



**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**

Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

# Leitsymptom: Schwindel

## Der Notfall: Akuter vestibulärer Schwindel

bearbeitet von Professor Dr. W. Schätzle und Dr. F.-C. Loch

### Symptomatik:

1. Plötzlich auftretender und nach Tagen erst abklingender Drehschwindel mit Übelkeit und/oder Erbrechen sowie anderen vegetativen Zeichen (Schweißausbruch, Hautblässe, Blutdruckabfall) mit oder ohne Schwerhörigkeit und Ohrensausen (Ausfallsyndrom)
2. Anfallsartiger Drehschwindel mit obigen vegetativen Zeichen, verbunden mit einseitiger Schwerhörigkeit und Ohrensausen (Anfallsyndrom)
3. Kurzdauernder Dreh- oder Schwankschwindel, besonders bei Legewechsel, meist ohne Übelkeit und ohne Ohrsymptomatik (Sekundenschwindel)

### Anamnese:

Art des Schwindels erfragen, wie Drehschwindel, Schwankschwindel oder Scherzwerden vor den Augen. Zeitlichen Ablauf der Schwindelerscheinungen ermitteln (Schwindelanalyse): Einmaliges Ereignis ohne erkennbaren Anlaß (akuter Vestibularisausfall, synergistisch Neuritis vestibularis). Gleichzeitige akute oder chronische Ohreiterung (Labyrinthitis)? Schädelunfall mit/ohne laterobasale Schädelfraktur (Felsenbeinfraktur, Contusio labyrinthi)? Wiederholter anfällsartiger Drehschwindel mit Übelkeit und Schwerhörigkeit, Ohrensausen (Morbus Menière)? Akute Intoxikation (Chinin, Salizylate, Aminoglykosidantibiotika, Alkohol, Nikotin)?

### Sofortdiagnostik:

Horizontaler oder horizontal-rotierender Spontennystagmus? Nach welcher Seite? **Hörprüfung**, wenn möglich. Nicht nur die Audiometrie, sondern auch die Stimmgabeldiagnostik (Rinne und Weber-Versuch mit der c<sub>1</sub>- oder e<sub>1</sub>-Stimmgabel) gestattet orientierend die Erfassung einer Schallempfindungsschwerhörigkeit. Rinne positiv – Luftleitung länger als Knochenleitung, jedoch gegenüber der Norm stark verkürzt; beim Weberschen Stimmgabelversuch (auf die Scheitelmittle aufgesetzte e<sub>1</sub>-Stimmgabel) erfolgt eine Lateralisation ins gesunde bzw. besser hörende Ohr.

**Otoskopie:** Blutung bei Traume oder Othämatom, Rötung des Trommelfells und pulsierende Ohreiterung bei akuter Otitis media oder bei akutem Schub einer chronischen Otitis media, normaler Trommelfellbefund bei akutem Vestibularisausfall, Morbus Menière und Sekundenschwindel

**Ototoxische Medikation** (z. B. Neomycin, Kanamycin, Gentamycin) sowie Alkoholintoxikation **ausschließen**: Alkoholvergiftung macht Spontannystagmus und richtungswechselnden Lagernystagmus, verbunden mit Drehschwindel und Übelkeit. Bei der Alkoholintoxikation handelt es sich um eine zentrale Vestibularisstörung, während die ototoxischen Medikamente periphere Vestibularisstörungen verursachen können.

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

Bei offroffenem Trauma steriles Abdecken des Ohres und sofortige Klinikweisung. Keine Tamponade, wenn nicht lebensbedrohliche venöse (Sinus-)Blutung. Bei Labyrinthitis hochdosiert Breitbandantibiotika und Klinikweisung, ebenso Klinikweisung bei schwerer Alkoholvergiftung. Bei akutem Vestibularisausfall oder Morbus Menière Gabe von vestibulär dämpfenden Mitteln wie *Psyquil*<sup>®</sup> oder *Torecan*<sup>®</sup> als Suppositorium bzw. eine Ampulle i. m. oder langsam i. v.; wenn entsprechende Medikamente nicht vorhanden, als sedierendes Mittel *Valium*<sup>®</sup> als Suppositorium bzw. 5 mg langsam i. v. oder 5 bis 10 mg i. m. (Dosierung kann gegebenenfalls wiederholt werden). Bei Sekundenschwindel keine Sofortmaßnahmen, außer Beruhigung des Patienten. Vor der notwendigen ätiologischen Abklärung vestibulär dämpfende Mittel ohne sedierende Wirkung, z. B. *Dogmatil*<sup>®</sup>, *Dilligan*<sup>®</sup> oder *Vomex A*<sup>®</sup> bzw. *Vertigo-Vomex*<sup>®</sup>

**Indikation  
für die sofortige  
Überweisung zum  
entsprechenden  
Fachspezialisten  
bzw. in die Klinik:**

Schädelbasisraktionen mit Vestibularisstörungen und Labyrinthitisfälle bei akuter oder chronischer Otitis media in die Klinik einweisen. Akuter Vestibularisausfall und Verdacht auf Morbus Menière sollen zunächst vom HNO-Arzt mit Vestibularisdiagnostik und audiometrisch abgeklärt werden. Zusätzlich internistische Untersuchung, gegebenenfalls HWS-Untersuchung. Ähnliches gilt für den Sekundenschwindel. Bei allen ist meist noch eine neurologische Untersuchung zur differentialdiagnostischen Abklärung erforderlich.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Patienten mit heftigem Schwindel sollten liegen (Ausnahme Patienten mit Sekundenschwindel bzw. Lagerungsnystagmus), sonst Gefahr des Hinstürzens. Kreislaufsituation wird im Liegen stabilisiert. Augen möglichst nicht schließen, da der vestibuläre Schwindel durch die optische Fixation gedämpft wird.

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

1. **Bei akutem Vestibularisausfall:** Abklärung, ob durchblutungsbedingt oder virale Entzündung des Hörnerven. Viruserkrankungen mit vestibulärer Beteiligung und enderweitigtem Hirnnervenbefall (z. B. Herpes zoster oticus). Abgrenzung zum Hörsturz mit vestibulärer Beteiligung. Abgrenzung von Intoxikationen, Traumen und Labyrinthitis
2. **Bei anfallsartigem Drehschwindel:** Morbus Menière, Formenkreis Menière-ähnlicher Erkrankungen und posttraumatischer Anfallsschwindel. HWS-Diagnostik bei zervikal bedingtem Anfallsschwindel
3. **Bei Sekundenschwindel:** Abklärung, ob periphere (Fistelsymptom oder Lagefistelsymptom bei Cholesteatom, labyrinthärer Einblutung) oder zentrale vestibuläre Verursachung (Durchblutungsstörungen im Vestibulariskerngebiet bzw. im Arteria vertebralis-basilaris-Ausbreitungsgebiet). Internistische Diagnostik: (labiler Bluthochdruck bzw. temporäre Hypotonie)

**Bei mehr oder weniger allen akuten Vestibularisstörungen**, besonders aber bei protrahiertem Verlauf, neurologische Abklärung im Hinblick auf eine zentralnervöse Systemerkrankung (Multiple Sklerose, Hirnarteriosklerose u. a.) oder einen Tumor (besonders Kleinhirnbrückenwinkel-Tumor bzw. Akustikusneurinom)



# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Dezember 1980

## Zum Jahresende

Das „Bayerische Ärzteblatt“ versteht sich seit Jahr und Tag als ein Bindeglied zwischen der Berufsvertretung „Kammer und KV“ und den bayerischen Ärzten. Seine Gestalter haben sich bemüht, dem Arzt in Praxis und Krankenhaus, oder wo immer er seinen Beruf ausüben mag, natürlich auch dem Arzt im Ruhestand, der sich noch für die Probleme interessiert, möglichst viele Informationen zu vermitteln. Sie kamen und kommen aus dem Bereich der Wissenschaft, der angewandten Medizin, der Gesundheits- und Sozialpolitik, der allgemeinen Politik, und nicht zuletzt aus dem Ständeleben. Wenn das Dezember-Blatt auf Ihrem Schreib- oder Lesetisch liegt, wird es schon von einem ersten Hauch des Advents-Lüfterls umgeben sein, es sei denn, daß Sie unserem Blatt den Zutritt zu Ihrem privaten Wohnbereich versagen und es, wie Werbesendungen, dem nüchternen Praxisbereich zuordnen. Das würde uns leid tun. Denn alle, die im „Bayerischen Ärzteblatt“ schreiben, würden sich freuen, wenn Sie sich Zeit nehmen zur Lektüre unter Ihrer privaten Leselampe. Natürlich wissen wir – es geht Ihnen leider nicht anders als uns selbst –, welcher Strom von Gedrucktem täglich Ihren Briefkasten füllt. Vieles wandert nach rescher Durchsicht in den Papierkorb. Wir glauben, daß das „Bayerische Ärzteblatt“ es verdienen würde, von Ihnen gelesen zu werden. Daß viele Kolleginnen und Kollegen dies bereits entdeckt haben, zeigen uns die vorzüglichen Leseranalysen unseres Blattes, die ja regelmäßig für alle Zeitschriften gemacht werden.

Es war gerade vom Advents-Lüfterl die Rede. Wir würden uns wünschen, daß es in allen Arztfamilien zu spüren ist. Zu sehr haben wir uns daran gewöhnt, die Zeit vor Weihnachten mit Hetze und Zeitdruck gleichzusetzen. Zu sehr auch wurde die Adventszeit kommerzialisiert. Wir denken nicht an irrealen Ausdrucksweisen der Nostalgie, wenn wir uns wünschen, es möge wieder ein bißchen von dem Adventsgefühl in die Familien einziehen, das wir in unserer Erinnerung tragen. Vielleicht werden manche Älteren von uns dabei ein grausam schlechte Zeiten erinnern. Aber – Hand aufs Herz – haben wir demals nicht eine ruhige Adventsstunde dankbar genossen? Es gibt kein „Zurück zur Natur“ im Sinne primitiver Naturschwärmer oder Nostalgieverrückter. Aber eine Besinnung auf unverzichtbare zwischenmenschliche Verbindungen täte wohl not.

Wie sehr wir dieser Rückbesinnung bedürfen, zeigt die gerade im zu Ende gehenden Jahr heftig geführte Diskussion um die Humanität im Krankenhaus und in der ärztlichen Versorgung schlechthin. Bleiben wir beim Krankenhaus. Jeder von uns kennt die personellen Engpässe, die erhebliche Belastung vieler Ärzte und ihrer Mitarbeiter. Wir glauben aber, daß es wert wäre, an einem ruhigen Tag des Jahres einmal darüber nachzudenken, ob menschliche Zuwendung abhängig ist von Planstellen und Dienstplänen. Für ihre Verbesserung gibt es

genug gute Gründe. Das freundliche Wort, die Geste des Verstehens sollte man nicht davon abhängig machen. Der Arzt der Praxis – der Kassenarzt – ist, das wissen wir alle, nicht selten der Leidtragende unberechtigter Forderungen, einer, den man auszunützen versucht, um eine unberechtigte Krenkschreibung zu erreichen, den man nichts aus dem Bett holt, obwohl der Hals schon am Vormittag weh getan hat. Dennoch sollte uns dies nicht den Blick trüben für alle jene, für die „Ihr Arzt“ immer noch der Ankerplatz ist, der sie vor den rauhen Wellen der offenen See schützt.

Enttäuschung und Bitternis, die man erlitten und erduldet hat, dürfen uns nicht hindern, das vor uns Liegende zuversichtlich und mit aller Kraft in Angriff zu nehmen.

Trotz aller Beschwerden warten auf die Ärzte unseres Landes auch in der Zukunft Aufgaben und Pflichten, denen wir gerecht werden müssen. Ärzte haben zu allen Zeiten ihre Pflicht getan, weil es ihre Berufung war. Von den Gefangenenerlegern in Sibirien bis zu den modernen Kliniken und Praxen unserer Zeit spannt sich ein weiter Bogen. Die Bedingungen, unter denen Ärzte geholfen haben und helfen, unterscheiden sich um Welten. Der Geist aber, die „Motivation“, welche das Helfen befähigt, darf sich nicht unterscheiden.

Es kann keine Alternative „Technik oder Humanität“ für uns geben. Die Humanität ist die alleinige Grundlage ärztlichen Handelns. Aus- und Weiterbildung des Arztes sind Voraussetzung für sein Handeln. Neben diesen bestimmt die Technik die Möglichkeiten und Grenzen, die ihm gegeben oder gesetzt sind.

Im Verhältnis Arzt-Gesellschaft ergeben sich damit klare Aufteilungen: Was der Arzt einbringen muß, ist seine humanitäre Grundhaltung und seine Bereitschaft, sich auch nach der Ausbildung noch einer Weiterbildung und ständigen Fortbildung zu unterziehen, die ihm die Befähigung gibt, seinen Beruf zum Nutzen seiner Mitbürger auszuüben. Die Gesellschaft muß dem Arzt die Möglichkeit geben, sein Wissen und Können anzuwenden. Die Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, das Aufbringen der Mittel für die Bereitstellung der Technik – das sind Beispiele für das, was der Arzt von der Gesellschaft erwarten darf und muß. Neidkomplexe über angeblich zu gut verdienende Ärzte dürfen das Verhältnis Arzt-Gesellschaft ebensowenig belasten wie Verärgerung über vermeintliches oder tatsächliches Anspruchsdenken und unberechtigte Ausnützung.

Es wäre im wohlverstandenen Interesse aller Beteiligten, wenn diese Gedanken uns im kommenden Jahr gemeinsam beschäftigen würden.

Allen Kolleginnen und Kollegen und Ihren Familien wünschen wir gesegnete Weihnachtstage, Glück und vor allem Gesundheit für das kommende Jahr.

Professor Dr. Sewering

Dr. Breun

Dr. Fuchs

Dr. Kolb

# Vollversammlung des 33. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

## Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

### Plädoyer für eine hochwertige Besetzung des Arztberufes

#### Aufgaben des Arztes in Praxis, Krankenhaus und Öffentlichem Gesundheitswesen

Referat von Professor Dr. Hans J. Sewering

„Tätigkeitsbericht“ bedeutet seit Jahr und Tag nicht nur ein enges Berichten über die Alltagsarbeit der Kammer, sondern dieser Punkt gibt uns auch Gelegenheit – und das scheint mir sogar besonders wichtig zu sein –, die uns berührenden gesundheits- und sozialpolitischen und auch die berufspolitischen Fragen der Ärzteschaft zu diskutieren und damit das gesamte Feld abzustecken, auf dem wir uns bewegen, und die Situation zu analysieren, der wir gegenüberstehen.

Der schriftliche Geschäftsbericht zeigt, daß die Kammer auch im zurückliegenden Berichtsjahr eine umfangreiche Arbeit geleistet hat, an der die Geschäftsführung unserer Kammer einen erheblichen, schwergewichtigen Anteil hat. Darin fällt auf, daß sich die Zahl der Anerkennungen für Gebietsbezeichnungen nur geringfügig verändert hat. Auf Platz 1 stehen nach wie vor die Internisten, auf Platz 2 die Allgemeinärzte. Ich würde es lieber sehen, wenn die Allgemeinärzte an der ersten Stelle stünden. Aber immerhin hat die Zahl der Anerkennungen für Allgemeinmedizin zugenommen. Schon auf dem dritten Platz findet sich dann das Gebiet der Anästhesie. Wir haben auf der einen Seite noch einen Mangel an Anästhesisten, freuen uns also über die Zunahme der Gebietsanerkennungen, auf der anderen Seite sind die Berufsmöglichkeiten der Anästhesisten an den Krankenhäusern noch nicht genügend ausgebaut. Es hat aber wenig Sinn – und das gilt ganz generell –, daß man Ärzte für ein Ge-



Professor Dr. Hans J. Sewering

biet „produziert“, wenn man ihnen dann nicht die notwendigen Berufschancen für die weitere Dauer ihrer Berufstätigkeit einräumt.

Hinweisen darf ich darauf, daß wir gerade in der Vorbereitung eines neuen Sonderheftes des „Bayerischen Ärzteblattes“ mit allen berufsrechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen sind, die ein Arzt kennen muß. (Beifall) Wir haben schon einmal ein solches Heft im Dezember 1977 herausgegeben. In der Zwischenzeit hat sich vieles geändert. Das neue Sonderheft werden wir den Kreisverbänden in der notwendigen Zahl zur Verfügung stellen, damit sie es auch neu kommenden Kollegen in die Hand geben können. Es wird ja immer wieder

gefragt z. B. nach der Berufsordnung, nach der Weiterbildungsordnung.

