zur operativen und Strahlenbehendlung.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Endoskopie, der Biopsie und der Lungenszintigraphie.

9.6 Teilgebiet Nephrologie

Weiterbildungszeit:

2 Jehre

davon mindestens 1 Jahr im Stetionsdienst und 6 Monete Dielysetätigkeit.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kenn im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfehrungen in Ätiologie, Pethogenese, Pathophysiologie, Symptometologie, Diegnostik und Therepie der Nierenkrenkheiten einschließlich der Röntgendiagnostik und der Indiketionsstellung urologischer und gefäßchirurgischer Eingrilfe sowie der Nierentrensplantetion.

10. Kinderheilkunde

Definition:

Die Kinderheilkunde umfaßt die Erkennung und Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen des Kindes von der Geburt bis zum Abschluß seiner sometischen Entwicklung einschließlich Prävention, Schutzimpfungen, pädietrische Intensivmedizin, Rehebilitation und Fürsorge im Kindesalter.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre

devon 4 Jahre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausebteilung,

davon mindestens 3½ Jehre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie, Chirurgie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Humengenetik, Immunologie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinischer Chemie, Mikrobiologie, Orthopädie, Pharmakologie, Pethologie, Psychiatrie und Neurologie, Physiologie oder Radiologie.

Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre im Teilgebiet Kinderkardiologie absolviert werden.

Aul die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in dem Teilgebiet Nr. 10.1 von nicht mehr als 2 Jehren angerechnet.

Die Weiterbildung hat sich euch aul die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfehrungen in der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes, der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therepie der engeborenen und im Kindesalter euftretenden Störungen und Erkrenkungen, der Behendlung von Früh- und Neugeborenen sowie in der fachgebundenen Röntgendiagnostik.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen diagnostischen Verfehren wie Elektroenzephelographie und Echoenzephalographie.

10.1 Teilgebiet Kinderkardiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jehre

davon mindestens 1½ Jahre im Stetionsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kenn im Rahmen der Weiterbildung in der Kinderheilkunde ebgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und konservativen Therapie der funktionellen und organisch bedingten Störungen des Herzens und des Kreislaufs, insbesondere der angeborenen Anomalien und entzündlichen Erkrenkungen des Herzens und der großen Gefäße einschließlich der kardiologischen Röntgendiagnostik und der Indiketionsstellung zu operativen Eingriffen.

11. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Definition:

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitetion bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrenkungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendelter.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krenkenhausabteilung,

devon

1 Jahr Kinderheilkunde,

1 Jehr Psychiatrie und Neurologie,

2 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie,

mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Das letzte Jahr der Weiterbildung soll in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfehrungen in der Diagnostik, Differentialdiagnostik, den theoretischen Grundlegen und der klinischen Praxis psychiatrischer Erkrenkungen des Kindes- und Jugendalters einschließlich neurologischer Untersuchungen, in der Differentieldiagnostik psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder und Störungen, der Phermako- und Sometotherepie psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder, den Psychotherapiemethoden und der Indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

12. Laboratoriumsmedizin

Definition:

Die Laboratoriumsmedizin umfaßt die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körpersäften, ihrer morphologischen Bestandteile sowie von abgeschiedenem und ausgeschiedenem Untersuchungsmateriel zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhefter Zustände sowie der Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprütungen und diagnostischen Eingriffe.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre

devon

1 Jehr Innere Medizin, engerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung in Kinderheilkunde,

4 Jehre im Gebiet der Leboretoriumsmedizin,

davon mindestens

1 Jehr in der medizinischen Mikrobiologie,

1 Jahr in der medizinischen Immunologie,

1 Jahr in der medizinischen Chemie.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erlahrungen in den theoretischen, medizinischen, physikalischen und chemischen Grundlagen des Gebietes, den Routineverfehren der medizinischen Chemie, der medizinischen Physik, der medizinischen Mikrobiologie, der medizinischen Immunologie und Blutgruppenserologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen Untersuchungsmethoden der Laboratoriumsmedizin einschließlich nuktearmedizinischen Laboratoriumsuntersuchungen.

13. Lungen- und Bronchialheilkunde

Definition:

Die Lungen- und Bronchialheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative Behandlung, die Prävention und die Rehebilitation der Erkrenkungen der Lunge und der Bronchien.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenheus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Abzuleisten sind:

1 Jehr Innere Medizin,

3 Jahre Lungen- und Bronchielheilkunde.

Das letzte Jahr der Weiterbildung muß in der „Lungen- und Bronchialheilkunde" abgeleistet werden.

Die Weiterbildung hat sich auch euf die fechgebundene Röntgendiegnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pethophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiegnostik und Therapie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediestinums und der Pleure einschließlich der Röntgendiegnostik, in der Endoskopie und Biopsie der Pleure und der Lunge sowie in der Indikationsstellung zur operativen und Strahlenbehandlung.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Lungenszintigraphie, der Zytologie und der Bakteriologie von Krankheitserregern der Atmungsorgane.

14. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Definition:

Die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie umtaßt die Erkennung, die konservative und chirurgische Behendlung, die Prävention und die Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Fehlbildungen und Formveränderungen, die vom Zahn, vom Zahnhalteapparat, von den Alveolarfortsätzen und vom herten Geumen ausgehen, der beiden Kiefer, einschließlich chirurgischer Kieferorthopädie, des Gaumens, der Lippen, des Naseneingangs, des Oberkiefer- und des

Jochbeins (Reposition und Fixetion), des Unterkiefers einschließlich des Kiefergelenks, der vorderen 2/3 der Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Glandula submendibularis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels, der Glandula parotis, der Lymphknoten, alles im Zusammenhang mit den vorgenannten Erkrankungen, Exhairese des Nervus infraorbitalis, alveolaris, mandibularis und lingualis, die Korrekturen des Mundes und des Mundbodens sowie der Biß- und Kaufunktion, die Eingliederung von Resektionsprothesen und anderer prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel, die wiederherstellende und plastische Chirurgie der vorstehend aufgeführten Bereiche.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon 3 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindestens 2 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Anästhesiologie oder 1 Jahr in Chirurgie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Krankheiten des Gebietes einschließlich der Röntgendiagnostik, der speziellen Anästhesie und der selbständigen Durchführung der üblichen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Indikation und Anwendung chirurgisch-prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel und Maßnahmen, in der Reanimation und Schockbehandlung.

15. Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Definition:

Die Nervenheilkunde umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden); bei psychischen Krankheiten oder Störungen und bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Abzuleisten sind:

mindestens 2 Jahre Neurologie, davon 1 1/2 Jahre im Stationsdienst,

mindestens 2 Jahre Psychiatrie, davon 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können bis zu einem Jahr entweder in Innerer Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie oder Psychotherapie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung abzuleisten.

Die Weiterbildung in der Neurologie hat sich auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie neurologischer Krankheitsbilder und Defektzustände einschließlich der Neuroradiologie, der speziellen Laboratoriumsmethoden, der Elektroenzephalographie, der Echoenzephelographie und der Elektrodiagnostik.

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen, psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten einschließlich der Pharmako- und Somatotherapie, in der Anwendung der allgemeinen Psychotherapie und der Indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

16. Neurochirurgie

Definition:

Die Neurochirurgie umfaßt die Erkennung, operative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems und seiner Hüllen, des peripheren und vegetativen Nervensystems sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und ihre Nachsorge.

Weiterbildungszeit:

6 Jahre

davon 5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Neurologie, neurologischen Grundwissenschaften, Chirurgie oder Orthopädie oder 6 Monate Anästhesiologie, Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Neurologie, Neuroanatomie, Neuropathologie, Neurophysiologie und allgemeinen Psychopathologie, den fachspezifischen Untersuchungsmethoden einschließlich Elektroenzephalographie, Elektromyographie und Isotopendiagnostik, in der Diagnostik und Differentialdiagnostik von intrakraniellen und spinalen Mißbildungen und Erkrankungen, Verletzungen, Tumoren und anderen Erkrankungen der peripheren Nerven, des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Systems und der operativen Diagnostik, in der konservativen und operativen Behandlung neurochirurgischer Erkrankungen und Verletzungen einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Strahlenbiologie, Strahlentherapie und Isotopendiagnostik, in der Neuroophthalmologie, Neurootologie und Neuroorthopädie sowie der speziellen Anästhesie.

17. Neurologie

Definition:

Die Neurologie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei Erkrenkungen des zentrelen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden).

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenheus oder einer zugelassenen Krenkenhausabteilung,

davon

1 Jehr Psychiatrie,

3 Jahre Neurologie, davon 2 Jahre im Stetionsdienst.

Angerechnet werden können auf die Weiterbildung in Neurologie bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie oder Innerer Medizin.

Die Weiterbildung hat sich euch euf die fachgebundene Röntgendiegnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhelt der Welterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlegen, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie neurologischer Krenkheitsbilder und Defektzustände einschließlich der Neuroradiologie, der speziellen Leboretoriumsmethoden, der Elektroenzephalographie, der Echoenzephalogrephie und der Elektrodiegnostik.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen im Gebiet der Psychietrie.

18. Nukiearmedizin

Definition:

Die Nuklearmedizin umfaßt die Anwendung radioektiver Substanzen in der Medizin zur Funktions- und Lokalisationsdiegnostik sowie offener Radionuklide in der Therepie und den Strahlenschutz.

Welterbildungszeit:

4 Jehre

Angerechnet werden können bis zu insgesemt 1 Jahr Weiterbildung entweder in Innerer Medizin, Kinderheilkunde oder Rediologie.

Inhelt der Welterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfehrungen in der Meßtechnik, elektronischen Ausrüstung, Befundanalyse und Datenverarbeitung, Radiochemie und Radiophermakologie, Präparation und Markierung von körpereigenen Substraten, der Diagnostik- und Therepieplanung, Auswahl der Mittel zur Reduktion der Strahlenbelastung, Strahlenschutz des Personels, Strehlenschutzmeßtechnik und Abfallbeseitigung und der Anwendung eller nuklearmedizinischen diagnostischen und therepeutischen Methoden.

19. Öffentliches Gesundheitswesen

Die Anerkennung für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen" wird nach Meßgabe der entsprechenden steetlichen Vorschriften erteilt.

20. Orthopädie

Definition:

Die Orthopädie umfeßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Formverënderungen und Funktionsstörungen, Erkrenkungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane.

Welterbildungszeit:

5 Jahre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Abzuleisten sind:

1 Jahr Chirurgie,

4 Jahre Orthopädie, devon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in Chirurgie ist im ersten oder zweiten Jahr der Weiterbildung ebzuleisten.

Die Weiterbildung hat sich euch euf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhelt der Welterbildung:

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der kleinen und mittleren Chirurgie, insbesondere der Unfallchirurgie, der Anästhesie, Wiederbelebung und Schockbehandlung.

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diegnostik und Therepie orthopädischer Krenkheiten und ihrer Verlaufsformen, der Statik und Kinetik des Stütz- und Bewegungssystems einschließlich spezieller Untersuchungsverfehren und der Röntgendiagnostik, den konservetiven Behendlungsmethoden, der physikalischen Therapie, der technischen Orthopädie und der selbständigen Durchführung der üblichen orthopädischen Operetionen.

21. Pathologie

Definition:

Die Pethologie umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und in der Krenkenbehendlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krenkheiten und ihren Ursachen, bei der Überwechung des Krenkheitsverlaufes, bei der Bewertung therepeutischer Meßnehmen durch die Beurteilung übersandten morphologischen Untersuchungsguts oder durch Obduktion auch bei versicherungsmedizinischen Zusammenhangsfragen.