#### Intensive Fortbildung

Intensiv betrieben wurde weiterhin die ärztliche Fortbildung, für uns ja ein zentrales Anliegen. Die Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg, in Nürnberg, in Regensburg werden fleißig besucht, wobei die Nürnberger Veranstaltung, die nur einmal im Jahr stattfindet, eine besonders hohe Teilnehmerzahl hat, die sich immer um die 4000 herum bewegt. Besonders danken möchte ich aber den Kollegen in den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden; denn die lokale und regionale Fortbildung hat eine immense Bedeutung gewonnen. Der Zuspruch zu diesen Veranstaltungen ist außerordentlich groß. Wir können uns also nur darüber freuen, daß diese Aktivitäten auf der Ebene der Kreis- und Bezirksverbände oder der regionalen Fortbildung wirklich in erfreulicher Weise gepflegt werden, und wir sollten das euch in der Zukunft fortsetzen.

Als ein Schwerpunktthema, das von der Kammer aus gestattet wurde, darf ich unsere Veranstaltungen über den Reaktorunfall erwähnen. Wir haben diese Veranstaltungen in Lendshut, in Augsburg und in Würzburg durchgeführt, also dort, wo Kernreaktoren in Betrieb sind. Das Interesse und die Beteiligung der Kollegen war beachtlich. Ich hoffe, daß wir damit auch einen Beitrag zur

Entemotionalisierung eines Themas leisten konnten, das in der Presse immer wieder in dieser oder jener Form behandelt und hochgespielt wird. Wir alle sind uns über die Problematik der Atomenergie im klaren, aber auf der anderen Seite sind wir uns wohl alle ebenso darüber einig, daß wir unseren Energiebedarf in einem Industrieland nun einmal ohne Kernenergie nicht decken können. Wir müssen also Wege finden, um diese beiden Gesichtspunkte miteinander zu verbinden.

### Strahlenbelastung durch die Ärzte?

Lassen Sie mich zur Strahlenbelastung schlechthin noch folgendes anmerken: Es wird in der Thematik um die Gefährdung der Bevölkerung immer wieder einmal gern auf die Behauptung abgelenkt, die Hauptbelastung unserer Mitmenschen komme von den Ärzten, komme durch die medizinische Anwendung der Röntgenstrahlen. Natürlich hat die Röntgendiagnostik und die Anwendung offener radioaktiver Substanzen einen erheblichen Umfang in der Medizin. Ich frage mich nur, wie unsere Öffentlichkeit reagieren würde, wenn wir jetzt unter dem Druck solcher Meldungen und Agitationen etwa die Untersuchungen mit Röntgengeräten minimieren würden und nachher plötzlich viele Patienten klagen, weil ihre krankhaften Befunde nicht früh genug entdeckt worden sind. Ich glaube, auch hier muß unsere Bevölkerung und unsere Gesellschaft einsehen, daß die Röntgenuntersuchung ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Diagnostik ist, und zwar nicht etwa unverzichtbar aus finanziellen Gründen für die Ärzte, sondern unverzichtbar im Interesse unserer Patienten. Deshalb sollte man ein Gebiet, ein Thema, das so heikel ist, nicht in dieser agitativen Form ansprechen, wie das manchmal geschieht. Wir sind uns natürlich darüber klar, daß jede Röntgenuntersuchung indiziert sein muß und dabei die Grundsätze z. B. des Strahlenschutzes natürlich voll beachtet werden müssen.

Was die Qualität der Röntgenuntersuchungen angeht, so hat die Kassenärztliche Vereinigung inzwischen beschlossen, ihre Maßnahmen zur technischen Qualität der Röntgenuntersuchungen, der Röntgenaufnahmen auszubauen. Für die Mam-

mographie wird diese Qualitätskontrolle seit Jahren durchgeführt. Sie wird jetzt auch auf Röntgenaufnahmen anderer Organe erweitert, weil wir der Meinung sind, daß eine solche Qualitätssicherung heute eine unverzichtbare Maßnahme ist, auch im Hinblick auf die Sicherung unserer Glaubwürdigkeit gegenüber der Öffentlichkeit.

Im Bundestag sind gerade in der letzten Zeit Anfragen und Anträge eingegangen, die Bundesregierung möge einen Strahlenpaß einführen. In diesen Strahlenpaß sollte dann jeder Arzt jede Röntgenuntersuchung eintragen, die er gemacht hat. Wenn ich mir vorstelle, daß alle Patienten, alle Versicherten — das sind also 93 Prozent der Bevölkerung! — und dann noch einige dazu, einschließlich der paar Millionen Gastarbeiter und ihrer Familienangehörigen, mit einem Strahlenpaß ausgestattet werden, dann möchte ich wissen, wie oft sie ihn dabei haben und überhaupt noch finden, wenn sie zum Doktor gehen. Ich halte solche Gedanken für so abwegig, daß man sich immer wieder nur über die Phantasie von Politikern wundern kann, die solche Ideen produzieren.

### Erfolgreiche Perinatalerhebung — doch es kann noch besser werden!

Nun zu unserer Arbeit! Ich habe bei der Eröffnung des Ärztetages (dazu Heft 11/1980) schon die bayerische Perinatalerhebung kurz angesprochen, die wir aufgrund der guten Ergebnisse der Münchener Perinatalstudie begonnen haben. Ich freue mich, daß die Geburtshelfer in 136 Kliniken Bayerns sich freiwillig dieser bayerischen Perinatalerhebung angeschlossen haben. Wir haben bereits weitere Anmeldungen. Im vergangenen Jahr — und 1979 war das erste Jahr unserer bayerischen Erhebung — erreichten wir bereits 59 Prozent aller in Bayern Neugeborenen. Und das ist eine Zahl von fast 64 000 Geburten. Dabei ist allerdings die Beteiligung, bezogen auf die Gesamtzahl der Geburten in den Regierungsbezirken, außerordentlich unterschiedlich. Von Oberfranken z. B. haben wir 71 Prozent aller Geburten erfaßt, von Niederbayern nur 15 Prozent.

Ich möchte mich gerade bei dieser Gelegenheit an die Kollegen aus den Regierungsbezirken wenden

**Wichtig\*  
Tabletten!**



**der Preisvorteil**

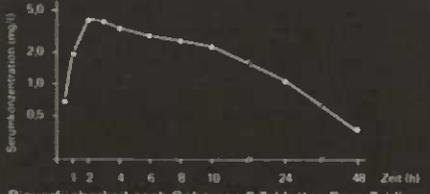
8 Tabl.	16 Tabl.
<b>18.06</b>	<b>33.00</b>

Breitbandantibiotikum

# Doxy- Tablinen®

Doxycyclin 100 mg

\*Unsere galenische Weiterentwicklung des Wirkstoffes Doxycyclin zur Darreichungsform Tablette bietet alle Vorteile: **schneller Zerfall, dadurch speiseröhrenfreundlich — gut teilbar (Akne, Kinder) — sehr gute Bioverfügbarkeit — sehr preiswert —**



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

**Indikationen:** Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern  
**Kontraindikationen:** Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien, Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft, Vorsicht bei bestehendem Scur. Während der Knochen- und Zahrentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.  
**Mögliche Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.  
**Dosierung und Anwendungsweise:** Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.



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



Präsident, Vizepräsidenten und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

und sie doch herzlich bitten, mit ihren Geburtshelfern ins Gespräch zu kommen, damit wir diese Erhebung möglichst umfangreich durchführen können; denn das liegt im Interesse unserer Kinder, unserer so dringend benötigten Neugeborenen, die das Licht dieser Welt lebend erblicken dürfen.

Bei dieser Gelegenheit nur einige Zahlen! Die perinatale Mortalität wurde im Rahmen der Studie mit elf Promille ermittelt, wobei nach wie vor die Frühgeburtlichkeit einer der wesentlichen Bereiche und Gründe für diese Sterblichkeit ist. Die Frühgeburtlichkeit lag bei fast acht Prozent.

Von den Schwangeren kamen 60 Prozent in den ersten drei Monaten zur Schwangerschaftsuntersuchung. Aber nach wie vor ist die Zahl der Untersuchungen während der Schwangerschaft insgesamt noch unzureichend. Hier gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Eine erfreuliche Feststellung: Die mütterliche Mortalität ist praktisch kein Problem mehr. Die Zahl der Sterbefälle bei den Müttern lag bei 0,006 Prozent. Nach der absoluten Zahl waren es vier Sterbefälle.

Diese Studie wird fortgesetzt. Sie wird von der Datenverarbeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns getragen. Eine immense Aufgabe für unsere Mitarbeiter in der Datenverarbeitung! Doch die Mitarbeiter haben solche Aufgaben sehr gern übernommen, weil sie doch

mehr bedeuten, als lediglich nur mit Zahlen umzugehen. Die Leistung unserer Datenverarbeitung, an die wir im übrigen auch das Melderegister der Bayerischen Landesärztekammer angeschlossen haben, ist ganz vorzüglich.

#### **Gründliche Tumornachsorge – Bayern machte den Anfang**

Wir haben vor zwei Jahren mit einem Modellauf der ambulanten Tumornachsorge für drei Tumorformen – Kollum-, Korpus-, Mammakarzinom – begonnen und zwei Jahre Erfahrungen gesammelt. In dieser Zeit bestanden noch keine sehr einheitlichen Meinungen darüber, ob man das tun sollte oder nicht. Es ist heute im ganzen Bundesgebiet unbestritten, daß der Primärbehandlung von Tumorkranken eine gründliche ärztliche Tumornachsorge folgen muß. Man hat in der letzten Zeit einigen Publikationen entnehmen können, daß dazu eine Reihe von Ansätzen im Bundesgebiet vorhanden sind. So hat jetzt in Nordrhein-Westfalen eine Gruppe von Kollegen einen Nachsorgepaß eingeführt, den die Kassenärztliche Vereinigung übernommen hat. Aber es gibt, auch wenn in der Publizistik des Bundesgebietes vergessen wurde, das zu erwähnen, überhaupt keinen Zweifel, daß wir es seit zwei Jahren auf der Basis der niedergelassenen Ärzteschaft bereits betreiben, und zwar mit sehr positiven Ergebnissen.

In enger Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte in Bayern wurde der Erhebungs- und Dokumentationsbogen überarbeitet. Es hat sich bereits in diesen zwei Jahren gezeigt, daß man auf die eine oder andere Untersuchung verzichten kann. Auch hinsichtlich der Abstände der Untersuchungen wurden Erfahrungen gesammelt. Wir haben den neuen Dokumentationsbogen jetzt in Druck und werden ihn zusammen mit einem neugestalteten Nachsorgeterminkalender in Kürze an die fachlich angesprochenen Kollegen verteilen.

Wir sollten dann allerdings wirklich mit allem Nachdruck bei den Kollegen draußen dafür werben, daß alle Frauen, die mit einschlägigen Erkrankungen in die Praxis kommen, auch in diese Tumornachsorge einbezogen werden. Sie ist eine typisch interdisziplinäre Aufgabe der Ärzte und sollte so wahrgenommen werden, daß sie wirklich voll wirksam ist.

Wir können also die Erfahrungen, die wir gesammelt haben, mit gutem Gewissen in die neue Dokumentationsgeneration hinübernehmen. Ich möchte den Kollegen, die an dieser Arbeit beteiligt waren, gern meinen besonderen Dank aussprechen. Ich bitte also, diese Aktivität, die jetzt in der zweiten Generation anläuft, nachdrücklich zu unterstützen.

#### **Pränatale genetische Diagnostik – eine Aufgabe der ambulanten Praxis**

Einer neuen Aufgabe haben wir uns zugewandt, die uns von erheblicher Wichtigkeit zu sein scheint, nämlich der pränatalen genetischen Diagnostik. Es hat sich inzwischen gezeigt, daß durch Fruchtwasseruntersuchungen, zytogenetische Untersuchungen aus dem Fruchtwasser sehr sichere Voraussagen darüber gemacht werden können, ob mit einem behinderten Kind zu rechnen ist. Damit kann manche Sorge von einer Mutter genommen werden. Das bayerische Sozialministerium hat uns für die Heranbildung, für die Weiterbildung einiger Ärzte und einiger medizinisch-technischer Assistentinnen einen Betrag von 650 000 DM zur Verfügung gestellt. Wir haben Verbindung aufgenommen in München mit Herrn Kollegen Murken, in Erlangen mit Herrn Kol-



Nichts  
ist schwerer zu ertragen  
als ein verdauungsschwacher  
Magen.

# Pankreaplex®

- stimuliert die physiologische Verdauungsleistung
- stabilisiert die Funktionen von Magen und Darm ohne Enzymsubstitution
- beseitigt störende intestinale Symptome in jedem Lebensalter

Unbekannter  
ital. Meister des 18. Jh.

**Indikationen:** Akute und chronische Magen- und Darmstörungen, funktionelle Sekretionsschwäche der Verdauungsorgane, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Inappetenz, intestinale Beschwerden bei Diabetes mellitus. **Zusammensetzung:** Parcolat. 1-10: Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaperillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydroi. 0,5 g, Corriganlia ad 20 ml. 1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

**Preise:** Packungen: 60 Dragées 6,29 DM, 150 Dragées 12,70 DM, 20 ml Liquidum 6,35 DM, 50 ml Liquidum 12,75 DM Stand: 1. Juni 1980

 **Schaper & Brümmer**  
Salzgitter · Ringelheim  
Naturstoff-Forschung und -Therapie

legen Pfeiffer, und beide Kollegen haben sich sofort bereit erklärt, mit uns zusammen diese Aufgabe in Angriff zu nehmen und dafür zu sorgen, daß einige Ärzte und Assistenzpersonal in dieser Aufgabe entsprechend weitergebildet werden. Ich möchte Herrn Kollegen Murken (der als Delegierter am Ärztetag teilnahm) besonders herzlich für die Aufgeschlossenheit und die Aktivität danken, die er hier entwickelt hat; wir wollen diese Aufgabe gemeinsam fortführen. Wir sind uns darüber klar, daß rein zahlenmäßig nicht allzu viele Ärzte benötigt werden, aber wir sollten doch zu erreichen versuchen, daß in allen Bereichen Bayerns Ärzte zur Verfügung stehen, die diese Aufgabe übernehmen können. Es ist eine typische Aufgabe der ambulanten Versorgung, natürlich aber auch der klinischen Betreuung Schwangerer, sofern sie stationär aufgenommen sind. Aufgabe der Gynäkologen ist es dabei, das Fruchtwasser zu entnehmen. Aber ohne den Zytogenetiker, der dann die notwendigen Untersuchungen macht, geht es nicht. Wir haben inzwischen auch vereinbart, daß wir das Ausbildungsprogramm für unsere Schülerinnen an unserer Zytologie-Schule in München unter der Leitung von Herrn Kollegen Soost auch auf die technische Vorbereitung für zytogenetische Untersuchungen erweitern wollen, so daß in absehbarer Zeit genügend Assistenzpersonal für diese Aufgabe zur Verfügung stehen wird.

Das ist wieder einer der typischen Beiträge, die die Bayerische Landesärztekammer seit Jahren für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung leistet. Für uns steht seit Jahr und Tag die Sorge um den Mitmenschen im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

#### **Vorwürfe gegen die Psychiatrie weitgehend unbegründet**

Ein weiteres Anliegen, das uns beschäftigt, ist die ambulante psychiatrische Versorgung, natürlich auch unsere Mithilfe bei der Verbesserung der stationären Versorgung. In den bayerischen Bezirkskrankenhäusern sind große Fortschritte gemacht worden. Die Bezirke und die Ärzte der Bezirkskrankenhäuser haben hier in den vergangenen Jahren Erhebliches geleistet. Ich glau-



Ehrgäste (von rechts nach links): Ministerialrat Scholz, Ministerialdirigent e. D. Dr. Hein, Ministerialdirigent Dr. Drausnick, Präsident Dr. Vilmar, Abteilungsleiter Albrecht, Rechtsanwalt Poellinger, Dr. Sluke

be, die Vorwürfe, die man immer wieder einmal erhebt, zeigen sich weitgehend als unbegründet; denn jeder ist bemüht, das Beste auf diesem Gebiet zu tun. Aber es muß natürlich auch auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung unserer psychisch Kranken ein Zustand erreicht werden, der unseren Vorstellungen einer optimalen Versorgung entspricht, wobei der Grundsatz der Gleichstellung des psychisch Kranken mit dem somatisch Kranken für uns natürlich immer im Mittelpunkt steht. Ich möchte hier die Aussage von Herrn Staatsminister Pirkel unterstreichen (vgl. dazu die in Heft 11/1980 veröffentlichte Rede). Er hat ausdrücklich eine Absage an die Erweiterung der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in Richtung ärztliche Diagnostik und Therapie gegeben. Das heißt: er hat eine Absage an das psychiatrische Ambulatorium erteilt. Das ist für uns eine besonders wichtige Feststellung. (Beifall) Wir wehren uns dagegen, daß man immer von der Gleichstellung des psychisch und somatisch Kranken redet, und dann die Bundesregierung Programme vorlegt, die nichts anderes bezwecken, als die Errichtung psychiatrischer Großambulatorien, in die die psychisch Kranken hineingeholt werden sollen mit der Begründung, die niedergelassene Praxis würde sie nicht erreichen. Ich habe diese entscheidenden Sätze aus einem Positionspapier der Bundesregierung in meinem Artikel zur ambulanten psychiatrischen Versorgung zitiert.

Natürlich muß uns als Ärzten daran gelegen sein, mit solchen Beratungsstellen, die die soziale Betreuung übernehmen, engstens zusammenzuarbeiten. Das heißt, es muß ein ganz enger und unlösbarer Kontakt zwischen den Sozialarbeitern und den Ärzten hergestellt werden, damit die Funktionsfähigkeit dieser Einrichtungen gegeben ist und so wirklich alles erschlossen werden kann, was für unsere psychisch Kranken getan werden muß. Aber ansonsten gehört der Patient nach dem Grundsatz der freien Arztwahl zu dem Arzt, den er sich selber herausucht, und nicht in ein großes Ambulatorium.

Sehr bedanken möchte ich mich in diesem Zusammenhang für die klaren und überzeugenden Stellungnahmen des Berufsverbandes der Nervenärzte in Bayern (sein Vorsitzender, Herr Kollege Günther, ist Mitglied unserer Vollversammlung).

#### **Nicht-ärztliche Psychotherapeuten brauchen eine spezielle Aus- und Weiterbildung**

Ich bin sicher, daß wir in absehbarer Zeit wieder mit einem Gesetzentwurf über die Einbeziehung nicht-ärztlicher Psychotherapeuten konfrontiert werden. Die Ärzteschaft hat schon bei dem ersten Referentenentwurf und bei anderen Gelegenheiten dazu Stellung genommen und erklärt, daß gegen die Einbeziehung nicht-ärztlicher Psychotherapeuten

dann keine Einwendungen erhoben werden, wenn diese Psychotherapeuten eine entsprechende Ausbildung durchlaufen haben, die in der Normalausbildung der Psychologie nicht im entferntesten enthalten ist.

► Es muß also verlangt werden, daß diese Psychotherapeuten, die aus der Psychologie kommen, eine ganz spezielle und gezielte Aus- und Weiterbildung erfahren.

► Es muß weiter sichergestellt werden, daß kein Patient in die Hand eines nicht-ärztlichen Psychotherapeuten kommt, wenn nicht vorher durch den Arzt eine organische Ursache seiner „psychischen“ Störung ausgeschlossen worden ist. (Beifall) Das ist der entscheidende Punkt. Wer die Beratungen über diese Frage beobachtet, stellt leider mit Sorge fest, daß man sich sehr bemüht, genau um diesen Kernpunkt herumzukommen und den direkten Zugang zum nicht-ärztlichen Psychotherapeuten erstrebt. Das ist eine Versündigung an der Gesundheit dieser armen Menschen; dagegen muß sich die Ärzteschaft nachdrücklich zur Wehr setzen.

#### „Krückstock“ für alle Lebenslagen?

Im übrigen sollten wir Ärzte keine Gelegenheit vorübergehen lassen, unseren Mitmenschen, der Öffentlichkeit klarzumachen, daß um den (angeblichen) Umfang des Bedarfs an Psychotherapie eine Propaganda gemacht wird, die mit der Wirklichkeit überhaupt nichts mehr zu tun hat. Wir sollten einmal klarmachen, daß die Psychotherapie nicht zum Krückstock werden darf für jeden, der glaubt, einen etwas holprigen Lebensweg stückweise allein nicht mehr zurücklegen zu können. Ich bin der Auffassung, daß die Menschen endlich wieder lernen müssen, auch auf eigenen Füßen zu stehen und mit ihren Problemen fertig zu werden. Es ist nicht die Aufgabe der Psychotherapie, in jedem Ehekonflikt tätig zu werden, den die Ehepartner besser selber miteinander lösen würden. (Beifall)

#### Die Verträge über den „Blaulichtdokter“ sind abgeschlossen ...

Im vergangenen Jahr hat der neu bestellte Innenminister Gerold Tandler zum Thema „Blaulichtdokter“ erklärt, für ihn sei dieser Notarzt- oder



Münchener Delegierte

Rettungsdienst der Ärzte Teil der ambulanten Versorgung. Das war eine wichtige Feststellung; denn zu diesem Zeitpunkt war die Frage noch umstritten. In der Zwischenzeit haben wir mit den Landesverbänden der RVO-Kassen und den Ersatzkassen die Verträge abgeschlossen. Derzeit sind wir dabei, die Einzelverträge mit den Rettungszweckverbänden abzuschließen. Die Lage ist ja in jedem Rettungszweckverband etwas unterschiedlich.

#### ... und gehen von der kassenärztlichen Regelung aus

Die Regelung, die mit den Krankenkassen getroffen werden konnte, geht davon aus, daß hier eine am-

bulante kassenärztliche Aufgabe zu erfüllen ist, die aber nicht allein den Kassenärzten obliegt, sondern von den Ärzten aus Krankenhaus und Kassenpraxis gemeinsam zu erfüllen ist. Dabei wird der Tagdienst in aller Regel von Ärzten an Krankenhäusern geleistet, während die Nachtdienste und Feiertagsdienste von Ärzten geleistet werden, die sich dazu freiwillig melden.

Die Honorierung wurde von den Krankenkassen in einer nach unserer Meinung anständigen und sauberen Weise zugestanden. Wir haben jetzt für die Kollegen, die diesen Dienst tun, eine Garantiesumme vereinbart, damit in den peripheren Bereichen, wo oft wenige Einsätze sind, der Doktor nicht eine ganze



Oberbayerische Delegierte

Nacht umsonst in Bereitschaft sein muß. Die Krankenhausärzte, die im freiwilligen Einsatz an diesem Blaulichtdienst teilnehmen, werden in ihrer Honorierung dem Kassenarzt völlig gleichgestellt. Das ist eindeutig geregelt. Schwieriger wird es mit dem Einsatz derjenigen Krankenhausärzte, die während ihrer Dienstzeit im Blaulichtwagen fahren; denn hier haben wir nun einmal zu berücksichtigen, daß der Marburger Bund auf Bundesebene eine Ergänzung des Tarifvertrages vereinbart hat, wonach der Dienst im Blaulichtwagen Dienstaufgabe ist. Das heißt, in diesen Fällen ist dann der Krankenhausträger der Träger des Dienstes und er setzt seine Ärzte ein. Soweit sich die Krankenhausträger auf diese Bestimmung des Tarifvertrages berufen, bleibt der Kassenärztlichen Vereinigung keine Möglichkeit, daran vorbei Verträge mit Einzelärzten abzuschließen. Wir müssen das also respektieren. Wir werben aber bei den bayerischen Krankenhausträgern nachdrücklich dafür, den Kollegen auch während der Dienstzeit die Tätigkeit im Blaulichtwagen als Nebentätigkeit zu gestatten. Die Bayerische Krankengesellschaft und ihr Vorsitzender, Herr Regler, haben mir versichert, daß auch sie mit uns der Meinung sind, es sollte – soweit wie möglich – auch während der Dienstzeit die Nebentätigkeitsregelung Platz greifen. Hier haben wir eine besondere finanzielle Regelung getroffen, weil die Krankenhausträger nicht aus Habgier, sondern aus rein rechtlichen Gründen in diesen Fällen eine Rückerstattung von Ge-

haltsbeständen oder Gehaltstellen für diese Nebentätigkeit verlangen müssen. Alles in allem: ich glaube, daß die Regelung optimal ist.

Im übrigen: es gibt jetzt schon wieder Publikationen, in denen mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck gebracht wird: Ja, da sollen plötzlich Kassenärzte im Blaulichtwagen fahren; das können die doch überhaupt nicht! Ich glaube, wir sollten uns hier nicht über Qualifikationsfragen streiten, sondern froh sein, wenn hier Krankenhaus- und Kassenärzte gemeinsam eine Aufgabe erfüllen. Die Fortbildung in diesen speziellen Aufgaben heben alle Beteiligten nötig, und die wird jetzt von der Kammer auch für die, die sich freiwillig gemeldet haben, organisiert werden.

Der kassenärztliche Notfallbereitschaftsdienst wird natürlich ebenfalls weiter ausgebaut. Wir haben hier einen Vertrag abgeschlossen mit dem Bayerischen Roten Kreuz als Träger der Rettungsleitstellen. Wir benützen für beide Dienste gemeinsam die technischen Einrichtungen und das Personal der Rettungsleitstellen, weil dadurch eine straffere Durchführung möglich ist und auf diese Weise auch Kosten gespart werden. Ausnahmen bleiben München und Nürnberg mit ihren sehr großen Bereichen, wo eigene Zentralen für den kassenärztlichen Notfallbereitschaftsdienst bestehen. Unser besonderes Anliegen dabei ist auch eine Reduzierung der Zahl der Fehleinsätze des „Bleulichtarztes“. Die Bevölkerung gewöhnt sich immer mehr an, einfach

die Notnummer zu wählen, weil das praktisch ist und man nicht lange nachschauen muß, wo der kassenärztliche Notfallbereitschaftsdienst ist. Da ist es besonders wichtig, daß dann dort, wo die Rufe einkommen, durch gezielte Fragen geklärt wird, ob das wirklich ein Fall für Blaulichteinsatz ist oder ob es nicht auch genügt und viel angemessener ist, den diensthabenden Kassenarzt zu verständigen. Denn jeder Blaulichteinsatz kostet mehrere hundert Mark, und auch hier müssen wir an die Kosten denken.

Ich bitte, alle diese Aktivitäten zu unterstützen und auch werbend bei den jungen Kollegen tätig zu sein. Für die Alten ist das natürlich kein Dienst mehr; denn da muß man gute Nerven haben.

### Es bleibt dabei: In Bayern keine ambulanten Schwangerschaftsabbrüche

Was das Thema Schwangerschaftsabbruch betrifft, nur noch einmal eine Unterstreichung einer meines Erachtens außerordentlich wichtigen Erklärung, die der Herr Staatsminister gestern für die Bayerische Staatsregierung abgegeben hat: Die Bayerische Staatsregierung wird keine Rechtsvorschrift oder keinen Gesetzentwurf zur Regelung des ambulanten Schwangerschaftsabbruchs einbringen. Es wird in Bayern von der zuständigen Behörde keine solche Genehmigung geben. Das sollte man begrüßen; denn damit wird wenigstens eine Ausweitung in dieser Richtung verhindert werden. Die Richtlinien des Bun-

## Das erste Venodiureticum

# dehydro sanol tri



entstaut aktiv mit sanftem Zwang

*Kahinnheit*

**Zusammensetzung:** Triamteren 20 mg, Bemetizid 10 mg, Hesperidin-Komplex 80%ig (Citrus-Flavonoide) 50 mg, Aneurinritrat 2 mg. **Indikationen:** Schmerzhaftes Stauungsbeschwerden in Beinen, statische (lokale) Ödeme mit Störung der Kapillarpermeabilität. **Dosierung:** Täglich morgens 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen. Erhaltungsdosis: Einnahme von 1 Dragée je 2. oder 3. Tag morgens. **Nebenwirkungen:** Nach Literaturangaben: Benzothiadiazin-Derivate können in seltenen Fällen Veränderungen des Blutbildes verursachen. Bei Anwendung von Triamteren kann es sehr selten zu Veränderungen des roten Blutbildes (Megaloblastose) kommen. Zum Präparat: Seltene Magen- und Darmbeschwerden, Schwindel und hypotone Dysregulationen (z.B. bei Patienten mit orthostatischem Syndrom). DEHYDRO SANOLTRI kann die Wirkung blutdrucksenkender Mittel verstärken. **Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Niereninsuffizienz, therapieresistente Hypo- und Hyperkaliämie, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Gicht, in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten. **Hinweise:** Bei Diabetikern ist eine Herabsetzung der Glukosetoleranz möglich. Bei Langzeitbehandlung empfehlen wir monatliche Kontrollen des Mineralstoffwechsels und Kontrollen der Harnstoffwerte bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Harnsäurekontrollen bei Patienten mit Gicht, Kontrollen des Blut- und Harnzuckers bei Diabetikern. **Darreichungsformen und Preise:** Packung mit 20 Dragées DM 18,87 incl. MwSt. Packung mit 50 Dragées DM 38,95 incl. MwSt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer wissenschaftlichen Basisdokumentation oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Sanol Schwarz GmbH, 4019 Monheim

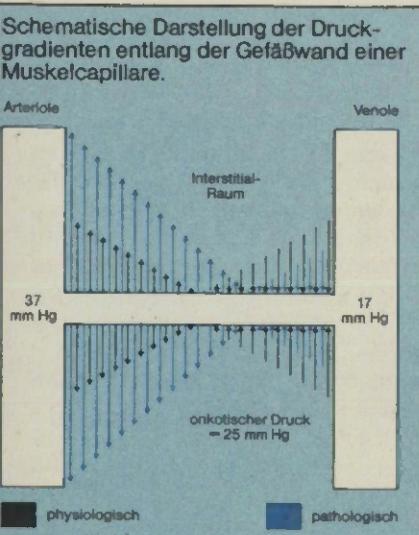
Spezialist im Dienst der Gesundheit



# Schreiben Sie uns

... ob Sie bei einem venostatischen Ödem ein Venenmittel oder ein Venodiuretikum einsetzen. Ihre Erfahrung ist für uns wichtig!

... Wird der Druck in den Venen zu groß, wird Flüssigkeit ins Gewebe gedrückt. Es kommt zum venostatischen Ödem.



... Die zeitliche Verzögerung der Ödementstehung ist mit einigen Venenmitteln möglich, nicht aber bei einer Ausschwellung bestehender venostatischer Ödeme.

... „Diese Substanzen sind also in der Lage, die Ödementwicklung bzw. diese morphologischen Störungen an der Kapillarwand irgendwie abzubremsen.“

... Felix, W.: in „Ergebnisse der Angiologie“ Bd. 16, S. 87, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

... Ist ein venostatisches Ödem erst einmal ausgeprägt, kann

es nur mit Kompressionsverband und/oder wasserentziehenden Medikamenten beseitigt werden. Voraussetzung für den Einsatz von Diuretika beim venostatischen Ödem ist die Aufrechterhaltung der Kaliumbilanz.

... „Da unter einer diuretischen Wirkung vermehrt Na-Ionen die Endabschnitte des distalen Tubulus durchfließen, wird der Austausch gegen Kalium aktiviert. Aus diesem Grunde rufen die meisten Diuretika eine Hypokaliämie hervor.“

Felix, W.: in „Ergebnisse der Angiologie“ Bd. 16, S. 16, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

4. Somit eignet sich nicht jedes Diuretikum zur Therapie des venostatischen Ödems. Das kaliumneutrale Venodiuretikum zur Behandlung des venostatischen Ödems

ist **DEHYDRO SANOL TRI**. **DEHYDRO SANOL TRI** erfüllt die Forderung nach einer milden Diurese ohne Elektrolytverschiebung.

... „Eine der wenigen Ausnahmen bildet Triamteren, das »kaliumsparend« wirkt. Deshalb kombiniert man es gerne mit Thiaziden, um einer Hypokaliämie vorzubeugen. Eine solche Kombination liegt in dem Präparat **DEHYDRO SANOL TRI** vor.“

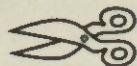
Felix, W.: in „Ergebnisse der Angiologie“ Bd. 16, S. 16, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

10 Millionen Verordnungen jährlich belegen die hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit. Bitte vergleichen Sie beim venostatischen Ödem einmal **DEHYDRO SANOL TRI** mit einem Venenmittel – auch von den Kosten.

Schreiben Sie uns, welche Ergebnisse Sie aus diesem Vergleich gezogen haben. Auch Ihre Erfahrungen mit **DEHYDRO SANOL TRI** sind für uns wichtig.



Schreiben Sie uns



Formular zur Eingabe von Text, bestehend aus mehreren horizontalen Linien, die von einem gestrichelten Rahmen begrenzt sind.

desausschusses Ärzte-Krankenkassen zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch sind also damit für Bayern irrelevant; denn primär muß der Arzt eine Genehmigung der Behörde haben.