Welterbildungszeit:

5 Jahre, davon 4 Jehre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenheus oder einer zugelassenen Krankenheusebteilung.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Welterbildung entweder in Anatomie oder Rechtsmedizin, oder bis zu 6 Moneten entweder in Chirurgie, Frauenheilkunde, Innerer Medizin, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde.

Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre im Teilgebiet „Neuropethologie" ebsolviert werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in dem Teilgebiet Nr. 21.1 von nicht mehr els 2 Jahren angerechnet.

Inhelt der Welterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Obduktionstätigkeit, in der Herrichtung und diegnostischen Auswertung histologischer und zytologischer Präperete.

21.1 Teilgebiet Neuropathologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rehmen der Weiterbildung in der Pathologie abgeleistet werden.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der neuropathologischen Diagnostik einschließlich der Herrichtung und Auswertung histologischer und zytologischer Prëperete.

22. Pharmakologie

Detinition:

Die Pharmakologie umfaßt die Erforschung von Arzneimittelwirkungen und von Vergiftungen im Tierexperiment und em Menschen einschließlich der Untersuchungen von Resorption, Verteilung, chemischen Veränderungen im Organismus und Elimination, die Miterbeit bei der Entwicklung und Anwendung neuer Pharmaka sowie bei der Bewertung ihres therepeutischen Nutzens, die Beratung von Ärzten in der Arzneitherepie und bei Vergiftungsfällen, die Stellungnahme zu pharmakologischen und toxikologischen Fragen.

Wetterbildungszeit:

5 Jahre

davon 4 Jehre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Abzuleisten sind:

4 Jahre in dem Gebiet der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie; engerechnet werden können bis zu 1 Jahr die wissenschettliche Tätigkeit in entweder Physiologie, Biochemie, Biophysik, Mikrobiologie, Pathologie, Chemie (einschließlich pharmazeutischer Chemie), Physikalische Chemie oder Physik.

1 Jahr klinisch-pharmakologische Forschung.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der tierexperimentellen Forschung zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln und Giften, der experimentellen Erzeugung von Krankheitszuständen beim Tier zur Wirkungsanalyse von Pharmaka, den biologischen Test- und Standardisierungsverfahren, den gebräuchlichen Untersuchungsverfahren und Meßmethoden der Phermakologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Züchtung, Haltung und Ernährung von Laboratoriumstieren und der Isotopendiegnostik.

23. Psychiatrie

Detinition:

Die Psychiatrie umtaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen Krankheiten oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltenseuffälligkeiten.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre en einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder an einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

1 Jahr Neurologie,

3 Jahre Psychiatrie, davon 2 Jehre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können auf die Weiterbildung in Psychietrie bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Psychotherepie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder 6 Monate in Neuropathologie oder Neurophysiologie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem psychiatrischen Landeskrenkenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung ebzuleisten.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen, psychischer und sozialer Verhaltensauttälligkeiten einschließlich der Pharmako- und Somatotherapie, in der Anwendung der ellgemeinen Psychotherapie und der Indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen im Gebiet der Neurologie.

24. Radiologie

Detinition:

Die Radiologie umfaßt die Erkennung und Behandlung von Erkrankungen mittels ionisierender Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen sowie den Strahlenschutz.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre, davon 4 Jahre en Hochschulkliniken, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

2½ Jahre allgemeine Röntgendiagnostik,

1½ Jahre Strahlentherapie,

1 Jahr entweder in ellgemeiner Röntgendiagnostik oder Strahlentherapie.

Auf den strahlentherepeutischen Weiterbildungsabschnitt können 6 Monate Weiterbildung entweder in Nuklearmedizin oder einem der klinischen Gebiete angerechnet werden.

Inhalt der Wetterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiegnostik einschließlich röntgendiagnostischer Spezialverfahren und in der Strahlentherapie (Oberflächen-, Nachbestrahlungs-, Tieten- einschließlich Megavolttherapie) sowie im Strahlenschutz.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Anwendung von Radionuktiden.

24.1 Teilgebiet Strahlentherapie

Die Strahlentherapie umteßt die Behandlung von Erkrankungen mit ionisierenden Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen mit Schwerpunkt in der Onkologie.

Der Inhalt der Weiterbildung erstreckt sich eut die Vermittlung und den Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Teilgebiet.

Wetterbildungszeit:

2½ Jahre

Aut diese Zeit kenn eine Weiterbildung in der Nuklearmedizin oder einem der klinischen Gebiete nicht angerechnet werden.

Die Weiterbildung in dem Teitgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Radiologie abgeleistet werden.

25. Rechtsmedizin

Definition:

Die Rechtsmedizin umtaßt die Anwendung und Beurteilung medizinischer und medizinisch-naturwissenschattlicher Kenntnisse für die Rechtspflege.

Wetterbildungszeit:

5 Jahre

davon

1/2 Jahr Psychiatrie,

1 Jahr Pathologie,

3 1/2 Jahre in einem Institut für Rechtsmedizin; angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in klinischer, theoretisch-medizinischer, allgemeinärztlicher Tätigkeit oder Tätigkeit im ötfentlichen Gesundheitsdienst.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der gerichtsärztlichen Tätigkeit einschließlich der gerichtsärztlichen Sektionstechnik und der Erstattung von schrittlichen und mündlichen Gutachten über Keusalzusammenhänge im Rahmen der Todesermittlung sowie zu torensisch psychopathologischen Fragestellungen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Asservierung von Spuren, der Beurteilung von Verletzungen bei Lebenden und Toten, der Beurteilung von tntoxikationen, der Rechtsstellung des Arztes und der rechtlichen Konsequenzen ärztlichen Hendelns, der torensischen Serologie, der gerichtsmedizinischen Spurenkunde und der Versicherungsmedizin.

26. Urologie

Definition:

Die Urologie umtaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der urologischen Erkrankungen, der Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane, einschließlich der Uro-Tuberkulose und der Andrologie.

Wetterbildungszeit:

5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krenkenhaus oder einer zugelassenen Krankenheusabteilung,

davon

1 Jahr Chirurgie und

4 Jahre Urologie im Stationsdienst.

Die Weiterbildung In Chirurgie Ist im ersten oder zweiten Jahr der Weiterbildung abzuleisten.

Die Weiterbildung hat sich auch aut die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließiich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der allgemeinen Chirurgie, insbesondere der Chirurgie der Bauchorgane, der Anästhesie, Wiederbelebung und Schockbehandlung.

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der urologischen Anatomie, Physiologie, Pathologie und Phermakologie, der Diegnostik und Therapie der urologischen Erkrankungen einschließlich der urologischen Röntgendiagnostik, der Indikationsstellung und selbständigen Durchtührung der üblichen urologischen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Indikationsstellung und Durchführung der urologischen Isotopendiagnostik.

II. Bereiche

Für das Führen der nachstehend eutgetührten Zusatzbezeichnungen sind tolgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Bereich und Zusatzbezeichnung Allergologie

Einjährige Tetigkeit en einer allergologischen Abteilung oder bei einem ermächtigten Arzt.

Bis zu 6 Monaten kann die Tetigkeit an einem Institut für Immunologie angerechnet werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 Ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Bereich nachzuweisen.

2. Bereich Batneologie und medizinische Klimetologie

Zusatzbezeichnung:

Bedearzt oder Kurarzt

1. Teilnahme en einem eintührenden allgemeinen Kurs tür physikatische Medizin, Balneologie und Klimatologie von 3 Wochen Dauer und einem weiteren Kurs von 3 Wochen Dauer an einem Krankenhaus, einer Kurklinik oder einem Institut, welche geeignet sind, Kenntnisse über die Anwendung der physikalischen Medizin und der Balneologie zu vermitteln.
2. Mindestens einjehrige überwiegend balneologische Tätigkeit in dem emttich anerkennten Badeort oder Kurort, In dem der Arzt die Bezeichnung „Badeerzt" oder „Kurarzt" führen will.

Tätigkeiten in einem Heilbad mit gleicher oder ehnlicher Indikation können auf die vorgenennte Zeit angerechnet werden.

Die Bezeichnung „Badearzt" oder „Kurarzt" derf nur getührt werden, wenn der Arzt in einem amtlich anerkannten Bade- oder Kurort als Bade- oder Kurarzt tätig ist.

3. Bereich und Zusetzbezeichnung Betriebsmedizin

1. Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der In höchstens drei Abschnitte geteilt werden derf.
2. Zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin.
3. Neun Monate praktische Tätigkeit in der Arbeitsmedizin bei einem ermächtigten Arzt.

Bei denjenigen Ärzten, die einen Qualitikationsnachweis eut der Grundlage des § 3 Absatz 2 Nr. 2 der UVV „Betriebsärzte" erworben haben bzw. die eine Bescheinigung nach § 3 Absatz 3 Nr. 3 vorweisen, gilt diese Voraussetzung als erfüllt, wenn sie eine mindestens zweijährige durchgehende regelmäßige Tätigkeit els Betriebsarzt in einem geeigneten Betrieb oder eine gleichwertige Tätigkeit (z. B. ats Gewerbeerzt) nachweisen.

Die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" darf vom Arzt nur an der Stätte seiner erbeitsmedizinischen Tätigkeit geführt werden.

4. Bereich und Zusatzbazeichnung Chirotherepie

1. Teilnahme en einem Einführungskurs von mindestens zwölf Stunden Dauer über theoretische Grundlegen und Untersuchungsmathoden menueller Befunderhebung an der Wirbelsäule und Extremitätengelenken.
2. Teilnahme en einem einwöchigen klinischen Kurs bei einem hierzu ermächtigten Arzt in einer orthopädischen Abteilung. Diese Voraussetzung gilt bei Nechweis einer mindestens helbjährigen Weiterbildung in Orthopädie els erfüllt.
3. Teilnehme en einer Weiterbildung von 60 Stunden über Untersuchungstechniken, Mobilisationen und Manipulationen en den Extremitätengelenken.
4. Teilnahme en drei Kursen von je 60 Stunden oder 6 Kursen von je 30 Stunden über Untersuchungsmethoden, Weichteiltechniken, Mobilisationen, gezielten Manipulationen und Übungsbehandlungen an ellen Wirbelgelenken sowie der Röntgenologie unter chirotherapeutischen Gesichtspunkten.

Die Kurse zu Ziffer 3 und 4 sollen in Abständen von mindestens drei Monaten absolviert werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Bereich nachzuweisen.

5. Bereich und Zusatzbezeichnung Homöopathie

1. a) Eine theoretische oder praktische Beschäftigung mit dem homöopethischen Heilverfahren während der Dauer von mindestens 1½ Jahren unter Anleitung eines enerkannten homöopathischen Arztes

   oder

   b) eine halbjährige Assistenzarzttätigkeit en einem Krankenhaus mit enerkannter homöopathischer Leitung.
2. Die Teilnahme en drei enerkannten Fortbildungskursen oder wehlweise an einem enerkannten vierteljährigen Lehrgeng in der homöopathischen Therapie.

6. Bereich und Zusetzbezeichnung Medizinische Genetik

1. Zweijährige Weiterbildung in dem Bereich der klinischen Genetik und genetischen Beratung en einem Institut für Humangenetik einer Universität bei einem ermächtigten Arzt.
2. Nechweis der selbständigen Durchführung der genetischen Beratung in mindestens 30 Fällen.

Für Anträge nach § 19 Absetz 3 ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Bereich nechzuweisen.

7. Bereich und Zusetzbezeichnung Medizinische Informetik

Grundkenntnisse in der Biomethematik und der engewandten Informatik,

1½Jehre Weiterbildung in Informatik.

Dabei sind Kenntnisse in der Medizinischen Datenvererbeitung (Datenertassung, Datenspeicherung, Datenpräsentation, Dialogsysteme, Biosignalvererbeitung und problemorientierte Spreche) zu erwerben.

6 Monate Weiterbildung im praktischen Einsetz fachbezogen auf ein Gebiet.

8. Bereich und Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren

1. Teilnahme an drei Kursen über naturgemäße Heilwaisen von je einer Woche Deuer.
2. Zwei Monete ärztliche Tätigkeit in anarkannten Krenkenhäusern oder Sanatorien für naturgemäße Heilweise, in anerkannten Instituten für Kneippsche Heilweise oder bei Ärzten, die die Voraussetzung zum Führen des Zusatzes „Naturheilverfahren" und entsprechende Einrichtungen besitzen. Die zweimonatige Tätigkeit kann euch in Abschnitten durchgeführt werden.

Diese Voreussetzungen für das Führen der Zusetzbezeichnung „Naturheilverfahren" sind euch erfüllt, wenn der Arzt eine mindastens halbjährige Tätigkeit en einer der unter Nr. 2 genannten Einrichtungen nachweist.

9. Bereich und Zusetzbezeichnung Physikelische Therapie

1. e) Zwei Jehre Weiterbildung bei einem hierzu ermächtigten Arzt. Die Weiterbildung hat sich auch euf Aufgeben der medizinischen Rehabilitetion zu erstrecken.
   b) Die im Rahmen der Weiterbildung für das Gebiet des Arztes nachgewiesene Tätigkeit in physikelischer Therapie kann bei Internisten und bei Orthopäden bis zu 1½ Jehren, bei Chirurgen bis zu 1 Jehr angerechnet werden.
   c) Teilnahme en einem Kurs über die Grundlegen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation.
2. Das Recht zum Führen dieser Zusetzbezeichnung ist davon ebhängig, daß in mindestens sechs der nachstehenden Therepieformen eusreichende Behandlungsmöglichkeiten mit entsprechender räumlicher und epparativer Ausstettung sowie qualifizierter personeller Besetzung vorhanden sind und die Behandlungen vom Arzt ständig überwacht werden:
   a) Krenkengymnestik und Bewegungstherepie
   b) Massage
   c) Extensionsbehandlung
   d) Wärme- oder Kältebehandlung
   e) Elektrotherapie, Ultraschallbehandlung
   f) Hydrotherapie, Bäderbehandlung
   g) Lichttherepie
   h) Aerosoltherapie
   i) Klima- oder Überdruckbehandlung

Bei der Auswehl der erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten sollen die gebietsspezifischen Erfordernisse des Arztes berücksichtigt werden, ebenso eventuelle ortsgebundene Therapiemöglichkeiten an Kurorten und Heilbädern.

10. Bereich und Zusetzbezeichnung Plestische Operetionen

2 Jahre Weiterbildung in plastisch-chirurgischen Eingriffen des jeweiligen Gebietes bei einem ermächtigten Arzt.

Für Anträge nech § 19 Absetz 3 ist eine mindestens dreijälrige Tätigkeit im Bereich nechzuweisen.

11. Bereich und Zusatzbezeichnung Psychotherepie

1. Für Ärzte, soweit sie nicht Internisten, Kinder- und Jugendpsychieter oder Nervenärzte sind:

   3 Jehre Weiterbildung,

   davon 1 Jahr klinische Tätigkeit euf dem Gebiet der Psychiatrie bei einem ermächtigten Arzt, 2 Jehre in dem Bereich der Psychotherepie bei einem ermächtigten Arzt.
2. Für Internisten oder Kinderärzte 2 Jahre Tätigkeit in dem Beraich der Psychotherapie bei einem ermächtigten Arzt unter der Voraussetzung, deß innerhelb des Weiterbildungsganges zum Internisten oder Kinderarzt 1 Jahr

Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie bzw. Kinderpsychiatrie nachgewiesen wird.

3. Für den Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenarzt oder Psychiater 1 Jahr Tätigkeit in dem Bereich der Psychotherapie bei einem ermächtigten Arzt unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsgenges zum Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenarzt oder Psychiater 1 Jahr Tätigkeit in dem Bereich der Psychotherapie oder Psychosomatik nachgewiesen wird.

12. Bereich und Zusatzbezeichnung Sportmedizin

1. Teilnahme an einem Einführungskurs von mindestens vier Wochen Dauer, durch den der Bewerber in Theorie und Praxis mit den Leibesübungen vertraut gemacht wird.
2. Einjährige praktische sportärztliche Tätigkeit an einem sportärztlichen Institut, einer sportärztlichen Abteilung oder in einem Fachverband oder einem Sportverein.
3. Teilnahme an sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens vier Wochen Dauer nach der einjährigen sportärztlichen Tätigkeit, in denen eine Vertiefung der während der praktischen Zeit erworbenen Kenntnisse durchgeführt wird.

13. Bereich und Zusatzbezeichnung Stimm- und Sprachstörungen

1. Eine mindestens halbjährige Weiterbildung in der diagnostischen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bei einem ermächtigten Arzt in einer Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten.
2. Eine halbjährige Weiterbildung bei einem ermächtigten Arzt in einer Abteilung für Stimm- und Sprechstörungen.

14. Bereich und Zusatzbezeichnung Transfusionsmedizin

1. Von Ärzten, die nicht unter 2., 3. und 4. aufgeführt sind: Dreijährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

   Ein Jahr Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann angerechnet werden, sofern es während der jeweiligen Weiterbildung absolviert wurde.
2. Von einem Anästhesisten, Chirurgen, Frauenarzt, Internisten oder Kinderarzt:

   Eine dreijährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

   Eine sechsmonatige Weiterbildung in Blutgruppenserologie kann angerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.
3. Von einem Pharmakologen:

   Dreijährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

   Eine einjährige Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann angerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.
4. Von einem Laborarzt:

   Dreijährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

   Eine zweijährige Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann angerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.

15. Bereich und Zusatzbezeichnung Tropenmedizin

1. Eine mindestens einjährige Tätigkeit an einem Tropenkrankenhaus oder Tropeninstitut unter Leitung eines ermächtigten Arztes, der die Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin" führt.
2. Eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Ambulanz oder auf einer allgemeinen Krankenstation in Ländern, in denen Tropenkrankheiten heimisch sind, unter Anleitung eines erfahrenen Tropenarztes.

Weist der Antragsteller eine mehrjährige praktische tropenärztliche Tätigkeit nach, so kann an Stelle der Tätigkeit nach Nr. 1 die erfolgreiche Absolvierung eines Kurses an einem Tropeninstitut als ausreichend betrachtet werden.

Reichsversicherungsordnung (§§ 368 ff.)

hier: Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)

vom 17. August 1955 (BGBl. S. 513) in der Fassung des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes – KVWG – vom 28. Dezember 1976 (BGBl. S. 3871) und des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes – KVKG – vom 27. Juni 1977 (BGBl. S. 1069)

§ 368 (Kassenärztliche Versorgung, Ziel der Sicherstellung, Bedarfsplanung, Beziehungen zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern)

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen (§ 225 und § 44 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte) wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach den Vorschriften der §§ 368 a bis 368 s. Die Regelung erstreckt sich eut

die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung (§§ 368 a bis 368 c),

die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit (§§ 368 d bis 368 f),

das Vertragswesen und das Schlichtungswesen (§§ 368 g bis 368 l),

die Bildung von Kessenärztlichen Vereinigungen (§§ 368 k bis 368 m),

die Autgeben der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 n),

die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und ihre Autgaben (§§ 368 o bis 368 r),

die besonderen vertraglichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitation (§ 368 s).

Soweit sich die folgenden Vorschritten eut Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) Die kassenerztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören euch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Mutterschaft, die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Versorgung mit Zehnersatz und Zahnkronen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln, Brillen und Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkessen und der Vertreuensärztliche Dienst zur Durchtührung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten tür den Anspruch euf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen. Zur kassenärztlichen Versorgung gehören ferner die Verordnung von Maßnahmen nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e sowie die ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 200 e und 200 f.

(3) Ziel der Sicherstellung der kassenerztiichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die euch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umtaßt, in zumutberer Entternung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschatt und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationelisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden und nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien (§ 368 p Abs. 7) auf Landesebene einen Bedarfsplan zum Zwecke der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung eufzustellen und jeweils der Entwicklung enzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krenkenhausbederfsplanung sind zu beachten. Der Bederfsplan ist in geeigneter Weise zu veröttentlichen.

(5) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustande, kann einer der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 368 o) anrufen.

(6) Die Beziehungen zwischen Kassenzahnärzten und Zehntechnikern mit Ausnahme der Vergütung sowie der Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen regeln sich nach dem bürgerlichen Verfragsrecht. Vorschritten des bürgerlichen Verfragsrechts dürfen nur durch Vereinbarung der in § 368 g Abs. 2 bezeichneten Vertragsparfeien mit den Zahntechnikern abbedungen werden. Innungen oder Innungsverbände können Vereinbarungen nach Satz 2 mit bindender Wirkung für ihre Mitglieder schließen; Nichtmitglieder können diesen Vereinbarungen beitreten.

§ 368 a (Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung, Kassenarztsitz, Arztregister, Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung)

(1) An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und beteiligte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen teil.

(2) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz).

(3) Um die Zulassung kenn sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kessenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antreg nach Ableistung einer Vorbereitungszeit, deren Dauer und Art die Zulassungsordnung bestimmt; die Eintragung berechtigt zur Bewerbung im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(4) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt ordentliches Mitglied der tür seinen Kassenarztsitz zuständigen Kessenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist; die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) sind für ihn verbindlich.

(5) Die Zulassung ruht aut Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit nicht eutnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme eber innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist.

(6) Die Zulassung kenn entzogen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenerzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht autnimmt oder nicht mehr ausübt oder der Kassenarzt seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

(7) Die Zulassung endet mit dem Tode, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzuge des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes.

(8) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chetärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sowie zur Erbringung besonderer ärztlicher Untersuchungs- und Behendlungsmethoden auch andere Krenkenhausērzte, welche nach den berutsrechtlichen Vorschritten zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind, sind vom Zulassungseusschuß auf ihren Antrag hin, längstens tür die Dauer ihrer Tētigkeit an dem Krankenhaus, an der kassenērztlichen Versorgung unmittelbar oder aut Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine eusreichende ērztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Voreussetzungen für die Beteiligung sind die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister und die Erklärung des Krankenheusträgers en den Zulassungsausschuß, daß durch die beantregte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeintrēchtigt wird. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

§ 368 b (Zulassungsbezirk, Zulassungsausschüsse, Berufungsausschuß, Aufsicht)

(1) Zur Beschlußtassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkessen für den Bezirk jeder Kessenärztlichen Vereinigung oder tür Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß tür Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen eus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkessen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse versehen ihr Amt els Ehrenemt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz tührt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt ein Antreg els ebgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kessenärztlichen Vereinigungen getührt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hältte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen. Die Vorschritten der §§ 115 bis 117 geiten entsprechend.