### 11 000 Studienanfänger = 11 000 Approbationen

Ein Wort zu den Studentenzahlen und zur ärztlichen Ausbildung! Ich habe gestern schon einige Zahlen genannt. Eine Verbesserung zeichnet sich nicht ab; nach wie vor liegt die Zahl der Studienbewerber bei 40 000, einmal ist sie ein bißchen mehr, einmal etwas weniger. Die Zahl der angenommenen Studienanfänger liegt jetzt ganz klar bei 11 000, wahrscheinlich sogar etwas darüber; denn in den Zahlen, die statistisch erfaßt werden, sind die sogenannten Gerichtsmediziner im allgemeinen nicht enthalten.

Als Besonderheit der deutschen, der bundesrepublikanischen Situation muß gesehen werden, daß sich die Zahl der Studienanfänger von der Zahl der Studienabgänger praktisch nicht unterscheidet, weil alle Plätze, die durch Ausscheidende freiwerden, durch die sogenannten Quereinsteiger besetzt werden. Solche Quereinsteiger gibt es in großer Menge. So sind z. B. 40 Prozent der Medizinstudenten in Belgien keine Belgier, sondern Ausländer aus dem EG-Bereich. Wir können unterstellen, daß ein Großteil dieser 40 Prozent aus der Bundesrepublik kommt. Wir wissen darüber hinaus, daß an italienischen medizinischen Fakultäten eine nicht unerhebliche Zahl von Medizinstudenten aus der Bundesrepublik eingeschrieben ist. Aber diese jungen Kollegen versuchen natürlich, im Laufe des Studiums in die Bundesrepublik zurückzukehren. Daraus ergibt sich die beachtliche Zahl der „Quereinsteiger“. Zum Vergleich: in Ländern wie Frankreich oder auch Belgien (für die belgischen Studenten) erreichen lediglich zwischen 25 und 50 Prozent der Studienanfänger das Ende des Studiums und das Schlußexamen. Auch die Franzosen prüfen mit jedem Examen einen erheblichen Teil der Studenten heraus. Die Franzosen reduzieren allein ein Jahr nach dem Beginn des Medizinstudiums die Zahl der Studenten pro Jahrgang auf etwa 50 Prozent. Damit kann man also die



Niederbayerische Delegierte

Zahl der Studienanfänger, die in Frankreich ebenfalls hoch ist, überhaupt nicht mit unseren Verhältnissen vergleichen; denn dort wird echt Selektion betrieben, dort wird echt geprüft, und am Ende ist die Zahl vertretbar. Bei uns kann man davon ausgehen: Wenn in einem Jahrgang 11 000 Anfänger da sind, dann sind es sechs Jahre später auch wieder 11 000 Approbierte, und das ist natürlich ein grundlegender Unterschied.

Es zeichnet sich überhaupt keine Hoffnung ab, daß hier in den nächsten Jahren eine Änderung eintritt. Mindestens bis Mitte der achtziger Jahre ist die Zahl der Studienanfänger noch so hoch, weil einfach so viele Abiturienten von den Gymnasien kommen. Aus einer Umfrage, die der Bundesverband der Ortskrankenkassen bei den Parteien vor der Wahl durchgeführt hat, geht hervor, daß keine der Parteien zugegeben hat, es gäbe nach ihrer Meinung eine „Ärztenschwemme“. Alle haben sich darum herumgedrückt, ganz gleich, ob SPD, CDU oder F.D.P. Alle sprechen davon, man müsse bezweifeln, daß es zu einer „Ärztenschwemme“ komme. Es gäbe doch noch Lücken in der ärztlichen Versorgung. Dann wird an erster Stelle immer der Öffentliche Gesundheitsdienst genannt. Für ganz Bayern gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst allerdings nur 60 offene Stellen. Im Dienstbereich des Sozialministeriums (also von den Versorgungskrankenhäusern bis zum Vertrauensärztlichen Dienst) sind 182 Stellen offen. Ich unterstelle, es

kommen noch einige Werksärzte dazu, die wir brauchen können, auch noch Ärzte in verschiedenen Spezialitäten der Krankenhäuser. Aber das sind doch geradezu verschwindend kleine Zahlen — gemessen an dem Nachwuchs, der heranwächst und der sich dann um diese Stellen streiten wird.

### Niemand hat den Mut, die Studentenzahlen zu reduzieren

Eine beklemmende Vorausschau! Aber niemand kann uns bis jetzt ein Rezept sagen. Niemand hat den Mut, eine Reduzierung der Studentenzahl zu empfehlen. Wir werden also sehen müssen, wie wir mit diesem Problem fertig werden. Sie kennen aus den Veröffentlichungen auch die Meinungsbildung der „Kleinen Kommission“ beim Bundesgesundheitsministerium. Auch hier hat man zwar betont, es müsse die Ausbildung in der kleinen Gruppe intensiviert werden; der § 2 der Approbationsordnung müsse angewendet werden. Dort steht nämlich, daß beim Unterricht in der kleinen Gruppe die laufende Anwesenheit und der Lernerfolg ständig zu kontrollieren seien. Ich frage unsere Hochschullehrer, wo das bei den Studentenzahlen, die wir jetzt haben, überhaupt noch realisiert werden soll. Ich bin auch der Meinung, daß die Einbeziehung von Krankenhäusern irgendwo ihre Grenze hat; denn die Einheitlichkeit des akademischen Unterrichts kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn man die Palette allzu breit macht und dadurch

gar nicht mehr die Kontrolle darüber hat, ob das gleiche an allen Stellen gelehrt wird. Auch die Erweiterung der Polikliniken halte ich nicht für einen geeigneten Weg. Es gibt je einen Beschluß der Kultusminister, wonach die Polikliniken erweitert werden sollen, damit mehr Studenten ausgebildet werden. Gleichzeitig verlangt man aber, daß alle Leistungen, die in der Poliklinik erbracht werden, genau so bezahlt werden sollen wie in der Kassenpraxis!

### **Der Arzt darf kein Gesundheits- handwerker werden**

Gerade auch im Hinblick auf bekannte Pläne muß man doch einmal nachdrücklich davor warnen, die theoretisch-naturwissenschaftliche und die theoretisch-medizinisch-wissenschaftliche Ausbildung der Medizinstudenten immer mehr zugunsten einer „praktischen“ Ausbildung zu reduzieren. Der Arzt ist kein Gesundheitshandwerker und er darf im Interesse der Patienten auch keiner werden! (Beifall) Diese Verantwortung haben wir mitzutragen. Eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausübung des ärztlichen Berufes; denn nur in der wissenschaftlichen Ausbildung lernt der Student und der spätere Arzt die Zusammenhänge zu erkennen, die naturwissenschaftlich-biologisch-medizinischen Bedingungen, die psychosomatischen Probleme. Das lernt er nur in der wissenschaftlichen Grundausbildung, und auf diese Ausbildung muß sich dann die praktische Ausbildung aufpropfen. Aber man darf nicht den wissenschaftlichen Bereich immer mehr skelettieren und zurückdrängen und so tun, als ob es ja völlig genüge, wenn der Arzt dann gelernt hat, wie man spritzt und sonstige Handlungen vornimmt.

Allein diese Überlegungen waren für mich maßgeblich bei meiner Zurückweisung der Pläne der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) zur Veränderung der Ausbildung der Ärzte. Ich kann auch heute nur nachdrücklich vor diesen Vorstellungen warnen. Gott sei Dank habe ich inzwischen eine ganze Reihe von Stimmen gehört, die in die gleiche Richtung gehen. Es sind auch keine Argumente vorgetragen worden, die ein solches Programm rechtfertigen



Oberpfälzische Delegierte

könnten, am wenigsten zählt die Zahl der Ärzte oder der Bedarf an Ärzten, der mit einem solchen Ausbildungsmodell vielleicht gedeckt werden sollte, als Argument.

### **Pflichtweiterbildung heißt nur: Verlängerung der Ausbildung**

Diese Ablehnung gilt auch für die in solchen Plänen vorgesehene Pflichtweiterbildung; sie ist nichts anderes als eine Verlängerung der Ausbildung und bringt keine Verbesserung. Die Ausbildung zum Arzt muß – daran sollten wir festhalten – mit der Approbation zu Ende sein; dann beginnt seine Berufstätigkeit und seine Weiterbildung, und die muß in seiner eigenen Entscheidung liegen. (Beifall) Natürlich wünscht sich jeder von uns, daß der junge Arzt mit seiner druckfrischen Approbation nicht in die Praxis, sondern ins Krankenhaus geht und dort einige Jahre unter Anleitung erfahrener Ärzte arbeitet. Das wollen wir alle. Aber wir allesamt sind doch nicht schuld daran, wenn die Zahl der Assistentenstellen in der nächsten Zukunft einfach nicht mehr ausreicht, um den Nachwuchs aufzunehmen. Bisher haben sich die jungen Ärzte pflichtbewußt verhalten, sie sind ins Krankenhaus gegangen, sie haben sich weitergebildet – und zwar nicht nur die, die eine Fachbezeichnung wie Augenarzt haben wollten, sondern auch die, die in die Allgemeinmedizin gegangen sind. Wir hatten eine durchschnittliche Weiterbildungs- und Krankenhauszeit zwischen sechs und acht Jahren. Das

konnte und kann sich sehen lassen. Das heißt, vom Pflichtbewußtsein der jungen Ärzte her gibt es überhaupt keine Rechtfertigung für eine Pflichtweiterbildung. Das Dilemma der fehlenden Planstellen für junge Ärzte läßt sich aber auch mit einer Pflichtweiterbildung nicht überbrücken. Das muß immer wieder einmal von uns festgestellt werden. (Beifall)

### **Die Relation Arztzahl : Krankenhaus- betten hat sich erheblich gebessert**

Ich bin damit schon zur Krankenhausärztlichen Problematik übergegangen, vor allem zur personellen Situation an den Krankenhäusern, die uns sehr beschäftigt und die in der letzten Zeit sehr viel Unruhe und Aufmerksamkeit ausgelöst hat. Dazu drei Zahlen, die mir aufschlußreich zu sein scheinen:

Im Jahre 1960 gab es in der Bundesrepublik 583 500 Betten in Krankenanstalten. In diesen Anstalten und für die Patienten, die in diesen Betten lagen, waren 21 544 Ärzte tätig. 1975 war die Zahl der Krankenhausbetten auf 729 800 gestiegen, tätig waren 51 981 Ärzte. 1978, also drei Jahre später, ist die Zahl der Krankenhausbetten auf 714 900 gesunken, die Zahl der Ärzte in den Krankenhäusern auf 58 385 gestiegen. Das heißt also, die Zahl der Ärzte an den Krankenhäusern hat sich in Relation zu den Betten erheblich verbessert. Dennoch lesen wir Berichte in der Standespresse und der Tagespresse über die Über-

lastung der Krankenhausärzte bis hin zur Gefährdung des Patienten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt an, daß 20 000 Ärzte mehr benötigt werden. Herr Kollege Hoppe hat für den Marburger Bund von 12 000 Ärzten gesprochen, wobei er teilt und sagt, es seien 6000 Stellen, die schon vorhanden wären, derzeit nicht besetzt und 6000 weitere Stellen seien zusätzlich erforderlich.

Für die Diskrepanz zwischen den beiden Aussagen habe ich bisher noch keine Erklärung gefunden. Es wird davon gesprochen, daß mit der Vermehrung der Arztstellen die Überstunden und der Bereitschaftsdienst abgebaut werden sollen. Diese Frage sollte man jedoch sehr differenziert betrachten; denn ich bin der Meinung, daß man nicht alle Krankenhäuser, alle Fachgebiete über einen Leisten schlagen kann. Generalisierte Aussagen dieser Art könnten auch für die betroffenen Kollegen gefährlich werden.

Was unter allen Umständen nach meiner Meinung vermieden werden muß, ist die Einführung eines Schichtdienstes für Ärzte, abgesehen von Intensivstationen oder Notaufnahmen. Darüber besteht zwischen den Kollegen am Krankenhaus und der übrigen Ärzteschaft überhaupt keine Meinungsverschiedenheit. Wir wissen alle, daß die Kontinuität der ärztlichen Versorgung von wesentlicher Bedeutung für den Patienten ist. Wir sehen ja schon die Nachteile, die sich aus dem Schichtdienst beim Pflegepersonal ergeben und die doch in vieler Hinsicht sehr belastend sind.

Die Frage also, wie weit man vernünftigerweise die Zahl der Krankenhausarztstellen vermehren sollte, bedarf deshalb meines Erachtens noch einer sehr differenzierten Betrachtung. Man sollte sich bemühen, dieses Begehren aus der auch hier wieder sehr emotionellen Diskussion herauszunehmen und lieber hinter verschlossenen Türen sachbezogene Überlegungen anzustellen.

**Läßt sich in Zukunft die Weiterbildung noch in angemessener Zeit absolvieren?**

Wir müssen natürlich – und das ist gerade für die jungen Ärzte wich-



Oberfränkische Delegierte

tig – zwei Dinge unterstreichen, an die vielleicht nicht oft genug gedacht wird:

Schon heute ist es in manchen Kliniken für die Assistenzärzte schwierig, ihre Weiterbildung in einer angemessenen Zeit zu absolvieren, weil, bezogen auf die Patienten, die Zahl der Ärzte relativ hoch ist. Das gilt vor allem für große chirurgische Kliniken und Einrichtungen, wo es auch darum geht, das operative Können in einer angemessenen Zeit zu erwerben. Wenn die Zahl der Krankenhausärzte sich fühlbar erhöht, dann muß man sich darüber klar sein, daß bei Fortsetzung des derzeitigen Systems die Weiterbildung in einer noch vernünftigen Zeit nicht mehr absolvierbar ist. Das

kann eigentlich nicht im Interesse der jungen Ärzte liegen.

Wir sind uns darüber klar, daß etwa in der Chirurgie oder in der Anästhesie eine große Zahl von Ärzten benötigt wird. Wenn man aber die Zahl der in Weiterbildung stehenden Assistenten der Chirurgie einmal zugrunde legt, dann muß man wissen, daß nach heutigen Verhältnissen von diesen jungen Kollegen, die die Gebietsanerkennung in Chirurgie anstreben, nicht einmal mehr jeder zehnte die Chance hat, später eine Stellung in dem Fachgebiet zu bekommen, für das er sich weitergebildet hat. Das scheint mir ein unerträglicher Zustand. Darin sehe ich auch den Grund für das Desinteresse der jungen Ärzte etwa an chirur-



Mittelfränkische Delegierte

# Thombran®

®



## Der Wandel zum positiven Erleben für den depressiven Patienten voller Angst und Unruhe

**Zusammensetzung:**  
Trazodon-hydrochlorid = 2-[3-(4-(m-Chlorphenyl)-piperazin-1-yl)propyl]-5-triazolo[4,3-a]pyridin-3-(2H)-on-hydrochlorid.  
Thombran mite: Kapseln mit 25 mg Wirkstoff.  
Thombran: Kapseln mit 50 mg Wirkstoff.  
Thombran forte: Kapseln mit 100 mg Wirkstoff.

**Anwendungsgebiete:**  
1. Endogene, psychogene (reaktive) und somatogene Depressionen.  
2. Depressive Syndrome, bei denen Angst, Unruhe, Spannungszustände und Reizbarkeit im Vordergrund stehen. Depressivität ohne psychotischen Krankheitswert wie: Dysphorie (auch infolge

von Alkoholabusus oder Abstinenzerscheinungen) und Dysthymie. Psychosomatische Beschwerden.  
3. Leichte und mittelschwere Formen von Spätdepressionen und von - besonders altersbedingten - depressiven Syndromen mit Symptomen wie Angst, Unruhe, Spannungszustände, Reizbarkeit, Verhaltensstörungen, Kontaktarmut, Minderwertigkeitsgefühl, Mutismus und Affektinkontinenz.

**Gegenanzeigen:** Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten drei Monaten, sollte Thombran nur unter strenger Indikationsstellung verwendet werden, auch wenn

bei hoher Dosierung im Tierversuch keine teratogenen Eigenschaften festgestellt wurden.

**Nebenwirkungen:** Thombran zeichnet sich gegenüber trizyklischen Antidepressiva durch das Fehlen von anticholinergen, kardiotoxischen und extrapyramidalen Nebenwirkungen aus. Begleiterscheinungen wie Schläfrigkeit, Erregung oder Schlaflosigkeit, Schwindel, Schweißausbruch oder Magenbeschwerden treten bei weitem auf und sind vorübergehender Natur. Nach i.v. Applikation kann in Einzelfällen eine vorübergehende Blutdruckerniedrigung auftreten. Dieses

Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen sowie verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

**Dosierungsanleitung, Art der Anwendung:** Um bei dem weitgespannten Indikationsgebiet einen therapeutisch optimalen Effekt zu erzielen, wird zu einer individuellen und gütlich-schleichenden Dosierung geraten.  
**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** In höheren Dosen kann

Für die ambulante Behandlung gelten folgende Empfehlungen:

1. endogene, psychogene, somatogene Depressionen	3-6 Kps./Tag Thombran (50 mg/Kps.)
2. sonstige depressive Syndrome und Depressivität	3 Kps./Tag Thombran (50 mg/Kps.)
3. psychische Symptomatik im Alter	3 Kps./Tag Thombran mite (25 mg/Kps.)