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zuiassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerrut der Beteiligung nach § 368 a Abs. 8 können die am Verfahren beteiligten Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkessen binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung Widerspruch bei dem Berufungsausschuß einlegen; der Widerspruch bewirkt Autschub.

(5) Der Berufungsausschuß kann die Vollziehung seiner Entscheidung enordnen, wenn er sie im öftentlichen Interesse für geboten hält.

(6) Die Kessenärztlichen Vereinigungen und die Lendesverbände der Krankenkassen errichten tür den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berutungsausschuß für Ärzte und einen Berutungsausschuß für Zahnärzte. Nach Bedarf können mehrere Berufungsausschüsse tür den Bezirk einer Kassenērztlichen Vereinigung oder es kann ein gemeinsamer Berufungsausschuß tür die Bezirke mehrerer Kessenärztlicher Vereinigungen errichtet werden. Die Berutungseusschüsse bestehen eus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl als Beisitzer. Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so berutt ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkessen. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 bis 4 und des Absatzes 3 gelten entsprechend. Die Berutungsausschüsse beschließen mit einfecher Stimmenmehrheit.

(7) Das Verfehren vor den Berutungsausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 Sozielgerichtsgesetz.

(8) Die Autsicht über die Führung der Geschätte der Zulassungsausschüsse und der Berutungseusschüsse (Ausschüsse) führen die tür die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange eine Bestellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen nicht erfolgt.

§ 368 c (Zulassungsordnungen)

(1) Die Zulassungsordnungen regeln das Nähere über die Zulassung, die sonstige Teilnehme en der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung und Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesminister tür Arbeit und Sozielordnung nach Beratung mit den Bundesausschüssen (§ 368 o) mit Zustimmung des Bundesrates els Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Autstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langtristige Sicherstellung der kessenērztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beretung in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkessen,

2. die Bildung und Abgrenzung der Zulessungsbezirke,
3. die Führung der Arztregister durch die Kessenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kessenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht eui Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betrotfenen Ärzte und Krenkenkassen,
4. das Verfahren tür die Eintragungen in die Arztregister,
5. die Zahl, die Bestellung und die Abberutung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Steilvertreter, ihre Amtsdauer, Ihre Amtsiührung und die ihnen zu gewährende Erstattung der Bareuslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschéftsführung der Ausschüsse,
7. das Verfahren vor den Ausschüssen entsprechend den Grundsätzen des Vorverfehrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
8. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
9. die Ausschreibung von Kessenarztsitzen,
10. die Voraussetzungen iür die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
11. die Voraussetzungen iür die Beteiligung von Krankenhausärzten hinsichtlich des Nachweises der tachärztlichen Tätigkeit bei Ärzten und der Anerkennung einer vergleichbaren Tätlgkeit bei Zahnérzten, den Umteng und die Dauer der Beteiligung sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen tür die Beteiligung in bestimmten Zeitebständen zu überprüten,
12. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte oder ërztlich geleitete Einrichtungen in besonderen Fällen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme en der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können,
13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam eusüben können,
14. die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ërztlichen Beruis erteilt worden ist, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen nach Artikel 60 des EWG-Vertreges im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden,
15. die Bestimmung von zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.

(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen, in welchem Umtang und tür welche Dauer zur Sicherstellung einer bederfsgerechten ërztlichen Versorgung in solchen Gebieten eines Zulessungsbezirks, in denen eine kassenärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, Beschränkungen der Zulessungen in hiervon nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter Maßnehmen vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnungen der Landesausschüsse gebunden sind und Härtetälie zu berücksichtigen haben.

§ 368 d (Freie Arztwahl)

(1) Es besteht vorbeheltlich der Vorschritten der Absätze 2 und 3 freie Wahl unter den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, den Zehnkliniken, der Krenkenkessen sowie unter den in § 368 n Abs. 7 genannten Einrichtungen. Ärzte, die nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschiossenen Verträgen. Zahl und Umiang der Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer eis einer der nächsterreichbaren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Der Versicherte soli den en der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteijahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den en der kessenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgteit nach den Vorschriiten des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) Absätze 1 bis 4 gelten für ërztlich geleitete Einrichtungen, die en der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend.

§ 368 e (Wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise)

Der Versicherte hat Anspruch eui die ärztliche Versorgung, die zur Heiiung oder Linderung nech den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und eusreichend ist (§ 182 Abs. 2 und § 13 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte). Leistungen, die tür die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschattlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, ein an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Die Sätze 1 und 2 gelten bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krenkheiten und bei ärztlichen Maßnehmen nech den §§ 200 e und 200 f entsprechend.

§ 368 f (Gesamtvergütung, Arzneimittelhöchstbetrag)

(1) Die Krenkenkesse entrichtet nech Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kessenärztliche Versorgung (§ 368) mit beireiender Wirkung eine Gesamtvergütung en die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kessenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen testgesetzt hat. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kessenarztes zugrunde zu legen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zehl der Behendlungställe (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßsteb soli zugleich sicherstellen, deß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kessenarztes verhütet wird.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung tür die beteiligten Krankenkessen vereinbart. Die Gesamtvergütung kenn eis Festbetreg oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzeileistungen, nach einem Kopipauschale, nech einem Failpau-

schale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Dabei können auch Regelungen vorgesehen werden, durch die nur solche Leistungsausweitungen berücksichtigt werden, die medizinisch vertretbar sind.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderung der Gesamtvergütungen. Hierbei haben sie die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkessen, der Praxiskosten und der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen.

(4) Die Bundesverbände der Krenkenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesemtvergütungen abzugeben, es sei denn, die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Diese Empfehlungen solien bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen regionalen Verhältnissen und besonderen Verhältnissen der Kassenerten Rechnung getragen werden kann.

(5) Im Gesamtvertrag kann vereinbart werden, daß die Vergütung ärztlicher Sachleistungen, die nicht von Kassenärzten ausgeführt werden, nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird. Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behendiung, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Für die Vergütung ërztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung nach den Sätzen 1 und 2, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind, beschließen die Bundesausschüsse Richtlinien.

(6) Im Gesemtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krenkenkassen zu verordnendan Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung über den Arzneimittelhöchstbetrag sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitreum den Höchstbetrag nicht nur geringfügig übersteigt, haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erhebiichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezieite Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; ein Ausgleich kann nur im Wege des Einzelregresses ertolgen. Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztiichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die hiertür erforderlichen Unterlegen zur Verfügung zu steilen.

(7) Die Bundesverbände der Krenkenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben, es sei denn, die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehiung ebgegeben, der die Vertreter der Träger der gesetziichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Diese Empfehlungen solien bei den Vereinbarungen engemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen Verhältnissen der Kessenarten Rechnung getragen werden kann.

(8) Für die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit Zahnersatz und Zahnkronen müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten.

§ 368 g (Gesamtverträge, Bundesmantelverträge, einheitlicher Bewertungsausschuß, belegärztliche Tätigkeit)

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtiinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kessenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ërztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die Kessenärztlichen Vereinigungen mit den Lendesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Gesamtverträge für Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, werden von den Kassenärztiichen Bundesvereinigungen mit dem Bundesverband oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkesse ist; die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundesverbände und Lendesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.

(3) Den ellgemeinen Inhelt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge).

(4) Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe bestimmen den Inhait der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhäitnis zueinander. Sie sind in bestimmten Zeitebständen auch deraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwickiung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(5) in den Gesamtverträgen ist auch zu vereinbaren, daß die Hersteliungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind.

(5 a) Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung. Für die zahntechnischen Leistungen der Zehntech-

niker schließen die Landesverbände der Krenkenkassen und die Vertreter der Innungen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinberungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Die Vereinbarung sind für die Gesamtverträge verbindlich. § 368 Abs. 6 Satz 3 und § 368 h gelten entsprechend.

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenheuspflege (stationëre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kessenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte ertolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt euch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nech § 200 f. Die Vertregsparteien haben euf eine leistungsfähige belegärztliche Versorgung hinzuwirken; In den Verträgen ist sicherzustellen, daß bei der Vergütung die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden und die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betreg steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ërztliche Behendlung berechnet werden würde.

(7) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge sind in allen Vertrëgen peritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen; die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien.

§ 368 h (Schiedsamt, Kündigung von Verträgen)

(1) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so hat, soweit es sich nicht um eine Vereinbarung nach § 368 g Abs. 4 handelt, das Schiedsamt (§ 368 i) auf Antrag einer der Vertragsparteien zu versuchen, eine Einigung über den tnhalt des Vertrages herbeizuführen, und, wenn die Vertragsparteien sich innerhalb einer vom Schiedsamt zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertregsparteien nicht innerhalb eines Monats nech seiner Zustellung angenommen, so setzt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 368 g Abs. 2 und 3. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht das Schiedsamt eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

(2) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertreg, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertreg nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen tnhelt innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Absatz 1 Sätze 3 und 4 gilt entsprechend. Bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter.

(3) Die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen Entscheidungen des Schiedsamts bewirkt nur in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen Aufschub.

§ 368 i (Landes-, Bundesschiedsamt, Aufsicht, Schiedsamtsordnung, Bewertungsausschuß)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Bezirke mehrerer Kessenärztlicher Vereinigungen ein Lendesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und ein Lendesschiedsamt für die kessenzahnärztliche Versorgung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krenkenkessen errichten ein Bundesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und ein Bundesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unperteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Lendesverbände der Krankenkassen einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen beide Organisationen eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende oder je zwei weitere unparteiische Mitglieder und ihre Stellvertreter enthalten muß. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter eus der gemeinsam erstellten Liste, so entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unperteiischen Mitglieder auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Felle ein Jahr. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Mitglieder der Landesschiedsämter versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesschiedsämter werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kessenärztlichen Vereinigungen und den Lendesverbänden der Krankenkassen getragen.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kessenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkessen bestellt. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 bis 5, 7 und 8 gelten entsprechend.

(3 a) In den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 wirken in den Schiedsämtern für die kassenzahnärztliche Versorgung Vertreter der Zehntechniker und Krankenkassen in gleicher Zahl stimmberechtigt mit; die Vertreter der Zahnärzte nehmen an den Sitzungen beratend teil. Die Vertreter der Zahntechniker und deren Stellvertreter werden für die Landesschiedsämter von den Landesinnungsverbänden und für das Bundesschiedsamt von den Bundesorganisationen der Zahntechniker benennt. Die entsendenden Stellen treten für die Kostenverteilung an die Stelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kessenzahnërztlichen Bundesvereinigung (Absatz 2 Satz 8, Absatz 3 Setz 3).

(4) In den Fëllen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Setz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesemtvertrëge und der in § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmentelverträge. Setz 1 gilt in den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 entsprechend.

(5) Soweit die Schiedsämter nech Absatz 4 zuständig sind, findet ein Vorvertahren nicht statt.

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesschiedsämter führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. § 368 b Abs. 8 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt nach Beratung mit den Bundesausschüssen eine Schiedsamtsordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Schiedsamtsordnung muß Bestimmungen enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Geschäftsführung,
3. das Verfahren entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
4. die Erhebung und die Höhe der Gebühren,
5. das Verfahren im einzelnen entsprechend der Regelung nach Absatz 4.

(8) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden je einen Bewertungsausschuß für die ärztlichen Leistungen und für die zahnärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellten Vertreter; für die weitere Zusammensetzung gelten § 525 c Abs. 2 Satz 3 sowie § 204 a Abs. 1 Satz 4 des Reichsknappschaftsgesetzes. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(9) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt Absatz 2 Sätze 2 bis 5 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt; für die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds gilt § 525 c Abs. 2 Satz 3.

(10) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. § 368 h Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 368 k (Kassenärztliche Vereinigungen — Bundesvereinigungen)

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes je eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Mit Zustimmung der beteiligten, für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können für den Bereich mehrerer Länder gemeinsame Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen).

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bundesminister für Arbeit, die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem diese Vereinigungen ihren Sitz haben; die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht; §§ 88 und 89 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen gelten §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen §§ 80 und 85 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) Ordentliche Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Kassenärzte und — für die Dauer ihrer Beteiligung — die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte. Außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztregisters zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die in das Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzte.

§ 368 l (Organe, Vertreterversammlung, Vorstand, Wahl)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden je eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen. Die Vertreterversammlungen können die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nichtöffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluß ist in öffentlicher Sitzung bekanntzugeben. Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein.

(2) Die Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmt die Satzung. Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören; für die außerordentlichen Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

(3) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmt die Satzung die Zahl der Mitglieder der Vorstände. Ihnen muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt angehören.

(4) Die ordentlichen und die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. Die Vertreter der ordent-

lichen Mitglieder jeder Vertreterversemmlung wählen eus dem Kreise der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wehl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversemmlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder.

(5) Die Vertreter der ordentlichen und der eußerordentlichen Mitglieder in den Vertreterversemmlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wehl getrennt die Mitglieder der Vorstände.

(6) Die Orgene der Kessenërztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht euf den Zeitpunkt der Durchführung der Wehl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewëhlten bleiben nech Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten.

§ 368 m (Satzung)

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung; diese bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Satzung muß Bestimmungen enthelten über

1. Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsdauer, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe,
3. Rechte und Pflichten der ordentlichen und der außerordentlichen Mitglieder,
4. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
5. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
6. Änderung der Satzung,
7. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Setzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen die von den Bundesvereinigungen abgeschlossenen Verträge und die dazu gefaßten Beschfüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenërztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind.

(3) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, so müssen die Setzungen der Kessenärztlichen Vereinigungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen Bestimmungen enthelten.

(4) Die Satzungen der Kessenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über

1. die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber Mitgliedern, die ihre kassenärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen, dabei kann Verwarnung, Verweis und Geldbuße bis zu 5000 Deutsche Mark vorgesehen werden,
2. das Verfahren bei Ausübung dieser Befugnisse.

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu erteilende Bescheid ist zu begründen und soll eine Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuheltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts enthalten.

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit. Die Satzung het euch des Nähere über die Art und Weise der Fortbifdung sowie die Teilnahmepflicht zu bestimmen.

(6) Soweit die Kessenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 4 zuständig sind, findet ein Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozielgerichtsgesetzes nicht statt.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenërztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstënde gerichtlich und eußergerichtlich vertreten. Die Satzung kann bestimmen, deß auch einzelne Vorstandsmitglieder die Vereinigungen vertreten können. Die Satzung kann mit Wirkung gegen Dritte Beschränkungen des Umfangs der Vertretungsmacht festlegen.

§ 368 n (Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Vergütung der Krankenhaus- und Klinikbehandlung, Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen heben die den Krankenkessen obliegende ärztliche Versorgung in dem in § 368 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkessen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie heben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in § 368 m Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhelten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersetzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen. Die Vereinigungen haben euch die ërztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltfiche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkesse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenärztlichen Leistungen vergütet. Satz 4 gilt entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht.

(3) Die auf Grund der Zulessung oder der Beteiligung (§ 368 a Abs. 8) in Krenkenhäusern eusgeführten und in die Gesamtvergütung einbezogenen ërztlichen Sachleistungen werden unbeschedet der Vergütung rein ërztlicher Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern eußerhalb des Verteilungsmaßstabes (§ 368 f Abs. 1) nach Sätzen vergütet, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. Das gleiche gilt in den Fëllen, in denen der leitende Krenkenhausarzt els Kessenerzt nicht zugelassen oder nicht en der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krenkenkessen mit den Hochschulen Verträge über die Vergütung für Behandlung von Versicherten in den poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen. Diese Verträge müssen den poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleisten.

(4) Die gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen, euch soweit es sich um die Durchführung der von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 368 g Abs. 2 Setz 2 geschlossenen Gesamtverträge handelt. Die Kassanärztiichen Bundasvereinigungen haben die ertorderlichen Richtiinien für dia Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Vertrége aufzustellen; sia haben insbesondera die überbezirkiicha Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahiungsausgleich hiertür zwischen den Kessenérztlichen Vereinigungen zu regein. Dia Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben Richtiinien über die Betriabs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vareinigungen aufzustellen.

(5) Zur Überwachung der Wirtschaftiichkeit dar kassanärztlichen Versorgung im einzainen arrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zehl en, wobei den Vorsitz jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte oder ain Vertreter der Krankenkassan führt, dessen Stimma bei Stimmangiaichheit den Ausschlag gibt. Dia Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowia das Verfahren vor den Ausschüssen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenan Ärzte, die Landesverbände der Krankenkassen oder dia Kassenärztiichen Vareinigungen den Beschwerdeausschuß enrufen. Dia Anrufung hat eufschiebende Wirkung. Für das Verfahren finden § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozielgerichtsgesetzes Anwendung. Das Vertahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt ais Vorvertahren im Sinne des § 78 des Sozielgerichtsgesetzes.

(6) Dia Kassenärztlichen Verainigungen sind verpflichtet, mit ärztiich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krenkenhäusern, auf deren Verlengen Verträge über dia embuianta Erbringung der in § 200 f aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und diese Leistungen außerhalb des Vartaiiungsmeßstebas nach dan zwischen dan Kassenärztlichen Verainigungen und dan Krankenhäusern odar daran Verbänden vereinbarten Sätzan zu vergüten. Satz 1 gilt entsprechend für Verträge mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachérztlicher Leitung stehenden psychiatrischan Abteilungen übar die embulanta Erbringung ärztiicher Maßnahmen der psychiatrischen ainschließlich dar psychotherapeutischen Varsorgung, wenn diesa über dia hiertür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügan; bei Varträgan mit Krankenhäusarn mit selbständigan psychiatrischan Abteiiungen bedarf es außardem der Faststeiiung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, daß der Vertragsabschluß zur Sicherstellung dieser ambulanten Versorgung ertorderlich ist.

(7) Dia Kassenärztiichen Vereinigungen heben mit Unterstützung der Kessenärztiichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfspiänan elle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicharstellung der kassenärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Zum Betreiben von Einrichtungen, die dar unmittelberan medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürtan die Kessenärztlichen Vereinigungen des Benehmans mit den Landesverbänden der Krenkenkassen.

(8) Dia Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftiich erbrecht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztiichen Versorgung von Gemainschaftseinrichtungen der niedergeiassenen Ärzte zu beziahen, wenn eine soicha Erbringung medizinischen Ertordernissen genügt.

§ 368 o (Landes- und Bundesausschüsse)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und dia Landesverbände der Krenkenkassen bilden für den Bareich jedes Landes einan Landasausschuß der Ärzte und Krankenkassan und ainan Landesausschuß dar Zahnärzte und Krankenkassen. Dia Kassanärztiichen Bundesvereinigungen und dia Bundesverbända dar Krankenkassen bildan einen Bundeseusschuß dar Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zehnérzta und Krankenkassen.

(2) Die Lendesausschüsse bestehen eus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vartretern der Ärzta, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vartreter dar Batriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und dar iandwirtschaftiichen Krankenkassen. Über dan Vorsitzandan und dia zwei waiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter soiien sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkessen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sia die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verweitungsbehörda des Lendes auf Vorschiag der Kessenärztlichen Vereinigungen und der Lendesverbända der Krankenkassen. Besteht in dem Bereich eines Lendesausschusses ein Landesverbend einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahi der Vertreter der Krenkenkassen, so verringert sich entsprechend die Zehl der Ärzte. Die Vartreter der Ärzte und Ihra Stelivertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krenkenkassen und Ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bastelit. Unter den Vertretern der Ärzta muß ein in des Arztregister eingetregener nichtzugalassenar Arzt sein.

(3) Dia Bundesausschüssa bestehen aus einam Vorsitzenden, zwai weiteran unparteiischan Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkessen sowie je ainem Vertreter der Betriebskrenkenkassen, der Innungskrankenkassen und der iandwirtschaftlichen Krenkenkessen. Über den Vorsitzenden und die zwai waitaren unpartaiischan Mitglieder sowia über dia Stellvertrater soiien sich dia Kassenärztiichen Bundesvareinigungen und dia Bundesvarbända der Krankenkassen ainigen; kommt eina Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit euf Vorschiag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stelivertreter von den Bundesverbänden der Krankenkessen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugeiassener Arzt sein.

(4) Dia Mitglieder führen ihr Amt els Ehrenamt, sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesausschüsse werden von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden dar Krenkenkessen, die Kosten der Bundesausschüsse werden von den Kessenärztlichen

Bundesvereinigungen und den Bundesverbänden der Krenkenkassen je zur Hälfte getragen. Der Bundesminister für Arbeit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nech Anhörung der Kessenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkessen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(5) Die Ausschüsse stellen für die Durchführung ihrer Geschäfte eine Geschäftsordnung eut. Sie hat Insbesondere Vorschritten über die Geschäftstührung, das Verfehren, die Stellvertretung, die Schweigepflicht der Mitglieder, die Bildung von Arbeitsausschüssen und die Veröttentlichung der Richtlinien zu enthalten.

(6) Die Autsicht über die Geschättstührung der Lendesausschüsse führen die für die Sozielversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschättstührung der Bundesausschüsse führt der Bundesminister tür Arbeit. § 368 b Abs. 8 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Bei der Beschlußfassung über Richtlinien nach § 368 p Abs. 4 Satz 2, Abs. 5, 6 und 7 wirken in den Bundesausschüssen über die Zusammensetzung nach Absatz 3 hineus zusätzlich drei Vertreter der Ärzte sowie ein Vertreter der knappschaftlichen Krankenversicherung und zwei Vertreter der Ersatzkessen mit. Der Vertreter der kneppschaftlichen Krenkenversicherung wird von der Bundeskneppschatt, die Vertreter der Ersatzkassen werden von den nach § 525 a gebildeten Verbänden bestellt.

§ 368 p (Aufgaben der Bundesausschüsse)

(1) Die Bundeseusschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr tür eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Versorgung mit Zahnersatz, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege, die Verordnung von Maßnahmen nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 e sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergieich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird.

(2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die tür die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundeseusschüsse nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt der Bundesminister für Arbeit die Richtlinien.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkessen haben in ihre Setzungen Bestimmungen eufzunehmen, nach denen die in Absatz 1 genannten Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen.

(4) Zur Sicherung gleichmäßiger, zweckmäßiger und angemessener Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) können die Bundeseusschüsse Richtlinien für den Abschluß und den Inhalt dieser Verträge autstellen. Für Verträge nach § 368 r haben die Bundesausschüsse Richtlinien eutzustellen.