Genauere Angaben entnehmen Sie bitte dem Wissenschaftlichen Prospekt.

unter Thombran eine vorübergehende Blutdruckerniedrigung auftreten, so daß bei gleichzeitiger Gabe von blutdrucksenkenden Mitteln diese Wirkung verstärkt werden kann. Thombran kann die Alkoholtoleranz herabsetzen.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
Thombran mite (25 mg/Kps.)  
20/50 Kapseln DM 7,85/18,05  
Thombran (50 mg/Kps.)  
20/50 Kapseln DM 10,40/23,75  
Thombran forte

(100 mg/Kps.)  
20/50 Kapseln DM 15,10/33,55  
Klinikpackungen. Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH

Biberach on der Riss

thomae

gischen Abteilungen: sie sehen keine Zukunft! (Beifall)

### Wie steht es mit den Lebensstellungen am Krankenhaus?

Deshalb rege ich an, erneut die Frage aufzugreifen, ob es nicht notwendig ist, auch im Interesse der qualitativen Versorgung der Patienten im Krankenhaus, einen größeren Teil der Arztstellen an den Krankenhäusern zu Lebensstellungen auszubauen. (Beifall) Dann weiß der junge Kollege, der Chirurgie betreibt, daß er in diesem Beruf bleiben kann, und dann hat die Weiterbildung auch wieder Sinn für ihn.

Das gleiche gilt für die Anästhesie. Wohin will denn ein Anästhesist gehen, wenn er nicht im Krankenhaus bleiben kann? Er hat ja nur dort eine Arbeitsmöglichkeit. Die jungen Kollegen denken doch, sehen das doch und fragen sich: warum soll ich in die Anästhesie gehen, wenn ich von vornherein weiß, daß nur ein paar Chefstellen als Lebensstellungen zur Verfügung stehen, vielleicht noch die eine oder andere Oberarztstelle, doch dann ist es vorbei. Das geht auf die Dauer nicht. Ich glaube, hier muß umgedacht werden. Was in anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes und auch der Wirtschaft möglich ist, muß auch hier möglich sein. Die Zahl der Lebensstellungen muß so vermehrt werden, daß eben die Weiterbildung in manchen Bereichen, vor allem solchen, die für eine Praxis nicht in Frage kommen, wieder sinnvoll wird. (Beifall)

### Nicht jeder Leutnant kann General werden ...

Ich glaube allerdings — und das sage ich in aller Offenheit und Freundschaft den jungen Kollegen am Krankenhaus —, daß die Kollegen auch bereit sein müßten, einen anderen Grundsatz jeder Personalstruktur anzuerkennen. Ich darf es beispielhaft sagen. Nicht jeder Leutnant in der Bundeswehr wird General, und nicht jeder Regierungsrat im öffentlichen Dienst hat die Chance, Ministerialrat oder gar noch mehr zu werden, und nicht jeder Diplom-Volkswirt und Diplom-Ingenieur in einem Werk steigt in die Chefetage auf. Ich meine, auch in der Medizin müssen wir uns mit dem



Unterfränkische Delegierte

Gedanken vertraut machen, daß nicht jeder in Lebensstellung Befindliche im Krankenhaus auch gleich leitender Arzt oder Chefarzt werden kann, sondern daß es auch hier — ich benütze das Wort nicht gern — Rangfolgen, oder wie immer man es nennen will, gibt. Auch die Lebensstellung als Mitarbeiter in einem Krankenhaus ist, so wie die Situation heute ist, eine volle, vollwertige ärztliche Tätigkeit. Das Verhalten der Ärzte untereinander sollte eigentlich nicht durch die Funktion, sondern durch die Kollegialität untereinander bestimmt werden. (Beifall)

Wenn in dieser Richtung allzu übersteigerte Forderungen erhoben werden, dann befürchte ich, daß wir den Widerstand der Krankenhausesseite gegen die Schaffung von mehr Lebensstellungen nicht werden überwinden können. Das sollten wir miteinander einmal abwägen. Ich darf des als einer der Alten unter uns sagen; denn niemand wird mir unterstellen, daß ich mich nicht immer für die Belange der jungen Ärzte eingesetzt hätte.

Es ergibt sich auch hier zwangsläufig, daß das Verhältnis Krankenhausarzt : ambulant tätiger Arzt immer wieder einmal diskutiert wird. Es gibt Forderungen, die Möglichkeit der ambulanten Tätigkeit der Krankenhausärzte zu erweitern.

Wir sollten aber nicht übersehen, daß bei der Zunahme der Ärzte in der freien Praxis, vor allem durch die Zunahme junger Ärzte in allen

Gebieten der Medizin, und bei der immer qualifizierteren und differenzierteren Besetzung der Kassenpraxis mit Ärzten der verschiedensten Spezialgebiete anerkannt werden muß, daß die Entscheidung des Arztes für eine hauptamtliche Tätigkeit oder für die freie Praxis natürlich auch eine Begrenzung seines Aufgabenbereiches mit sich bringen muß. Der niedergelassene freipraktizierende Arzt hat seine Existenzgrundlage in seiner Freiberuflichkeit mit allen Risiken, die damit verbunden sind. Wer sich für die hauptamtliche Tätigkeit entschieden hat, hat seine Existenzgrundlage primär in seinem Dienstverhältnis, mit den positiven, sicher auch negativen Seiten, die damit verbunden sind. Die Überschneidungen sind nach beiden Seiten vorhanden, aber begrenzt. Hauptamtliche Krankenhausärzte können dort ambulant tätig werden, wo ein Bedarf in der ambulanten Versorgung besteht; niedergelassene Ärzte können belegärztlich dort tätig werden, wo eine Ergänzung der Krankenhausversorgung in dieser Richtung sinnvoll erscheint.

### Beteiligung von Krankenhausärzten — die Lege wandelt sich

Diese Situation, die das Bundesverfassungsgericht bereits vor Jahren festgestellt hat, sollten wir auch in der Zukunft beachten. Das dient dem Frieden und der guten Zusammenarbeit. Ich bitte also auch die Kollegen an den Krankenhäusern, deren Beteiligung an der ambulan-

ten Versorgung derzeit überprüft wird, um Verständnis für diese Situation. (Beifall) Die Landschaft hat sich geändert. Wir müssen einfach sehen, daß in manchen Bereichen, wo früher der Krankenhausarzt als einziger Vertreter eines Gebietes in die ambulante Versorgung einbezogen war, er nun plötzlich in seinem Einzugsbereich vor der Tatsache steht, daß es einen oder mehrere Kollegen seines Gebietes gibt, die nun einmal den Bedarf abdecken. Damit entfällt, so bedauerlich es sein mag, die Voraussetzung für eine ambulante Tätigkeit (wobei niemand daran rührt, daß die privatärztliche Tätigkeit jedem offensteht in dem Umfang, den er sich wünscht).

► Wir müssen auch davon ausgehen, daß jeder Bereich, sowohl der des praktizierenden Arztes wie der des Krankenhausarztes, ja die volle Arbeitskraft des Arztes verlangt, und er muß sie in diesen Bereich auch einbringen. Das Volumen an zusätzlicher Arbeit ist immer beschränkt. Das sollte auch beachtet werden.

In der letzten Zeit wurden nun neue Argumente eingebracht: Die Beteiligung des Krankenhausarztes sei immer erforderlich und begründet; denn hier komme es ja darauf an, daß er seine höhere Qualität einbringe, die der Niedergelassene nicht besitzt. An anderer Stelle habe ich gelesen, daß die stationäre Medizin nicht die Fortführung der ambulanten Medizin mit anderen Mitteln sei, sondern Medizin auf einer höheren Ebene der Komplexität und daher qualitativ etwas anderes.

Auch dazu eine offene Anmerkung:

Ich zögere nicht, einer erfreulichen Zahl von Kollegen in den Kliniken zuzubilligen, daß sie in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Qualifikation weit über den Durchschnitt hinausragen. Wir freuen uns über solche Kapazitäten, wir achten sie und wir nehmen ihre Erfahrungen und ihr Wissen gern in Anspruch. Die Masse der Krankenhausärzte unterscheidet sich qualitativ von der Masse der niedergelassenen Ärzte des gleichen Gebietes in keiner Weise. (Beifall) Es ist ein reiner Zufall, ob ein qualifizierter Oberarzt das Glück hatte, eine Chefarztstelle zu bekommen, oder ob er keine bekam und sich deshalb entschlossen hat, in die freie Praxis zu gehen. Aber damit verliert er doch nicht seine Qualifikation. Hier sollten wir



Schwäbische Delegierte

uns nicht gegenseitig mit Qualifikations- oder Qualitätsproblemen neue Sorgen und Konflikte aufladen, die ich für völlig überflüssig halte, weil sie uns nichts bringen.

#### „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“

Ein kurzes Wort in diesem Zusammenhang – auch das spielt mit hinein ins Verhältnis ambulant/stationär – zu dem „Bayern-Vertrag“ (wir haben ihn ja nie so genannt, sondern die bundesweite Presse). Dieser Vertrag geht ganz einfach von einer Erkenntnis aus, die im Grunde genommen uralte ist: der Kassenarzt erbringt Leistungen und er veranlaßt Leistungen. Es hat sich längst gezeigt, daß das finanzielle Volumen der Leistungen, die der Kassenarzt veranlaßt, mit Abstand größer ist als das Volumen, welches er selbst für seine Leistungen in Anspruch nimmt. Man muß also die inneren Zusammenhänge dieser Bereiche sehen und kann die Gesamtverantwortung für die Dauer nicht ohne Schaden ignorieren.

Wir müssen euch sehen, daß nun einmal aus Gründen, die kein Krankenhausarzt zu verantworten hat, die stationäre Aufnahme eines Patienten teurer ist als die ambulante Behandlung. Es wurde ausgerechnet, daß im Durchschnitt die ambulante ärztliche Versorgung eines Allgemeinversicherten einschließlich aller Medikamente für ein ganzes Jahr genau so viel kostet wie 3,6 Krankenhaustage. Es ist also

verständlich, wenn wir den Grundsatz: „soviel ambulant wie möglich, nur soviel stationär wie nötig“ in den Mittelpunkt unserer Bemühungen stellen, wobei wir natürlich wissen, daß die Reduzierung der Zahl der Einweisungen noch nicht zu einer Reduzierung der Krankenhauskosten führt; das wäre eine Milchmädchenrechnung. Die Krankenhauskosten, das ist bekannt, sind zum mindesten 75 Prozent Fixkosten allein aus dem Personalsektor; wenn man die übrigen Fixkosten hinzurechnet, belaufen sich die gesamten fixen Kosten auf mindestens 80 Prozent, wahrscheinlich über 80 Prozent. Der variable Anteil ist also sehr gering. Und an diesen Kosten ist kein Doktor am Krankenhaus schuld. Das ist die Situation, die sich nun einmal ergeben hat; gerade für den Tarifbereich trägt nicht einmal der Krankenhausträger im einzelnen die Verantwortung. Aber wir müssen angesichts einer solchen Situation sehen, daß es die Pflicht der ambulant tätigen Ärzte ist, die ja primär angesprochen werden, den Patienten so weit in ihrer Hand zu behalten, wie es im ambulanten Bereich möglich ist. Das heißt, jeder Patient, der der Krankenhausbehandlung bedarf, muß ihr auch zugeführt werden. Jeder andere muß ambulant diagnostiziert und behandelt werden. Ich glaube, wir sollten uns über diesen Grundsatz einig sein, abgesehen davon, daß bei der Personalsituation am Krankenhaus es vielleicht ganz nützlich ist, wenn wir Patienten vom Krankenhaus fernhalten, die dort nicht unbedingt hin müssen.

## Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ich möchte mich noch einem anderen Bereich zuwenden, der mir aktuell erscheint, der Frage: Was sind eigentlich die Aufgaben eines Gesundheitsamtes? Wir brauchten in Bayern jahrzehntelang darüber kein Wort zu verlieren, und ich unterstreiche diesen Satz, denn die Zusammenarbeit zwischen den praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern und den Gesundheitsämtern ist in Bayern völlig klaglos in den vergangenen Jahren über lange Wegstrecken verlaufen. Jeder wußte, was seine Arbeit ist, und man hat sich gegenseitig unterstützt, es gab keine Probleme; kleine Unebenheiten können wir jetzt einmal übersehen.

Aber in der letzten Zeit sind „Siegesmeldungen“ durch die Presse gegangen über die Ergebnisse einer langjährigen Arbeit im sogenannten Modellgesundheitsamt Marburg. Der hessische Gesundheits- und Sozialminister hat erklärt, die Ergebnisse des Modellgesundheitsamtes Marburg seien so hervorragend, daß man gar nicht schnell genug dazu kommen könne, sie auf das ganze Bundesgebiet zu übertragen und die in Marburg wahrgenommenen Aufgaben in allen Gesundheitsämtern anzusiedeln. Es gibt in der Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministeriums eine Darstellung dieses Modellgesundheitsamtes, die – schon etwas älter – damals noch etwas undeutlicher verfaßt war. Aus den jetzt mitgeteilten Ergebnissen sieht man aber sehr deutlich, wohin die Entwicklung nach den Vorstellungen der Träger dieses Modellgesundheitsamtes Marburg gehen soll. Hier wurde „vergessen“, daß Jahrzehnte vorüber sind: man läßt wieder Aufgaben aufleben, die, vor Jahrzehnten beim Gesundheitsamt angesiedelt, sinnvoll gewesen sein mögen, die aber inzwischen längst ein fester Bestandteil der ambulanten ärztlichen Versorgung geworden sind. So schreibt man z. B. im „Erfolgsbericht“, daß die Vorsorgeuntersuchungen der Mütter großartige Ergebnisse erbracht hätten. Hat man denn dort immer noch nicht zur Kenntnis genommen, daß die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren – und das ist hier gemeint – seit Jahren eine Pflichtaufgabe der kassenärztlichen Versorgung ist und daß es doch heute anachronistisch ist, wenn man enfängt, das in den Gesundheitsämtern auf-

zubauen, obwohl die freie Arztwahl es jeder Frau möglich macht, zu ihrem Arzt zu gehen. Das ist keine Entwicklung, die wir akzeptieren können. (Beifall)

Damit nicht genug. Es wird von der medizinischen Altenberatung und von der Kleinkinderfürsorge gesprochen. Auch hier muß man sagen: Die Neugeborenen- und Kleinkinderuntersuchungen sind seit Jahren Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung. Wir können nur bedauern, daß nicht alle Mütter davon Gebrauch machen. Aber es ist nicht der leiseste Bedarf dafür, solche Untersuchungen jetzt plötzlich im Gesundheitsamt anzubieten. Das gleiche gilt für Beratungsdienste für Tumorpatienten, für Diabetiker, für chronisch Kranke oder gar für sogenannte Urlaubsberatung. Ich meine, der Tumorpatient, der Diabetiker hat seinen Arzt oder seine Ärztin, die ihn betreuen. Wo ist hier ein Bedarf für eine Aktivität eines Gesundheitsamtes? Oder wenn ein Patient wissen will, ob sein Gesundheitszustand ihm den Aufenthalt an der Nordsee oder Adria oder auf dem Montblanc ratsam erscheinen läßt, meine ich, es ist gescheiter, er geht zu dem Arzt, der ihn behandelt; der kann ihm sagen, wo er seinen Urlaub verbringt. Was soll der Amtsarzt am Gesundheitsamt noch dazu beitragen können?

### Anachronistische Vorstellungen mit ideologischem Hintergrund

In der Schrift, der „Erfolgsmeldung“ heißt es dann, wichtig sei der Aufbau von Außen- bzw. Nebenstellen, ja, sogar mobile Einheiten seien notwendig, die dem Bürger die Leistungen des Gesundheitsamtes sozusagen vor die Haustür bringen. Also sogar die Medizin, die ambulante Behandlung im Umherziehen soll hier Urstände erleben, eine Entwicklung, vor der einem nur grauen kann, wenn man überlegt, was heute alles geboten wird. Ich muß noch einmal sagen, hier findet man ein Musterbeispiel eines Anachronismus, der überhaupt nur durch einen ideologischen Hintergrund erklärt werden kann.