(5) Die Bundesausschüsse beschließen die ertorderlichen Richtlinien über die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschettliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere über die Anwendung rationalisierender Verfahren und die Voreussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusemmenzutessen sind. Durch Richtlinien ist das Nähere für die Bescheinigungen und Autzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krenkheiten zu beschließen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(6) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschließt die ertorderlichen Richtlinien über die Gewähr für eusreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Meßnahmen nach den §§ 200 e und 200 f. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(7) Die Bundesausschüsse beschließen die für die Bedarfsplenung in der kassenärztlichen Versorgung ertorderlichen Richtlinien, die insbesondere einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Vertahren bei der Ermittlung und Feststellung des Standes und des Bedarfs an ärztlicher Versorgung gewährleisten und nach denen die Landesausschüsse den Eintritt einer ärztlichen Unterversorgung oder unmittelbar drohenden Unterversorgung zu beurteilen haben. Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(8) Die Bundeseusschüsse haben unter Berücksichtigung der Therepietreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer ellgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürten. Die Bundesausschüsse haben hierzu euch Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschatt und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker enzuhören. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Absatz 2 Satz 1 und 3 sowie Absatz 3 gelten entsprechend.

§ 368 q (Aufgaben der Landesausschüsse)

(1) Die Landesausschüsse sollen die bezirkliche und örtliche enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krenkenkassen sowie das Zusammenwirken des vertrauensärztlichen Dienstes mit Ärzten und Krankenkessen fördern.

(2) Die Lendesausschüsse stellen für ihren Bezirk Richtlinien auf, welche die der Bundesausschüsse nach den bezirklichen Bedürtnissen ergänzen.

(3) Die Landesausschüsse sollen Anregungen für die Durchführung von Maßnahmen nach § 187 sowie nach den §§ 11 und 21 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und für die Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krenkenkassen mit den übrigen Trägern der Sozialversicherung und den Gesundheitsämtern auf dem Gebiet der allgemeinen Krankheitsverhütung und der Gesundheitspflege geben.

§ 368 r (Entscheidungen der Landesausschüsse über Bedarfspläne und Zulassungsbeschränkungen)

(1) Die Lendeseusschüsse beraten die Bedarfspläne nach § 368 Abs. 4 und entscheiden im Falle des § 368 Abs. 5.

(2) Den Lendesausschüssen obliegt euch die als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Hierbei ist den für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in den betroffenen Gebieten zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemesse Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(3) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch endere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist en, haben die Lendesausschüsse mit verbindlicher Wirkung tür die Zulessungsausschüsse nach deren Anhörung Beschränkungen der Zulassungen nech den Vorschriften der Zulassungsordnungen anzuordnen.

§ 368 s (Verträge über Möglichkeiten zur Rehabilitation)

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kessenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch Verträge sicherzustellen, daß der Behinderte über die Möglichkeiten der medizinischen, berutstördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitetion beraten wird und die gebotenen Meßnahmen von den Rehabilitationsträgern frühzeitig eingeleitet werden. In den Verträgen ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voreussetzungen und nach welchen Verfahren von den Ärzten Mitteilungen über Behinderte an die Kassen zu machen sind.

§ 369 (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten)

(1) Die Kassen sind verptlichtet, im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten und Ihre enspruchsberechtigten Familienangehörigen mit allen geeigneten Mitteln und in bestimmten Zeitabständen über die zur Sicherung der Gesundheit notwendige und zweckmäßige Inenspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten eutzuklären.

(2) Die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen heben die bei Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und euszuwerten; dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse euf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind.

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 405 a

(1) Die en der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschatt berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer eusgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam

1. medizinische und wirtschettliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Retionalisierung, Erhöhung der Effektivität und Etfizienz im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu einmal jährlich bis zum 31. März Empfehlungen, insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge ebzugeben.

(2) Der Bundesminister tür Arbeit und Sozialordnung beruft in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krenkenversicherung, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschatten, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Femilie und Gesundheit sowie der Bundesminister tür Wirtscheft sind zu beteiligen.

(3) Der Bundesminister tür Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beretung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschattsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert diese.

Artikel 2

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 5

(1) Vereinberungen nach § 368 f Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 zu treffen; hierbei ist von der Höhe der Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen im Jahre 1977 auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die bestehenden Vergütungsregelungen tort.

(2) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen tür Arzneimittel im Jehre 1977 zu tretten.

§ 6

Die Bundesregierung het den gesetzgebenden Körperschetten bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesemptehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkung der Regelungen über die Gesemtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Sie hat außerdem darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. Soweit sich eus dem Bericht die Notwendigkeit zu gesetzgeberischen Maßnahmen ergibt, soll die Bundesregierung einen Vorschlag machen.

§ 9

Die Bewertungsmaßstäbe nach § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig bis zum 1. Juli 1978

eufzustellen; hierbei ist insbesondere von der lür die Ersatzkassenpraxis vereinberten Gebührenordnung (E-Adgo) euszugehen. Bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt geiten die bei inkralttreten dieses Gesetzes bestehenden Vergütungsregeiungen fort.

§ 10

(1) Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge, die eine dem § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung entsprechende Versorgung sichersteilen, bleiben unberührt. Sind soiche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhelb von sechs Monaten nach inkralttreten dieses Gesetzes an Steiie der bisherigen Vertregspertner in diese Verträge einzutreten. Ist in den in Sätzen 1 und 2 genannten Verträgen eine höhere als die in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Vergütung vereinbart, so giit eine soiche Vereinberung unbeschadet der Laulzeit der Verträge so iange lort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweiis der Höhe der in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Vergütung entspricht.

(2) § 368 n Abs. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkralttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung gilt für bei inkralttreten dieses Gesetzes anhängige Prülungs- und Beschwerdeverfahren bis zu deren Abschluß lort.

§ 11

Richtiinien nach § 368 p Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung sind erstmeiig binnen eines Jahres nech inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen.

Einbeziehung der Ersatzkassen in das Kassenarztrecht

§ 525 c wird wie loigt geändert:

e) Foigender Absatz 2 wird eingelügt:

„(2) Für die Verträge der Ersatzkessen über die vertragsärztliche Versorgung gelten § 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368 g sinngemäß; § 368 l Abs. 4 und 7 gelten mit der Maßgabe, daß an der gemeinsamen Abgabe der Emplehlungen euch die nach § 525 e gebiideten Verbände der Ersatzkassen mitzuwirken haben. im übrigen nehmen die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krenkenkassen zugewiesenen Aulgaben die Verbände der Ersatzkassen wehr; sie können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände handelt, diese euf eine im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebiidete Arbeitsgemeinschalt oder eine Ersatzkasse übertregen. § 368 i Abs. 8 bis 10 gilt mit der Maßgabe, daß die nach § 525 a gebildeten Verbände je zwei Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellen und ein unparteiisches Mitgiied benennen."

Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte)

vom 28. Mai 1957 (BGBl. S. 572) in der Fassung der 1. Änderungsverordnung vom 20. Juli 1977 (BGBl. S. 1332)

Auf Grund des § 368 c Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht – GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) wird nach Beratung mit dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

Abschnitt I

Arztregister

§ 1

(1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung neben dem Arztregister die Registerakten.

(2) Das Arztregister erfaßt

a) die zugelassenen Ärzte und die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte,

b) Ärzte, die die Voraussetzungen des § 3 erfüllen und ihre Eintragung nach § 4 beantragt haben.

§ 2

(1) Das Arztregister muß die Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Arztes enthalten, die für die Zulassung oder die Beteiligung von Bedeutung sind.

(2) Das Arztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen.

§ 3

(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) Voraussetzungen für die Eintragung sind

a) die Approbation als Arzt,

b) die Ableistung einer sechsmonatigen Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit.

(3) Die Vorbereitung ist als Vertreter oder Assistent bei einem frei praktizierenden Kassenarzt abzuleisten. Zeiten der Tätigkeit bei mehreren frei praktizierenden Kassenärzten werden zusammengerechnet, jedoch können kürzere Zeitabschnitte als zwei Wochen nicht berücksichtigt werden. Wird die Vorbereitung in einer von einer Kassenärztlichen Vereinigung als Landpraxis anerkannten Kassenpraxis abgeleistet, so zählt die Zeit dieser Tätigkeit doppelt.

(4) Eine Tätigkeit als Vertreter oder Assistent eines frei praktizierenden Kassenarztes wird bei gleichzeitiger Ausübung einer eigenen Praxis auf die Vorbereitungszeit nicht angerechnet.

§ 4

(1) Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Arztregisters frei. Die Eintragung in ein weiteres Arztregister ist nicht zulässig.

(2) Der Antrag muß die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. Die Angaben sind nachzuweisen, insbesondere sind beizufügen

a) die Geburtsurkunde,

b) die Urkunde über die Approbation als Arzt,

c) der Nachweis über die ärztliche Tätigkeit nach bestandener ärztlicher Prüfung.

(3) An Stelle von Urschriften können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.

(4) Können die in Absatz 2 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung der Approbation als Arzt und der ärztlichen Tätigkeit (Absatz 2 Buchstaben b und c) genügt eine eidesstattliche Erklärung des Antragstellers allein nicht.

§ 5

(1) Verzieht ein im Arztregister eingetragener nicht zugelassener oder beteiligter Arzt aus dem bisherigen Zulassungsbezirk, so wird er auf seinen Antrag in das für den neuen Wohnort zuständige Arztregister umgeschrieben.

(2) Wird ein Arzt zugelassen oder beteiligt, so wird er von Amts wegen in das Arztregister umgeschrieben, das für den Kassenarztsitz geführt wird.

(3) Die bisher registerführende Stelle hat einen Registerauszug und die Registerakten des Arztes der zuständigen registerführenden Stelle zu übersenden.

§ 6

(1) Die Zulassung und die Beteiligung eines Arztes sind im Arztregister kenntlich zu machen.

(2) Tatsachen, die für die Zulassung, ihr Ruhen, ihren Entzug oder ihr Ende sowie für die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des Arztes, einer Kassenärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen in den Registerakten eingetragen. Der Arzt ist zu dem Antrag auf Eintragung zu hören, falls er die Eintragung nicht selbst beantragt hat.

(3) Unanfechtbar gewordene Beschlüsse in Disziplinarangelegenheiten (§ 368 m Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung), mit Ausnahme der Verwarnung, sind zu den Registerakten zu nehmen; sie sind nach Ablauf von fünf Jahren,

nachdem der Beschluß unantechtber geworden Ist, eus den Registerekten zu entfernen und zu vernichten.

§ 7

Der Arzt wird im Arztregister gestrichen, wenn

e) er es beantragt,

b) er gestorben Ist,

c) die Voraussetzungen tür seine Eintregung nach § 3 Abs. 2 Buchst. e nicht oder nicht mehr gegeben sind,

d) die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 Buchst. b euf Grund talscher Angaben des Arztes irrtümlich els gegeben engenommen worden sind.

§ 8

(1) Über Eintragungen und Streichungen Im Arztregister und in den Registerakten beschließt der Vorstand der Kessenärztlichen Vereinigung oder die durch die Satzung bestimmte Stelle.

(2) Der Arzt erhält über die seine Person betreffenden Eintregungen und Streichungen sowie über die Ablehnung seiner Anträge auf Eintragung oder Streichung einen schrittlichen Bescheid. Dem Bescheid soll eine Belehrung über die Zulässigkeit des Rechtsbehelfs, die Verwaltungsstelle oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelt enzubringen Ist, und ihren Sitz und die einzuhaltende Frist beigefügt werden.

§ 9

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen können das Arztregister und bei Darlegung eines berechtigten Interesses die Registerakten einsehen.

(2) Der Arzt kann selbst oder durch einen Bevollmächtigten das Arztregister und die seine Person betrettenden Registerakten einsehen.

(3) Den Zulassungs- und Berutungsausschüssen sind die Registerakten der am Zulessungsverfahren beteiligten Ärzte euf Anfordern zur Einsicht zu überlassen.

§ 10

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tührt das Bundesarztregister nach dem Muster der Anlage.

(2) Die Kessenärztlichen Vereinigungen teilen Eintragungen und Veränderungen in den Arztregistern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt Tetsachen, die tür das Arztregister von Bedeutung sind, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mit.

Abschnitt II

Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke

§ 11

(1) Die Zulassungsbezirke werden von den Kessenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam gebildet und abgegrenzt.

(2) Werden Zulassungsbezirke für Teile des Bezirks einer Kessenärztlichen Vereinigung gebildet, so sind bei der Abgrenzung in der Regel die Grenzen der Stadt- und Landkreise zu berücksichtigen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Zulessungsbezirke unverzüglich in den für ihre amtlichen Bekenntmechungen zuständigen Blättern bekanntzugeben.

Abschnitt III

Bedarfsplanung

§ 12

(1) Durch die den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen obliegende Bedarfsplanung sollen zum Zwecke einer auch mittel- und langtristig wirksamen Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und als Grundlage für Sicherstellungsmaßnahmen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der kassenärztlichen Versorgung und die absehbare Entwicklung des Bedarfs vermittelt werden.

(2) Der Bedarfsplan ist für den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung aufzustellen und der Entwicklung enzupassen. Für die Bereiche mehrerer Kessenärztlicher Vereinigungen kann mit Zustimmung der beteiligten für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auch ein gemeinschaftlicher Bedarfsplan aufgestellt werden, wenn besondere Verhältnisse dies geboten erscheinen lassen.

(3) Der Bederfsplan het nach Maßgebe der Richtlinien des Bundeseusschusses der Ärzte und Krankenkassen und unter Beechtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Plenungsbereichs nech Absatz 2 Feststellungen zu enthalten, insbesondere über

- die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen,
- Einrichtungen der Krenkenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung; soweit sie Leistungen der kassenärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können,
- Bevölkerungsdichte und -struktur,
- Umfang und Art der Nachtrage nach kassenärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung,
- tür die kassenärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen.

(4) Der Bedarfsplan bildet euch die Grundlege für die Beratung von Ärzten, die zur Teilnahme an der kessenärztlichen Versorgung bereit sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen derauf hinwirken, daß die Ärzte bei der Wehl ihres Kessenerztsitzes auf die sich eus den Bedarfsplänen ergebenden Versorgungsbedürfnisse Rücksicht nehmen.

§ 13

(1) Die Kessenärztlichen Vereinigungen haben andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bederfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuzuziehen. Auch andere Sozialversicherungsträger und die Krankenhausgesellschatten sind zu unterrichten; sie können bei der Bederfsplanung hinzugezogen werden.

(2) Die Bedarfspläne sind im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden autzustellen und tortzuentwickeln; sie sind deshalb so rechtzeitig zu unterrichten, deß ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

(3) Die eutgestellten oder fortentwickelten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und den tür die Sozialversicherung zuständigen obersten Lendesbehörden zuzuleiten.

(4) Die Kessenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkessen sollen die Erfahrungen aus der Anwendung der Bedarfspläne im Abstand von drei Jahren auswerten, das Ergebnis gemeinsam bereten und die in Absatz 3 genannten Stellen von der Auswerfung und dem Beratungsergebnis unterrichten.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Lendesverbände der Krankenkassen unterstützen, die Ergebnisse nach Absatz 4 auswerten, gemeinsam beraten sowie den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.

§ 14

(1) Kommt das Einvernehmen bei der Autstellung und Forfentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustende, so hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkessen nech Anrutung durch eine der genannten Körperschaften unverzüglich darüber zu bereten und aut eine Einigung hinzuwirken. Soweit die Hinzuziehung weiterer Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 sinngemäß. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, entscheidet der Landesausschuß durch Beschluß.

(2) Der Landeseusschuß hat die für die Sozialversicherung zusténdige oberste Landesbehörde über das Ergebnis der Beretungen zu unterrichten.

Abschnitt IV

Unterversorgung

§ 15

Weist der Bedarfsplen einen Bedarf an Kessenärzten tür einen bestimmten Versorgungsbereich aus und werden über einen Zeitreum von mehr als sechs Monaten Kassenarztsitze dort nicht besetzt, so het die Kessenärztliche Vereinigung spätestens nach Ableuf dieses Zeitraums Kassenarztsitze in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern euszuschreiben.

§ 16

(1) Der Landesausschuß hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks oder mehrerer Zuiassungsbezirke eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht, wenn Hinweise datür von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesverbänden der Krankenkassen mitgeteilt worden sind. Die Prütung ist nach den tetsächlichen Verhältnissen unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung und aut der Grundlege des Bedarfsplanes vorzunehmen; die in den Richtlinien des Bundeseusschusses der Ärzte und Krenkenkassen zur Beurteilung einer Unterversorgung vorgesehenen einheitlichen und vergleichbaren Grundlagen, Meßstäbe und Verfahren sind zu berücksichtigen.

(2) Stellt der Lendesausschuß eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung test, so hat er der Kassenärztlichen Vereinigung autzugeben, binnen einer von ihm zu bestimmenden angemessenen Frist die Unterversorgung zu beseitigen. Der Landesausschuß kenn bestimmte Maßnahmen empfehlen.

(3) Dauert die bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist en, hat der Landesausschuß testzustellen, ob die in § 368 r Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung bestimmten Voraussetzungen für Zulassungsbeschränkungen gegeben sind und zur Beseitigung der bestehenden oder unmittelbar drohenden Unterversorgung mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse Zutassungsbeschränkungen anzuordnen. Die betroffenen Zulassungsausschüsse sind vor der Anordnung zu hören.

(4) Für die Dauer der bestehenden oder unmittelbar drohenden Unterversorgung sind els Beschränkungen zulässig:

a) Ablehnung von Zutassungen in Gebieten von Zulassungsbezirken, die eußerhalb der vom Lendeseusschuß als unterversorgt testgestellten Gebiete liegen;
b) Ablehnung von Zulassungen tür bestimmte Arztgruppen in den in Buchstebe e bezeichneten Gebieten.

(5) Der Zulassungseusschuß kenn im Einzelteil eine Ausnahme von einer Zulassungsbeschränkung zulassen, wenn die Ablehnung der Zulassung tür den Arzt eine unbillige Härte bedeuten würde.

(6) Der Lendesausschuß hat spätestens nach jeweils sechs Monaten zu prüten, ob die Voreussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen tortbestehen; Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Die Anordnung und Aufhebung von Zulessungsbeschränkungen ist in den tür amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

Abschnitt V

Voraussetzungen der Zulassung

§ 17

Wer einen Antrag eut Zulessung ais Kassenerzt stellt, muß an einem von einer Kassenärztlichen Vereinigung im Zusemmenwirken mit den Lendesverbänden der Krankenkassen verensteiteten Einführungsiehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit teilgenommen haben, der nicht lénger eis vier Jahre vor der Antragstellung liegen darf. Das gilt nicht tür Ärzte, die bereits zugelassen sind oder in den letzten vier Jahren zugelassen waren.

§ 18

(1) Der Antrag muß schrittlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, tür welchen Kassenarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung die Zulassung beantragt wird.

Dem Antreg sind beizufügen

a) ein Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Teg der Approbation, der Tag der Eintragung ins Arztregister und

gegebenenfells der Teg der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusetzbezeichnung hervorgehen müssen,

b) Bescheinigungen über die seit der Approbetion eusgeübten ärztlichen Tätigkeiten,

c) eine Bescheinigung über die Teiinahme en einem Einführungslehrgang (§ 17).

(2) Ferner sind beizulügen

e) ein Lebenslauf,

b) ein poiizeiliches Führungszeugnis,

c) Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergeiessen oder zur Kassenpraxis zugeiassen war, eus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,

d) eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragsteliung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschältigungsverhältnisses,

e) eine Erkiärung des Arztes, ob er rauschgiltsüchtig ist oder innerhelb der ietzten fünf Jahre gewesen Ist, ob er sich innerhalb der ietzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und daß gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Beruls nicht entgegenstehen.

(3) An Stelle von Urschriften können emtlich begiaubigte Abschriften beigefügt werden.

(4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unteriagen nicht vorgeiegt werden, so ist der nechzuweisende Sachverhait giaubhaft zu machen.

Abschnitt VI

Zulassung und Kassenarztsitze

§ 19

(1) Über den Antreg befindet der Zulessungseusschuß durch Beschiuß.

(2) Wird der Arzt zugeiassen, so ist in dem Beschluß der Zeitpunkt festzusetzen, bis zu dem die kassenärztliche Tätigkeit eufzunehmen ist. Liegen wichtige Gründe vor, so kann der Zulassungsausschuß auf Antreg des Arztes nachträglich einen späteren Zeitpunkt lestsetzen.

§ 20

(1) Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtiicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderiichem Maße zur Verfügung steht.

(2) Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit eusübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Kassenarztes em Kassenarztsitz nicht zu vereinbaren Ist.

(3) Ein Arzt, bei dem Hinderungsgründe nach den Absätzen 1 oder 2 vorliegen, kann unter der Bedingung zugelassen werden, daß der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist.

§ 21

Ungeeignet lür die Ausübung der Kessenpraxis ist ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt, der innerhalb der ietzten lünf Jahre vor seiner Antregsteiiung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig wer.

Die §§ 22 und 23 sind eulgehoben.

§ 24

(1) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung ais Arzt (Kassenarztsitz).

(2) Der Kessenarzt muß em Kassenarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wähien, deß er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Kassenarztsitz zur Verfügung steht.

(3) Ein Kassenarzt darf das Fechgebiet, lür das er zugelessen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulessungsausschusses wechseln.

(4) Der Zulassungseusschuß het den Antrag eines Kassenarztes aul Verlegung seines Kassenerztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der kessenärztiichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

§ 25 ist aulgehoben.

Abschnitt VII

Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung

§ 26

(1) Der Zulassungsausschuß hat das Ruhen der Zuiassung eines Kassenarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 368 e Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung erfüiit sind.

(2) Tetsachen, die das Ruhen der Zulassung bedingen können, haben der Kassenarzt, die Kassenärztiiche Vereinigung, die Krankenkessen und die Lendesverbände der Krankenkassen dem Zulassungsausschuß mitzuteilen.

(3) In dem Beschluß ist die Ruhenszeit lestzusetzen.

(4) Über die ruhenden Zuiassungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

§ 27

Der Zulassungseusschuß hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nech § 368 a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung gegeben sind. Die Kessenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen können die Entziehung der Zuiassung beim Zulassungseusschuß unter Angabe der Gründe beantregen.

§ 28

(1) Endet die Zuiassung (§ 368 e Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung), so ist der Zeitpunkt ihres Endes durch Beschluß des Zulassungsausschusses lestzusteiien.

(2) Tatsachen, die des Ende der Zuiassung bedingen, haben die Kassenärztiiche Vereinigung, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen dem Zulassungsausschuß mitzuteiien.

Abschnitt VIII

Beteiligung

§ 29

(1) Der Antrag eines leitenden Krenkenheuserztes (§ 368 a Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung) auf Beteiligung en der kessenärztlichen Versorgung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Dem Antreg sind die in § 18 Abs. 1 Buchst. a und c genannten Unterlagen sowie eine Bescheinigung des Krankenhausträgers über das Anstellungsverhältnis beizufügen.