Ein Wort zu den Impfungen! Es ist keine Frage, daß bisher die Impfungen ausschließlich oder im wesentlichen in den Gesundheitsämtern angeboten wurden, weil sie dort kostenlos waren. Wenn eine Mutter ihr

Kind beim niedergelassenen Arzt impfen lassen wollte, mußte sie das privat bezahlen. Dieser Zustand ist in Bayern seit 1. Oktober beendet, die Schutzimpfungen sind Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung geworden. (Beifall) Aus meiner Sicht als Verhandlungsführer meine ich, daß das eines der erfreulichsten Ergebnisse der letzten Verhandlungen mit den Krankenkassen gewesen ist. Es ist nun möglich, daß die Mutter mit ihrem Kind zu ihrem Arzt zur Vorsorgeuntersuchung geht und dann die notwendigen Impfungen damit gleich verbunden werden können. Ich habe allen Grund, dem Herrn Kollegen Drausnick und seinem Haus für die Aufgeschlossenheit zu danken, die sie dieser Entwicklung entgegengebracht haben. Ich kann mir durchaus vorstellen, daß es manchem amtsärztlich tätigen Kollegen ein bißchen Abschiedsschmerz verursacht, wenn er sich von dieser Aufgabe trennen soll, aber ich glaube, aus der Sache heraus ist diese Entwicklung gut und sinnvoll. Ich hoffe, daß sie ihre Früchte tragen wird.

Damit kein Mißverständnis entstehen kann: Einen hervorragenden Öffentlichen Gesundheitsdienst hält jeder von uns für erforderlich, und wir müssen alles tun, um ihn funktionsfähig zu erhalten, auch personell. Aber es gibt im Öffentlichen Gesundheitsdienst so wesentliche Aufgaben für die Volksgesundheit, daß ein Arzt, der diese Aufgabe erfüllt, doch in keiner Weise mehr Sehnsucht danach haben muß, mai heute einen Tumorkranken und morgen einen Diabetiker vor sich zu sehen. Ich brauche nur die Gesundheitsaufsicht einschließlich der Gesundheitsberufe zu erwähnen, den Umweltschutz, die Umwelthygiene, die Lebensmittelüberwachung und die Seuchenbekämpfung. Dann die typisch amtsärztlichen Aufgaben: Aufklärung, Gesundheitseufklärung, ein unerhört wichtiges Gebiet, der schulärztliche, schulzahnärztliche Dienst und vor allem die Mitwirkung der Sozialarbeiterinnen der Gesundheitsämter bei der Betreuung von Patienten dort, wo über das Gesundheitsamt soziale Hilfen erschlossen werden, eine meines Erachtens außerordentlich wichtige Aufgabe, die wir wahrnehmen sollten.

Zur Lebensmittelüberwachung: Die Presse ist im Augenblick voll von Meldungen über Gesundheitsge-

Neu von Boehringer Mannheim

# Aldactone- Saltucin<sup>®</sup> forte

ausgewogene Stärke

stark

in der diuretischen Langzeittherapie

ausgewogen

durch kontinuierliche Wirkung im Tagesverlauf

Die logische Kombination sich ergänzender Wirkstoffe

Bei Ödemen mit sekundärem Aldosteronismus:

In der Initialtherapie 1-2 x 1 Kapsel täglich,

In der Dauertherapie

**1 Kapsel täglich**

#### Zusammensetzung:

1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte enthält 100 mg Spironolacton mikronisiert + 10 mg Butizid.  
1 Dragée Aldactone 50-Saltucin enthält 50 mg Spironolacton mikronisiert + 5 mg Butizid.

#### Indikationen:

Kardiale Ödeme, wenn Glykoside und andere Diuretika nicht ausreichen; Leberzirrhose mit Aszites, wenn Aldactone allein nicht ausreicht; Ödeme verschiedener Ursache, bei gleichzeitig vorliegendem sekundären Aldosteronismus.

#### Kontraindikationen:

Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkaliämie oder Hyponatriämie; Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.

#### Nebenwirkungen:

Während einer Langzeittherapie kann in seltenen Fällen eine Hypo- oder Hyperkaliämie auftreten.

Deshalb sollte bei längerer Therapie eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolythaushaltes durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion und bei Serum-Kalium-Spiegeln von ca. 5 bis 6 mval/l.

Darüber hinaus kann es wie bei jeder diuretischen Therapie auch unter der Aldactone-Medikation bei klinisch gesunder und bei geschädigter Niere zu einem reversiblen Anstieg harnpflichtiger N-haltiger Stoffe kommen. Bei prädisponierten Patienten muß der Harnsäure- bzw. Kohlenhydratstoffwechsel überwacht werden, da es wegen der Saluretikum-Komponente zu einer Verschlechterung der Stoffwechselsituation kommen kann. Bei Mann und Frau kann es zu gesteigerter Berührungsempfindlichkeit der Mamillen, zu Gynäkomastie bzw. Mastodynie, sowie in ebenfalls sehr seltenen Fällen zu Stimmveränderungen in Form von Heiserkeit, Vertiefung (bei Frauen) oder Erhöhung (bei Männern) der Stimmhöhe kommen. Diese Nebenwirkungen gehen bei manchen Patienten auch nach Absetzen des Präparates nicht zurück. Deshalb ist die therapeutische Notwendigkeit gegenüber dem Risiko abzuwägen; insbesondere bei Berufen, bei denen die Stimme eine besondere Bedeutung hat (z. B. Theater, Lehrberufe).

Bei Frauen sind außerdem gelegentlich Menstruationsstörungen - in seltenen Fällen bis zur Amenorrhoe - sowie ein Hirsutismus beobachtet worden, beim Mann können gelegentlich Potenzstörungen auftreten.

Allergische Hautreaktionen, zentralnervöse Nebenwirkungen wie Lethargie und Ataxie und gastrointestinale Nebenwirkungen sind möglich.

Patienten, deren Tätigkeit hohe Konzentration erfordert, z. B. Kraftfahrer, sollten auf mögliche Kreislaufstörungen aufmerksam gemacht werden.

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

#### Dosierung:

Initialtherapie: 1 - 2 x 1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte.  
Dauertherapie: 1 x 1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte bzw. 1 - 2 x 1 Dragée Aldactone 50-Saltucin

#### Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:

Bei gleichzeitiger Gabe von Aldactone und kaliumsparenden Substanzen (Amilorid, Triamteren) sowie bei gleichzeitiger medikamentöser Kalium-Gabe kann es zu einer unerwünschten Erhöhung des Serum-Kalium-Spiegels kommen.

Es ist zu beachten, daß Aldactone die Wirkung von Antihypertonika verstärken und die von Carbenoxolon herabsetzen kann und daß durch Acetylsalicylsäure und ihre Salze die Aldosteron-antagonistische Wirkung vermindert sein kann. Durch die Thiazid-Komponente kann die Wirkung von Antidiabetika vermindert werden.

#### Hinweis:

Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen wirkt, wird darauf hingewiesen, daß auch die Verordnung der Aldactone-Saltucin-Kombinationen während einer Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.

#### Für Ihre Verordnung:

Aldactone-Saltucin forte  
OP mit 20 Kapseln DM 57,80  
OP mit 50 Kapseln DM 127,40  
AP mit 500 Kapseln

#### Für geringere Dosierungen:

Aldactone 50-Saltucin  
OP mit 20 Dragées DM 33,70  
OP mit 50 Dragées DM 74,76  
AP mit 500 Dragées

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt, z. Zt. gültige Auflage, August 1980. Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.



Boehringer Mannheim GmbH  
6800 Mannheim 31

fährungen und Gesundheitsschäden von Kleinkindern durch Östrogenbeimischung im Kalbfleisch. Bis jetzt liegen genügend Untersuchungsergebnisse noch nicht vor. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer hat vor Monaten schon nachdrücklich vor dem Mißbrauch von Arzneimitteln bei der Tierzucht gewarnt und er wurde von interessierter Seite schwerstens attackiert. Ich glaube – und ich habe es auch dem Herrn Innenminister gegenüber bereits zum Ausdruck gebracht –, in dieser Sache muß jetzt Klarheit geschaffen werden. (Beifall) Wir können nicht zulassen, daß mit Antibiotika und Hormonen und ähnlichen Mitteln ein Mißbrauch getrieben wird, daß Schwarzhandel getrieben wird, daß zentnerweise solche Mittel den Bauern verkauft werden, nur damit das Kalbfleisch ein bißchen weißer und das Kalb ein bißchen schwerer ist. Ich glaube, das ist eine Fehlentwicklung, die abgestellt werden muß. (Beifall) Ich habe den Kollegen von der tierärztlichen Seite auch unsere volle Unterstützung zugesichert.

#### **Jeder soll die Aufgaben optimal erfüllen, die ihm zukommen**

Ich meine also, daß für die Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Grundsatz der Subsidiarität voll und uneingeschränkt anerkannt werden soll. Wir sollten uns darüber einigen, daß jeder die Aufgaben erfüllt, die ihm zukommen, die er optimal erfüllen kann. Dann wird es zwischen den drei Säulen – Krankenhaus, Gesundheitsamt und frei praktizierender Ärzteschaft – keine Konflikte geben, sondern dann wird sich im Gegenteil eine fruchtbare Zusammenarbeit entwickeln.

Ich bin, am Rande bemerkt, auch keineswegs der Meinung, daß etwa die pränatale genetische Diagnostik jetzt am Gesundheitsamt angesiedelt werden sollte. Das ist eine Aufgabe der praktizierenden und der Krankenhausärzte und hat nichts mit Gesundheitsämtern zu tun.

Zur Tuberkulosefürsorge: Die Zahl der Tuberkulosekranken ist erfreulich zurückgegangen. Man muß aber immer wieder betonen, daß wir laufend Neuerfassungen gerade bei jüngeren Menschen sehen. Die Röntgenuntersuchung hat also ihre Bedeutung keineswegs eingebüßt. Ich bin allerdings der Meinung, daß

die Röntgenreihenuntersuchungen auf gesetzlicher Grundlage längst überholt sind; die Beteiligungszahlen und auch die Ergebnisse rechtfertigen sie nicht. Im übrigen ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen auch in diesem Bereich im ganzen gesehen klaglos.

Ich hoffe, daß die Grundsätze der bayerischen Gesundheitspolitik, wie sie bei der Eröffnung des Bayerischen Ärztetages von kompetenter

#### **Dank**

*Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, dankte zum Abschluß des 33. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Ansbach und Umgebung sowie dem Ärztlichen Bezirksverband Mittelfranken und damit allen Kolleginnen und Kollegen aus Mittelfranken für ihre Gastfreundschaft, wobei er – begleitet von starkem Beifall – besonders die Kollegen Ruhl, Bauer und Wüstmann erwähnte.*

*Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Geschäftsführung der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Sewering den 33. Bayerischen Ärztetag.*

Seite dargestellt wurden, unter voller Beachtung des Subsidiaritätsprinzips auch bei den Verhandlungen der Gesundheitsminister auf Bundesebene von unseren bayerischen Vertretern verteidigt werden. Ich bin sicher, daß sie das tun, und ich hoffe, daß Bayern bei seiner bewährten Gesundheitspolitik auf den dargestellten Grundlagen bleibt.

Ich wende mich nicht nur gegen Aktivitäten, wie sie in Marburg zutage treten, sondern ich möchte hinzufügen, daß ich auch das, was zur Zeit in Bremen geschieht, wo an den Gesundheitsämtern Hebammen angestellt wurden, die dann zu den Schwangeren in die Häuser gehen, nicht für die richtige Entwicklung halte. Unsere eigenen Untersuchungen im Bereich der Perinatal-Studie haben gezeigt, daß es derartiger

Maßnahmen euch gar nicht bedarf. Man muß im übrigen, wenn man die Publizistik im Zusammenhang mit der Einschaltung der Hebammen in Bremen verfolgt, daran erinnern, daß es ein Papier gibt, in dem die zukünftige Ausbildung der Hebammen dargestellt ist. Wenn die Gynäkologen das lesen, werden sie wahrscheinlich nur noch mit gesträubten Haaren herumlaufen; denn dort werden typisch ärztliche Aufgaben in den Ausbildungskatalog der Hebammen aufgenommen. Im Grunde genommen geht es so weit, daß die Hebamme die primäre Betreuerin während der Schwangerschaft werden und entscheiden soll, welche Frau noch zum Arzt muß und welche nicht. Ich glaube, diese Entwicklung muß man als Fehlentwicklung brandmarken. Die Frau hat Anspruch darauf, daß sie während der Schwangerschaft zum Arzt geht, und die Hebamme ist eine Hilfskraft des Arztes, und das muß sie auch bleiben.

#### **Konzentration auf das Notwendige – das ist das Gebot der Stunde**

Ich möchte zusammenfassend sagen: Wir beobachten, daß das Interesse der Bürger an gesundheitlicher Versorgung zunimmt, die Kosten steigen. Aber die Bereitschaft, selbst Beiträge zur Gesunderhaltung zu leisten, ist nach wie vor gering. Die Aufwendungen sollen im Rahmen bleiben, weil der Lohnanteil, welcher in die Umverteilung geht, die erträgliche Grenze erreicht hat. Steigt er noch weiter, wird die Leistungsbereitschaft gefährdet, siehe Schweden. Wenn wir also weiterkommen wollen, müssen wir alle anerkennen: die Konzentration auf das Notwendige; die Notwendigkeit der Überwindung der gesundheitlichen Passivität, die Zurückdrängung von übertriebenen Forderungen für die Bereithaltung von Einrichtungen des Gesundheitswesens und eine eussreichende, vor allem aber qualitativ hochwertige Besetzung des Arztberufes und der medizinischen Assistenzberufe. Wir als Ärzte sind bereit, dazu unseren Beitrag zu leisten. Er wird fruchtlos bleiben, wenn die Politiker nicht den Mut haben, diesen Beitrag anzunehmen und ihre Entscheidungen sachbezogen auf das zu beziehen, was notwendig ist, und nicht immer auf den nächsten Wahlausgang zu spielen. (Starker, langanhaltender Beifall)

## Über 700 Ärzte bilden Famuli aus — Der Anteil der Allgemeinärzte

Bericht über die Famulaturvermittlung und die allgemeinmedizinische Weiterbildung

Vizepräsident Dr. H. Braun

Wie Sie wissen, hat die Bayerische Landesärztekammer schon vor Jahren eine Famulaturvermittlungsstelle eingerichtet. Dies war erforderlich, weil die Approbationsordnung von 1970 auch die Möglichkeit einer Famulatur in der Allgemeinpraxis geschaffen hatte.

Damals bekamen die eine Famulaturstelle suchenden Studenten eine Liste der bei uns gemeldeten niedergelassenen Ärzte, die sich bereit erklärt hatten, einen Famulus aufzunehmen. Um die Famulaturstelle selber mußten sie sich dann selbst kümmern. Dieses Verfahren war insofern unbefriedigend, als damals die Studenten gezwungen waren, viele Telefonate zu führen und Briefe zu schreiben, bis sie eine gesicherte Famulaturstelle hatten. Deshalb haben wir 1977 unsere zentrale Famulaturvermittlung neu organisiert und damit Herrn Dr. Homann, der bei der Zeitschrift „Der Medizinstudent“ auf diesem Sektor schon viele Jahre Erfahrungen hatte, als Mitarbeiter gewonnen. Nachdem nun unsere Famulaturstelle sehr gut eingearbeitet ist, wurde das Vertragsverhältnis mit Herrn Dr. Homann zum 31. Dezember 1979 gelöst. Die Famulaturvermittlungsstelle wird nun von Herrn Dr. Frenzel beaufsichtigt.

Im Berichtsjahr konnte die Zahl der Allgemeinärzte, die Famuli aufnehmen, von 459 auf 469 erhöht werden. Die Zahl der Fachärzte stieg von 249 auf 261. Damit stehen uns zur Zeit 730 niedergelassene Ärzte zur Verfügung, die Famuli ausbilden.

Seit 1977 werden die Famulaturstellen nach Fragebogenerhebungen bei den Famulaturvätern und bei den Studenten direkt vermittelt. Die Zahl der Vermittlungen konnte im letzten Jahr von 648 auf 827 gesteigert werden. Die Zahl der Bewerbungen betrug im Jahr vorher 1027 und im Berichtsjahr 1433. Um den steigenden Bedarf zu decken, ist es daher unbedingt erforderlich, daß



Dr. H. Braun

sich vor allem noch mehr Allgemeinärzte bereit erklären, Famuli auszubilden. Wegen des von allen Seiten beklagten Mangels an Praxisbezug beim heutigen Studium ist gerade die Famulatur in der Allgemeinpraxis besonders wichtig. Dies hat auch die kleine Kommission beim Bundesgesundheitsministerium und ihre Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin erkannt und auch dokumentiert. Hier wurde sogar eine Verlängerung der Famulatur — besonders in der Praxis — gefordert.

Nicht so befriedigend sind die Ergebnisse bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Bayern. Im Berichtsjahr hat die Bayerische Landesärztekammer 810 Urkunden für die verschiedenen Gebiete der Weiterbildung ausgestellt. Darunter waren 157 Internisten und gleich in der Zahl danach 146 Allgemeinärzte. Dies sind nur 18 Prozent von allen, die eine Weiterbildung abgeschlossen hatten. In Bayern sind zur Zeit 2215 Allgemeinärzte und 3231 praktische Ärzte niedergelassen. Dies entspricht einer Relation von 41 : 59 Prozent. Nach den damaligen Übergangsbestimmungen waren im Jahre

1971 ca. 85 Prozent Allgemeinärzte und nur 15 Prozent praktische Ärzte.

Die Erklärung für diese Verschiebung ergibt sich ganz klar aus den Zulassungs- und Abgangszahlen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. Bei den praktischen Ärzten gab es einen Zugang von 1110 und einen Abgang von 490. Bei den Allgemeinärzten war der Zugang 380 und der Abgang 830. Damit ist bei den Allgemeinärzten allein in diesem Jahr ein Netto-Abgang von 450 zu verzeichnen. Trotzdem ist erfreulich, daß sich etwa 250 Prozent mehr Allgemeinärzte niedergelassen haben, als von der Kammer im selben Jahr allgemeinärztliche Urkunden ausgestellt worden sind.

Wir haben zur Zeit über 300 für die Weiterbildung ermächtigte Allgemeinärzte. Im Berichtszeitraum wurden über 50 neue Anträge gestellt und weitgehend auch genehmigt.

Trotzdem ist es für manche junge Kollegen immer noch schwierig, eine Weiterbildungsstelle bei einem ermächtigten Allgemeinarzt zu finden. Dies ist darauf zurückzuführen, daß sich in den letzten Jahren — besonders wegen der Entwicklung im kassenärztlichen Honorar — zunehmend mehr Kollegen nicht mehr in der Lage sahen, die Kosten für die Beschäftigung eines Assistenten aufzubringen. Nun hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vor etwa einem Vierteljahr beschlossen, den für die Weiterbildung ermächtigten Allgemeinärzten monatlich je DM 2000 zur Verfügung zu stellen, wenn sie Weiterbildungsassistenten im letzten Vierteljahr ihrer vierjährigen Weiterbildung beschäftigen. Diese zeitliche Regelung ist sinnvoll, weil dann der Weiterbildungsassistent am Ende dieses Vierteljahres seine Urkunde als Allgemeinarzt erhält. Würde er nämlich die Weiterbildung in einer Allgemeinpraxis in den Jahren vorher schon ebleisten, bestünde die Gefahr, daß einzelne ihre Weiterbildung dann doch in einem anderen Gebiet weiterführen und damit der Allgemeinmedizin verlorengehen.

Auch bei uns in Bayern wird gelegentlich noch über angeblich fehlende Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin in Krankenhäusern geklagt. Hier muß aber festgestellt werden, daß wir besonders in peripheren Krankenhäusern immer noch

Fotos: (12): R. Jochim, Rothenburg

eine große Zahl von Weiterbildungsstellen haben, die nicht besetzt werden können und die sich ganz besonders für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin elgner würden. Es liegt an der Immobilität vieler junger Kollegen, daß sie nur Weiterbildungsstellen an Krenkenhäusern in Ballungszentren anstreben und nicht gewillt sind, in die Peripherie zu gehen.

Über den Inhalt der Weiterbildung und die Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist diskutiert worden. Hier ist auch sicher vieles verbesserungsfähig. So hat z. B. die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin auf meinen Antrag hin auf der vorletzten Sitzung beschlossen, bei der Inneren Medizin als einzigem Fach eine mindestens einjährige Weiterbildung im Stetionsdienst zu fordern, und nicht nur wie bisher ein halbes Jahr Pädiatrie, sondern auch ein halbes Jahr Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Labormedizin und Anästhesie auf die ein- bis einhalbjährige Weiterbildung in Innerer Medizin anzurechnen. Ebenso soll bei der einjährigen Weiterbildung in Chirurgie nicht nur wie bisher ein halbes Jahr Gynäkologie, sondern auch jedes andere operative Fach, wie Orthopädie, Urologie, HNO, anrechnungsfähig werden. Außerdem hat die Akademie beschlossen, daß die Weiterbildung in der Allgemeinpraxis in Zukunft von drei Monaten auf sechs Monate verlängert werden soll.

Es ist zu hoffen, daß durch diese Regelung und durch den Beschluß der KVB die Situation in der allgemeinenmedizinischen Weiterbildung in den nächsten Jahren erheblich verbessert werden kann.

Zum Schluß möchte ich noch bemerken, daß wir die Anträge auf Anerkennung als Allgemeinarzt sehr individuell prüfen, um möglichst vielen Kollegen die Möglichkeit zu geben, voll weitergebildet in der Allgemeinmedizin tätig zu werden. Soweit es aus Härtegründen notwendig ist und vertreten werden kann, machen wir vom Abschnitt 1 des § 5 unserer Weiterbildungsordnung Gebrauch, wo es heißt: „Wer in einem von § 3 abweichenden Weiterbildungsengang eine Weiterbildung abgeschlossen hat, erhält auf Antrag die Anerkennung durch die Kammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist.“

## Vielfältige Arbeit in den Ausschüssen

Im Anschluß an den Lagebericht von Professor Dr. Hens J. Sewering und den Bericht von Dr. Breun gaben die Vorsitzenden der bei der Bayerischen Landesärztekammer eingerichteten Ausschüsse einen Überblick aus Ihren Tätigkeitsfeldern

### Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. Eberherd Thäle, der Vorsitzende der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, hob insbesondere die Aktivität der „klinischen Fortbildung“ in Bayern hervor, wie sie in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung – durchgeführt wird. 5161 Kollegen und Kolleginnen besuchten 41 Veranstaltungen, im Großteil Wochenendveranstaltungen an Kliniken, aber auch vielfach von einer Woche Dauer. Fachlich und thematisch erstreckte sich die klinische Fortbildung auf die Gebiete Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Radiologie, auf die Teilgebiete Kardiologie und den Bereich Physikalische Therapie, ferner wurden Fortbildungsseminare in praktischer Elektrokardiographie, Phonokardiographie und Sonographie angeboten. Die Teilnehmerzahl war in operativen Gebieten naturgemäß geringer, bestimmt von der vorgesehenen Beteiligung am speziellen Operationsprogramm. Die EKG- und Phonokardiographie-Kurse waren durchwegs ausgebucht. Der seit Jahren zu beobachtende Trend niedergelassener Ärzte zur Teilnahme an gezielter klinischer Fortbildung wurde dadurch erneut belegt.

Überleitend zur Hauptthematik seines Referates: Der Fortbildungsnachweis – „Testbogenaktion: Selbstüberprüfung des Wissensstandes und/oder Testkarte“ – ging er zunächst auf die Auswertung der rund 2000 an die Kammer zurückgeschickten Testbögen ein. Diese „Testbogenaktion 1980“ war weit über Nachweis und Beleg der individuellen ärztlichen Fortbildung und die Dokumentation des Wissensstandes der Kollegen hinaus für die Bayerische Landesärztekammer eine ganz wesentliche Voraussetzung, um bestimmte Themen in der Fortbildung vorrangig einzusetzen und damit noch gezieltere ärztliche Fortbildung anzubieten. Thäle: „Bei der Auswertung

der Rückantworten haben wir erkennen müssen, wo die Grenzen einer Fregebogenaktion auf ärztlich-medizinischem Gebiet liegen und wie differenziert und schwierig oftmals eine klare Fregestellung ist. Von insgesamt 45 Fragen wurden nur fünf mit einer Fehlerquote unter 50 Prozent beantwortet. Gerade bei diesen Fragen aber haben wir bei der nachträglichen kritischen Auswertung feststellen müssen, daß unsere Fragestellung nicht präzise genug war. Dies betrifft fast ausschließlich Fragen, die aus dem Negativen heraus zu beantworten waren. Erfreulich ist andererseits festzustellen, daß neun von 45 gestellten Fragen in weit über 90 Prozent richtig beantwortet wurden. Hierbei handelte es sich vornehmlich um Fragen zur Schockbehandlung, akute Verletzungen des Thorax, des Schädels, wie überhaupt die mehr ekuten und traumatischen Fälle in der richtigen Auswertung erheblich überwogen. Dies ist für uns der klare Beweis, daß die Ärzteschaft weit mehr über notfallmedizinische Fragen informiert ist, als dies unsere Kritiker glauben wollen.“

Weiterhin ging Dr. Thäle noch auf die vereinzelt kritischen Anmerkungen ein. Dazu Thäle: „Trotz der geringen Zahl haben diese Kollegen aber ein Recht darauf, Antwort zu erhalten, was er in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung hiermit tue. Die Einwände gegen einen Fortbildungsnachweis basieren immer wieder, wie die Einwände gegen bestimmte Zwangsfortbildungsmaßnahmen, auf der grundsätzlich richtigen Auffassung, daß der ärztliche Beruf ein hohes Maß von fachlichem Wissen und von praktischem Können, aber auch von Einfühlungsvermögen in die persönliche Situation des Patienten verlange, und daß eben dies nicht durch Testate oder Fragebögen erfaßt werde. Unsere ärztliche Fortbildung wird in der Öffentlichkeit mit besonderem Interesse verfolgt,

Thrombozyten sind kernlose, aber in Morphologie und Stoffwechsel hochaktive Gebilde, deren Hauptaufgabe die Hämostase ist. Mit ihren Pseudopodien können sie an kleinsten Endothelverletzungen haften, sich ausbreiten und durch Bildung eines Plättchenaggregats (s. Bild) die Gefäßwand abdichten.

Fremdkörper – wie Herzklappen, aber auch Gefäßläsionen bei Arteriosklerose führen zum dauernden Verbrauch von Thrombozyten. Nach Ross führt ein Faktor in den Thrombozyten zu andauernder Gewebsneubildung in der Gefäßwand und damit zur Verstärkung der sklerotischen Läsionen.

Asasantin vermindert diesen Verbrauch an Plättchen, ablesbar an der Normalisierung der Plättchenlebenszeit.

# Asasantin®

## Antithrombotikum

Die Aggregationsneigung wird gemindert, das thrombo-embolische Risiko verringert.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält Dipyridamol = 2,6-Bis(diathanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg, Acetylsalicylsäure 330 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung oder Behandlung thrombo-embolischer Ereignisse, die mit einem pathologischen Thrombozytenverhalten (z. B. erhöhter Thrombozytenverbrauch) einhergehen, wie z. B. nach Herzklappen- bzw. Gefäßoperationen, bei tiefen Beinvenenthrombosen (postoperativ, nach Myokardinfarkt) und bei thrombotisch-thrombopenischer Purpura (thrombotische Mikroangiopathie, hämolytisch-urämisches Syndrom). **Gegenanzeigen:** Das Präparat soll nicht angewandt werden bei hämorrhagischer Diathese, Magen- und Darm-Ulzera. Bei vorgeschädigter Niere ist Vorsicht geboten. Wie alle Arzneimittel sollte Asasantin in der Frühschwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden. Eine Anwendung in den letzten 4 Wochen der Schwangerschaft ist zu vermeiden. **Nebenwirkungen:** Nach Gabe von Acetylsalicylsäure können okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie) sowie Asthmaanfälle auftreten. Bei Patienten, die mit Präparaten, welche die Blutgerinnung beeinflussen, behandelt werden, ist eine ständige Kontrolle des Gerinnungsstatus erforderlich. Wie bei allen salizylathaltigen Präparaten können Magenbeschwerden auftreten. Diese können durch die zusätzliche Gabe von Magensekretionshemmern (z. B. Gastrozepin) verhindert werden. Bei Anwendung von höheren Dosen Asasantin, z. B. 3 x 2 Kapseln pro Tag, kann es zu Kopfschmerzen kommen. Im allgemeinen sind diese Beschwerden jedoch vorübergehend.

**Dosierungsanleitung, Art der Anwendung:** Die Dosierung sollte nicht schematisch, sondern nach Indikationen und Schwere des Krankheitsbildes erfolgen. Die tägliche Dosis sollte 3 x 1 Kapsel betragen. Gegebenenfalls ist eine Erhöhung der Dosis auf 3 x 2 Kapseln (z. B. thrombotisch-thrombopenische Purpura) angezeigt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bei folgenden gleichzeitig mit acetylsalicylsäurehaltigen Präparaten eingenommenen Mitteln wurden Wechselwirkungen beobachtet: Erhöhung der gastrointestinalen Blutungsgefahr durch Coumarin- und Kortikoidderivate. Erhöhung der Toxizität von Methotrexat bei Gabe dieses Wirkstoffes. Verminderung der urikosurischen Wirkung durch Probenecid und Sulfapyrazon. Verstärkung der hypoglykämischen Wirkung von Sulfonylharnstoffen. Verminderung der Wirkung von Spironolacton. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 50 Kapseln DM 30,45, Originalpackung mit 100 Kapseln DM 50,80. Klinikpackung. – Preisänderung vorbehalten. – Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach an der Riss

Thomae

zumal hier neue, in der Praxis relevante und damit auch für den Patienten bedeutungsvolle Fortschritte der Medizin möglichst schnell Eingang in die tägliche Arbeit des Arztes finden müssen."

Zu vereinzelt Hinweisen auf eine staatliche Zwangsfortbildung erklärte Thäle, daß diese Kollegen die große Gefahr für die Freiheitlichkeit unseres Berufsstandes noch nicht sehen: „Wird eine Zwangsfortbildung für die Ärzte erst einmal vom Staat eingeführt, dann kann man sie schwerlich noch beseitigen unter dem Hinweis, man werde sich jetzt endlich freiwillig dem Problem stellen."

Ein weiteres Argument gegen die Testbogenaktion wird hin und wieder vorgebracht, nämlich, daß mit dieser Testbogenaktion ebenso wie mit der Testkarte kaum mehr als bisher Ärzte zur Teilnahme an der Fortbildung zu bewegen seien. Thäle dazu: „Dies mag zwar seine Richtigkeit haben, dies war aber keinesfalls das Motiv für die beiden angebotenen Fortbildungsnachweise. Bei unserer Aktivität handelt es sich im wesentlichen darum, den § 7 Abs. 4 der Berufsordnung für die bayerischen Ärzte mit Leben zu füllen, der heißt: ‚Der Arzt muß eine den Abs. 1 bis 3 entsprechende Fortbildung gegenüber der Bayerischen Landesärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.‘ Hätten wir diese Aktion nicht gestartet, dann könnten uns mit Recht die bayerischen Kolleginnen und Kollegen vorwerfen, wenn schon ein Nachweis gefordert wird, wieso bietet die Kammer uns keine geeigneten Nachweismöglichkeiten an. Dies war der Beweggrund bei der für uns neuen Forderung eines individuellen Nachweises der Fortbildung – unter voller Wahrung der Freiwilligkeit des einzelnen Arztes – den Spielraum eigener Entscheidungen zu wahren. Angesichts der Würdigung aller angeführten Gesichtspunkte und Argumente besteht heute kein ernsthafter Zweifel mehr an der Richtigkeit des eingeschlagenen Weges der Bayerischen Landesärztekammer, den Kollegen beide Möglichkeiten auch weiterhin anzubieten."

Die Bayerische Akademie wird jedenfalls 1981 wieder eine Testbogenaktion „Selbstüberprüfung des Wissensstandes" durchführen, ebenso wie sie die Testkarten neu auf-

legt. Mit einem Dank an all diejenigen, die sich aktiv an der Testbogenaktion beteiligt haben und damit nicht nur sich selbst, ihren Patienten, sondern auch der bayerischen Ärzteschaft einen großen Dienst erwiesen haben, schloß Dr. Thäle sein Referat.

## Angestellte und beamtete Ärzte

Dr. Peter Eilert, Vorsitzender des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte", befaßte sich mit den beiden Schwerpunkten der Ausschußarbeit des verflossenen Jahres: „Die Arbeitszeitbelastung am Krankenhaus und der Bereitschaftsdienst" sowie mit dem „Versuch einer Begriffsbestimmung der Krankenhausmedizin".