(2) Diese Beteiligungen können nur für ambulante kessenärztliche Tätigkeiten erfolgen. Sie umfassen in der Regel folgende ärztliche Leistungen:

a) Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung,
b) konsillerische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung,
c) die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insbesondere ärztlicher Sachleistungen,
d) eine ambulante Nachbehandlung nech einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt.

(3) Soll die Beteiligung auf einzelne der in Absatz 2 genennten ärztlichen Leistungen beschränkt werden, so ist dies im Beteiligungsbeschfuß euszusprechen.

(4) Im Beteiligungsbeschluß ist auch euszusprechen, ob der beteiligte Krankenhauserzt unmittelbar oder euf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(5) Die Beteiligung kann widerrufen werden, wenn durch einen in der Person des Beteiligten liegenden Grund der mit der Beteiligung verfolgte Zweck nicht erfüllt wird oder wenn die Voraussetzungen, die zur Beteiligung geführt haben, nicht mehr vorliegen.

§ 30

Über die Beteiligungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

Abschnitt VIII a

Ermächtigung

§ 31

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können über den Kreis der zugelassenen und beteiligten Ärzte hineus weitere Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnehme en der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

e) eine bestehende oder unmittelber drohende Unterversorgung abzuwenden oder
b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Insassen eines Legers, Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absetzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rehmen der kassenärztlichen Versorgung vorsehen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 auch Ärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit ihnen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erfeilt worden ist.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmantelvertrag Regelungen über die Ermächtigung von Ärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Arfikels 60 des EWG-Verfreges ausüben dürfen.

(5) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumiich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In den Fällen der Absätze 1 bis 3 muß die Ermächtigung auch die Pflicht zur Teilnahme an einem Einführungslehrgeng nach § 17 vorsehen.

(6) Ein Arzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genennten Gründe ihn für die Teilnahme en der kassenärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versegungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen heben; sie ist zu widerrufen, wenn nechträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden.

(7) Über die Ermächtigung führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

Abschnitt IX

Vertreter, Assistenten und Gemeinschaftspraxis

§ 32

(1) Der Kessenarzt hat die kessenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Forfbildung oder en einer Wehrübung kenn er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Moneten vertreten lassen. Deuerf die Vertretung länger els eine Woche so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

(2) Die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 bedarf einer Genehmigung der Kessenärztlichen Vereinigung. Im übrigen darf der Kassenarzt aus Gründen der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung einen Vertreter oder einen Assistenten nur mit vorheriger Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung beschäftigen. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Verfreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist, sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Verfreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Kassenarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

(3) Die Beschäftigung eines Assistenten derf nicht der Vergrößerung der Kessenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen.

(4) Der Kassenarzt hat Vertreter und Assistenten zur Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten anzuhalten.

§ 33

(1) Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinseme Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten.

(2) Die gemeinseme Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Kassenärzten. Sie bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuß. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sind vor Beschlußfassung zu hören. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung entgegenstehen.

Abschnitt X

Zulassungs- und Berufungsausschüsse

§ 34

(1) Der Zulassungsausschuß besteht aus sechs Mitgliedern, und zwar aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern in der nötigen Zahl.

(2) Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkessen gemeinsam bestellt. Kommt es nicht zu einer gemeinsemen Bestellung, so werden die Vertreter aus der Reihe der von den Landesverbänden der Krankenkessen vorgeschfagenen Personen ausgelost.

(3) Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Amtsdauer endet erstmals mit dem 31. Dezember 1961.

(4) Scheidet ein Mitgfied vorzeitig eus, so erfolgt Neubestellung. Die Amtsdauer neubestellter Mitglieder endet mit der Amtsdauer der übrigen Mitglieder nach Absatz 3.

(5) Ein Mitglied kann aus einem wichtigen Grund durch die Stelle ebberufen werden, von der es bestellt ist. Das Ehrenamt des nichtzugelassenen Arztes endet mit seiner Zulassung.

(6) Die Niederlegung des Ehrenemtes het gegenüber dem Zulessungsausschuß schriftlich zu erfolgen.

(7) Die Mitglieder der Ausschüsse haben Anspruch auf Erstattung ihrer beren Auslegen und auf eine Entschädigung für Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften.

(8) Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen – von letzteren entsprechend der Anzahl der Versicherten ihrer Mitgliedskassen – getregen.

(9) Für die Stellvertreter gelten die Vorschriften für Mitgfieder entsprechend.

§ 35

(1) Der Berufungsausschuß besteht eus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus je dref Vertretern der Ärzte und der Krankenkessen. Stellvertreter sind in der nötigen Zahl zu bestellen.

(2) Die Vorschriften des § 34 gelten entsprechend.

(3) Mitglieder eines Zulassungsausschusses können nicht gleichzeitig Beisitzer in dem für den Zulassungsausschuß zuständigen Berufungsausschuß sein.

Abschnitt XI

Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen

1. Zulassungsausschuß für Ärzte

§ 36

Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tegesordnung ein.

§ 37

(1) Über Zulassungen und über die Entziehung von Zulassungen beschließt der Zulassungseusschuß nach mündlicher Verhandlung. In allen enderen Fällen kann der Zulassungsausschuß eine mündliche Verhandlung enberaumen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krenkenkessen sowie die am Verfahren beteiligten Ärzte sind unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen mit Postzustellungsurkunde zur mündlichen Verhendlung zu leden. Es kann euch in Abwesenheit Beteiligter verhandelt werden, falfs in der Ledung dareuf hingewiesen ist.

§ 38

Über gebührenpflichtige Anträge wird erst nach Entrichtung der nach § 46 zu zahlenden Gebühr verhandelt. Wird die Gebühr nach Anforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist eingezahft, so gilt der Antreg els zurückgenommen, es sei denn, der Vorsitzende stundet die Gebühr. Die Zehlungsfrist und die Folgen ihrer Nichteinhaltung sind in der Anforderung zu vermerken.

§ 39

(1) Der Zufassungsausschuß erhebt die ihm erforderlich erscheinenden Beweise.

(2) Die vom Zulessungsausschuß herangezogenen Sachverständigen und Auskunftspersonen werden entsprechend dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen entschädigt.

§ 40

Die Sitzung ist nicht öffentlich. Sie beginnt nach dem Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts durch den Vorsitzenden oder das von ihm als Berichterstatter bestellte Mitglied. Der Vorsitzende feitet die Verhandlung, Beretung und Abstimmung. Der Vorsitzende hat dahin zu wirken, daß der Sachverhalt eusreichend geklärt wird. Jedes Mitglied des Zulassungseusschusses kann sechdienliche Fregen und Anträge steflen.

§ 41

(1) Beratung und Beschlußfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten.

(2) Beschlüsse können nur bei vollständiger Besetzung des Zulessungsausschusses gefeßt werden. Stimmenthaltung ist unzulässig.

(3) Über den Hergang der Beratungen und über das Stimmenverhältnis ist Stillschweigen zu bewahren.

(4) Das Ergebnis des Verfehrens ist in einem Beschluß niederzulegen. In dem Beschluß sind die Bezeichnung des Zulassungsausschusses, die en der Beschlußfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschiußfassung enzugeben. Der Beschluß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und je einem Vertreter der Ärzte und der Krankenkessen zu unterzeichnen. Dem Beschluß ist eine Belehrung über die Zulässigkeit des Rechtsbehelfs, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Berufungsausschusses beizufügen.

(5) Der Vorsitzende stellt den Beteiligten alsbeld je eine Ausfertigung des Beschlusses mittels Postzustellungsurkunde zu, eine weitere Ausfertigung ist der Kassenärztlichen Vereinigung für die Registerakten zuzusenden. Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß euch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.

(6) Die Ausfertigungen unterzeichnet der Vorsitzende oder bei seiner Verhinderung ein Mitglied, das bei dem Beschluß mitgewirkt hat.

§ 42

Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie soll die Nemen der Sitzungsteilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen.

§ 43

Die Akten des Zulassungsausschusses sind fünf Jahre, Niederschriften und Urschriften von Beschlüssen zwenzig Jehre aufzubewahren.

2. Berufungsausschuß für Ärzte (Widerspruchsverfahren)

§ 44

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungseusschusses mit Angabe von Gründen beim Berufungsausschuß einzulegen. Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.

§ 45

(1) Der Widerspruch gilt els zurückgenommen, wenn die Gebühr nach § 46 nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet ist. Die Zahlungsfrist und die Folgen ihrer Nichteinhaltung sind in der Anforderung zu vermerken.

(2) Der Widerspruch kann ohne mündliche Verhandlung zurückgewiesen werden, wenn der Berufungsausschuß die Zurückweisung einstimmig beschließt.

(3) Die Vorschriften der §§ 36 bis 43 gelten entsprechend.

Abschnitt XII

Gebühren

§ 46

(1) Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:

a) bei Antreg auf Eintragung des Arztes in das Arztregister . . . . . 20,– DM
b) bei Antrag des Arztes auf Zulassung . . . 10,– DM
c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt die Beschlußfessung des Zulassungsausschusses enstrebt . . . . . 60,– DM
d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt . . . . . 100,– DM

Die Gebühren sind mit der Stellung des Antreges oder Einlegung des Widerspruchs fällig. Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.

(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:

a) nech unanfechtbar gewordener Zulassung . 200,– DM
b) nach unenfechtbar gewordener Beteiligung nach § 29 . . . . . 200,– DM

(3) Es sind zu zahlen

e) die Gebühr nech Absatz 1 Buchstabe e en die Kassenärztliche Vereinigung,
b) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe b und c und Absatz 2 en die Geschäftsstelle des Zulessungsausschusses,
c) die Gebühr nech Abs. 1 Buchstabe d en die Geschäftsstelle des Berufungseusschusses.

Abschnitt XIII

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§§ 47–55 gegenstandslos

Wir veröffentlichen dazu die Übergangsvorschriften der 1. Änderungsverordnung zur Zulassungsordnung:

Anhang (Übergangsvorschriften)

Artikel 2

(1) Die Vorbereitungszeit nach Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a hat auch erfüllt, wer bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung eine mindestens dreimonatige Tätigkeit els Vertreter oder Assistent bei einem oder mehreren frei praktizierenden Kassenärzten abgeleistet hat.

(2) Für die Beteiligungen, die nech § 30 der Zulassungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung ausgesprochen worden sind, gilt diese Vorschrift fort. Die nech dieser Vorschrift bei Inkrafttreten dieser Verordnung bei dem Zulassungsausschuß gestellten Anträge auf Beteiligung gelten als Anträge auf Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung; die Anträge

sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zuzuleiten.

(3) Ermächtigungen zur Teilnehme an der kassenärztlichen Versorgung, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung auf Grund der Vorschriften des Bundesmanteivertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen erteilt worden sind, gelten als Ermächtigungen nach § 31 der Zulassungsordnung.

(4) § 46 gilt für die dort genannten Verfahren, die bei Inkrafttreten dieser Verordnung noch nicht abgeschlossen sind, in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung fort.

Artikel 3

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit Artikel 5 § 2 des Dritten Rentenversicherungs-Änderungsgesetzes vom 28. Juni 1969 (BGBl. I S. 956) auch im Land Berlin.

Artikel 4

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

– *Verkündung der ZO-Ärzte am 26. Juli 1977 im „Bundesgesetzblatt"* –