Zum Thema „Arbeitszeitbelastung" berichtete Dr. Eilert kurz über zwei Verfahren wegen unzumutbarer Bereitschaftsdienstverhältnisse in Hamburg, wobei die beiden unabhängig voneinander klagenden Kollegen in erster und zweiter Instanz, zuletzt beim Landesarbeitsgericht in Hamburg, obsiegten. Die zunächst am 1. Oktober 1980 erwartete höchstrichterliche Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts über diesen Fragenkomplex stehe erst für den 26. November an. Eilert dazu: „Der Gang der Verhandlung läßt allerdings nicht erwarten, daß in diese Entscheidung die offenen grundsätzlichen Fragen umfassend einfließen." Danach ging er ausführlich auf die Diskussion um die Neuregelung der Bereitschaftsdienste ein und gab das Ergebnis einer Umfrage des Marburger Bundes bekannt, aus der hervorgeht, daß sich die überwiegende Mehrheit der Mitglieder für einen Dienst pro Woche und einen Wochenenddienst im Monat aussprach.

Dr. Eilert legte die sehr intensiv erarbeitete Ausschußmeinung dar:

1. Ein Großteil der Krankenhausärzte wünscht eine wesentliche Reduzierung der regelmäßigen Bereitschafts- und Wochenenddienste. Unabhängig von der Meinungsbildung der angestellten Ärzte können höchstrichterliche Entscheidungen möglicherweise Regelungen im gleichen Sinne vorschreiben.

2. Alle Neuregelungen der Bereitschaftsdienste müssen für den Patienten weitgehend eine kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt gewährleisten.

3. *Prinzipiell bestehen drei Regelungen für die Organisation der stationären Betreuung rund um die Uhr:*

### a) Schichtdienst

*Schichtdienst sollte nur in geeigneten Abteilungen durchgeführt werden (z. B. Intensivstation, Dialyseabteilung, Anästhesie, chirurgische Nothilfe).*

### b) Bereitschaftsdienst mit Freizeitausgleich

*Werden Ärzte nur selten zum Bereitschaftsdienst eingesetzt, kann voller Freizeitausgleich gewährt werden. Dies setzt aber eine entsprechende personelle Ausstattung voraus. Zunehmende Häufigkeit der Bereitschaftsdienste bei vollem Freizeitausgleich führt den Patienten zu unzumutbaren Zeiten der Abwesenheit des jeweils behandelnden Arztes.*

### c) Bereitschaftsdienst mit Vergütung

*Eine Überstundenbelastung eines Arztes von mehr als 80 Stunden pro Monat bedeutet für den Patienten ein Risiko und für die Ärzte eine kaum noch zumutbare Arbeitsbelastung. Eine Begrenzung der Überstunden auf 80 pro Monat hat die Ausweitung von Stellenplänen zur Konsequenz.*

4. Optimale Regelungen können nicht allgemein, sondern nur in bezug auf eine bestimmte Abteilung gefunden werden.

5. Die besonderen Anforderungen der Weiterbildung in bestimmten Disziplinen (besonders operative Fächer) müssen bei allen Regelungen des Bereitschaftsdienstes Berücksichtigung finden.

6. Ausweitung der Stellenpläne, Abbau von Überstunden und Reduzierung der Bereitschaftsdienste sind bei zunehmendem Angebot an ärztlicher Arbeitskraft notwendig und sinnvoll. Damit kann die Versorgung der Patienten verbessert und die Entwicklung zu einem humanen Krankenhaus gefördert werden.

Beim zweiten Schwerpunktthema: „Versuch einer Begriffsbestimmung der Krankenhausmedizin" ging Dr.

Eilert auf die Unterschiede von klinischer und ambulanter Medizin ein: „In unserem Gesundheitssystem wird die Krankenhausmedizin erst dann in Anspruch genommen, wenn die Möglichkeiten ambulanter Versorgung erschöpft sind (z. B. Schwere der Krankheit, Unklarheit der Diagnose, Ausmaß der Pflegebedürftigkeit). Stationäre Medizin ist nicht die Fortführung ambulanter Medizin mit anderen Mitteln, sondern eine Medizin auf anderer Ebene und folglich quantitativ und qualitativ anders als ambulante Medizin. Dies bedeutet, daß die Krankheit so schwer oder so chronisch, das diagnostische Problem so kompliziert oder so aufwendig, die soziale Situation so schwierig, die Therapie so risikoreich oder so teuer ist, daß eine Krankenhausaufnahme notwendig ist. Dies bedeutet u. a., daß Therapie und Diagnostik von hohem Standard 24 Stunden lang vorgehalten werden müssen, ebenso wie Konsiliardienste.“ In weiteren Ausführungen ging Dr. Eilert auf die Frage ein, was die stationäre Medizin so teuer macht: „Krankenhausmedizin ist personalintensiv (70 Prozent der Gesamtkosten sind Personalkosten), alle Dienste müssen 24 Stunden vorgehalten werden, unabhängig von der Nutzung ebenso wie eine ausreichende Bettenkapazität, Krankenhäuser haben zahlreiche subsidiäre Einrichtungen (z. B. Wäscherei, Fuhrpark, Küche usw.), die Patienten benötigen meist eine sehr umfangreiche Diagnostik und Differentialdiagnostik, der Zeitaufwand je Arzt und Patient ist größer, Konsiliardienste sind vorzuhaltend.“

Schließlich stellte Dr. Eilert als These auf: „Die Ausweitung der ambulanten Diagnostik hat auf die Krankenhaushäufigkeit und auf die Liegedauer keinen Einfluß.“ Sehr kritisch setzte er sich in diesem Zusammenhang mit dem Begriff der „Liegedauer“ auseinander: „Liegedauer ist manipulierbar (z. B. Wochenentlassungen mit Wiederaufnahme am Montag, Verlegung

auf eine andere Abteilung, Entlassungen nach Maßgabe der Neuzugänge). Eine kurze Liegedauer ist möglicherweise ein Indiz für überflüssige Einweisungen, teilweise wird sie auch bestimmt durch den unzureichenden Ausbau von Nachsorgeeinrichtungen (Pflegeheime, Nachtkliniken usw.).“

Eilert appellierte an die Politiker, auch den Krankenhausbereich voll in die Kostendämpfung miteinzubeziehen. Sicher gebe es Bereiche im Krankenhaus, die einer Kostendämpfung nicht oder kaum zugänglich sind: Kosten für Personal, Medikamente, Material, Laborbedarf und Geräte usw. Kostendämpfung lasse sich aber erreichen, z. B. durch Schließung einzelner Krankenhäuser, Bettenabbau bei zunehmender Bettennutzung, Beschränkung auf notwendige Investitionen.

Eingehend auf die Frage, in welcher funktionellen Beziehung ambulanter und stationärer Bereich zueinander stehen, führte er aus, daß der stationäre Bereich erst dann aktiv wird, wenn dies vom ambulanten Bereich gefordert wird. Dem niedergelassenen Arzt kommt dabei – so Eilert – eine wichtige Funktion als Selektor zu. Das Krankenhaus muß qualitativ und quantitativ hohen Anforderungen entsprechen. Die Möglichkeiten der Rationalisierung müssen sowohl im Krankenhausbereich als auch im ambulanten Bereich voll ausgeschöpft werden, wobei im ambulanten Bereich die Personalkosten – gemessen an den Gesamtkosten – geringer sind als im stationären Betrieb. Grundsätzlich kann und soll die ambulante Diagnostik prinzipiell auch komplizierte Untersuchungen umfassen. Dies darf aber nicht dazu führen, daß eine wichtige Diagnostik dem Krankenhaus vorenthalten wird, z. B. CT-Diagnostik.

Bei allen zwangsläufigen Interessengegensätzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich, auch bedingt durch Konsequenzen aus dem Kostendämpfungsgesetz, ha-

ben beide Bereiche jedoch ein gemeinsames Anliegen: „Wir Ärzte müssen immer und immer wieder den Politikern und Kostenträgern klar machen, daß sie nicht einerseits Kosten dämpfen können und andererseits Bürgern und Versicherten versprechen, ihnen eine optimale und alle Möglichkeiten der Technik ausnützende Diagnostik, Therapie und Pflege zu garantieren.“

Mit einem Dank an die Kollegen vom Krankenhausausschuß, insbesondere an Professor Zimmer, für die gute Zusammenarbeit und an die Kollegen vom Ausschuß, die durch ihre rege Mitarbeit diese Ausschubarbeit so fruchtbar gemacht haben, schloß Dr. Eilert.

## Hochschulfragen

**Professor Dr. Detlef Kunze**, Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Hochschulfragen, verlas die Ausführungen von **Professor Dr. Waldemar Hecker**, Vorsitzender des Ausschusses. Professor Hecker wies auf die wesentlichen Aufgaben des Hochschulausschusses hin: Kontaktpflege mit den medizinischen Fakultäten und Unterstützung in den Bereichen der Krankenversorgung und der Medizinstudentenausbildung.

In fünf Sitzungen befaßte sich der Ausschuß mit den drängenden Problemen in diesem Bereich; er hielt zwei Sitzungen in bayerischen Universitätsstädten (Erlangen und Würzburg) ab, in denen er mit Vertretern der medizinischen Fakultäten aus den Gruppen der Professoren, der Dozenten, der Assistenten und der Studenten einen fruchtbaren Gedankenaustausch durchführte, dessen Resultate sich in den Beratungen und Ergebnissen der Ausschubarbeit niederschlugen.

Die thematische Arbeit des Hochschulausschusses enthielt zwei Schwerpunkte:

1. Die notwendige Novellierung der Approbationsordnung. Hierzu hat

# BAD FÜSSING



Thermalbad 56°C

**Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern**

**Schwefelhaltige Thermalquellen (56°C), Kurmittelhäuser, Thermalhallen- u. -freibäder (30-37°C). Außergewöhnliche Heilerfolge b. Rheuma, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gestlichkeit.**

Prospekte: Kurverwaltung 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

der Hochschulausschuß sieben Essentials erarbeitet, die allen bayerischen Delegierten beim 83. Deutschen Ärztetag in Berlin als Entscheidungshilfe zu diesem so allgemein wichtigen Thema für die Zukunft der deutschen Ärzteschaft zulegen.

2. Personalprobleme der Hochschulärzte, wie sie durch das neue Bayerische Hochschullehrergesetz entstanden. Dieses Gesetz enthält einige Paragraphen, die einerseits eine erhebliche Verschlechterung der Situation für einen Teil der jungen Hochschullehrer mit sich bringt und andererseits wichtige Realitäten in der klinisch-ärztlichen Versorgung nicht beachten. Es ist leider überwiegend auf die Belange der geistes- und naturwissenschaftlichen Fakultäten ausgerichtet und läßt außer acht, daß eine wesentliche Aufgabe der medizinischen Fakultäten die Krankenbetreuung und die patienten- und klinikbezogene Forschung durch die Hochschullehrer ist.

In diesem Zusammenhang ging Professor Dr. Hecker ausführlicher auf die wesentlichsten Punkte ein:

Drohende Entlassung habilitierter wissenschaftlicher Assistenten. Hier konnte durch ein direktes Gespräch des Ausschußvorsitzenden mit Kultusminister Professor Maier eine akzeptable Übergangslösung gefunden werden.

Abbau der Überstundenvergütung für das ärztliche Klinikpersonal mit der daraus resultierenden Notwendigkeit einer drastischen Stellenvermehrung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für Patientenbetreuung und ärztliche Weiterbildung.

Streichung sämtlicher Überstundenvergütung für die ehemaligen Oberärzte der Universitätskliniken, die in den Status der „nicht dienstzeitgebundenen Professoren“ überführt wurden.

Schaffung einer vernünftigen Eingangsstufe für junge Ärzte als wissenschaftliche Mitarbeiter, damit diese nicht mehr diskriminierend als „wissenschaftliche Hilfskraft“ bezeichnet werden und somit einen akzeptablen Sozialstatus erwerben. Forderung nach einer Novellierung der Stellenpläne an den Universitätskliniken und Institutionen mit dem Ziel einer Vermehrung von

Dauerstellen, ferner ausreichender Verlängerungsmöglichkeiten für wissenschaftliche Mitarbeiter in Zeitstellen.

Der Hochschulausschuß hat sich schließlich dafür eingesetzt, in dem neu zu erstellenden Klinikum Regensburg die klinische Pharmakologie zu inkorporieren, um eine patientennahe Forschungsarbeit zu ermöglichen.

## Krankenhaus

**Professor Dr. F. Zimmer**, Vorsitzender des Krankenhausausschusses, informierte darüber, daß im Mittelpunkt der Besprechungen bei den drei Sitzungen des Krankenhausausschusses Fragen und Probleme der kollegialen Zusammenarbeit von Ärzten in freier Praxis und am Krankenhaus standen. Einleitend führte er aus, daß die Absicht des „Bayern-Vertrages“, durch gezielte Diagnostik und Therapie unter Ausschöpfung der den Kassenärzten gemeinsam zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, im Hinblick auf die von keiner Seite bestrittene notwendige Kostendämpfung verständlich ist. Natürlich müsse man eine eventuell abnehmende Zahl von Krankenhauseinweisungen im Zusammenhang mit der dann notwendigen Reduzierung von Krankenhausbetten sehen, was sich zwangsläufig auf den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern auswirke.

Die grundsätzlich zu bejahende Forderung nach Vermeidung von Doppeluntersuchungen ist in der Realisierung jedoch daran gebunden, daß die Koordination aller wirklich notwendigen Untersuchungen in kollegialer Zusammenarbeit von einweisendem mit weiterbehandelndem Arzt stattfindet. Sinnvolle Sparmaßnahmen im vorstationären Bereich können nur dann wirksam werden, wenn in jedem Einzelfall das notwendige vorstationäre Programm abgesprochen und koordiniert wurde.

In weiteren Ausführungen berührte Professor Dr. Zimmer die Frage der Bedarfsplanung für Computer-Tomographen und ging auf die flächendeckende Versorgungskonzeption im stationären Bereich für den Freistaat Bayern ein, wobei er ausführte, daß diese CT-Untersuchun-

gen heute weitgehend in der Praxis der niedergelassenen Ärzte durchgeführt werden.

Professor Dr. Zimmer abschließend: „Die ärztliche Versorgung unserer Patienten muß ein gemeinsames Anliegen aller Kollegen sein, und eine Dämpfung der Gesamtkosten kann nur dann erreicht werden, wenn niedergelassene und Krankenhausärzte in Solidarität sich um die Lösung der bestehenden Probleme bemühen. Eine optimale Behandlung unserer Kranken und ein nahtloser Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich kann nur in kollegialer Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen ärztlichen Wirkens gemeinsam erreicht werden. Aus diesem Grund hat der Krankenhausausschuß dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer vorgeschlagen, ein Diskussionsgremium zu schaffen, wo diese aktuellen Probleme mit den Vertretern beider beteiligten Arztgruppen diskutiert werden kann. Es sei sehr zu begrüßen, daß der Kammervorstand diesem Vorschlag zugestimmt hat.“

## Hilfsausschuß

**Dr. Dr. Erich Grassl**, Vorsitzender des Hilfsausschusses der Bayerischen Landesärztekammer, dankte allen Kolleginnen und Kollegen herzlich, die für den Hilfsfonds jährlich 50 DM einzahlen, damit die Aufgabe dieses Hilfsausschusses ermöglichen, der lebendiger Beweis für Gemeinschaftssinn und Zusammenhalt unserer bayerischen Arztfamilie ist und für Kollegen, Arzttwitwen und Arztwaisen sorgt, die unverschuldet auf der Schattenseite des Lebens stehen oder durch besondere Schicksalsschläge auf unsere Hilfe angewiesen sind.

Für laufende und monatliche Unterstützungen wurden im Jahre 1979 insgesamt rund 579 000 DM ausgegeben (12 Ärzte, 106 Arzttwitwen und Arztwaisen). Von diesen insgesamt 118 Unterstützten waren 53 in der Altersgruppe zwischen 70 und 80, 42 zwischen 80 und 90 Jahren und 5 Kollegen über 90.

Dr. Grassl dankte allen Kollegen des sogenannten „Kleinen Hilfsausschusses“ und des „Großen Hilfsausschusses“, die in unbürokratischer Weise schnelle Entscheidungen ermöglichten. Als Richtsatz für die Obergrenze der Bruttoeinnah-

# Strophanthin macht seinen Weg



## Strodival® perlingual

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

**Zusammensetzung:** Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikation:** Linksmysokardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände. Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen, Vorsicht bei gleichzeitiger i.v. Kalziumtherapie. **Nebenwirkungen:** Bei Strodival® perlingual können vereinzelt Schleimhautreizungen im Mund und im Oligestionstrakt auftreten. In diesem Fall Absetzen der Therapie und anschließend "einschleichender" Neubeginn (mit kleinsten Dosen in Zahl und Häufigkeit beginnend und langsam steigend) oder ausweichen auf Strodival® mr, das nahezu nebenerscheinungsfrei vertragen wird.

Weitere Angaben zu den Strodival® Präparaten:  
**Dosierung und Anwendungsweise:** Stets nach Bedarf und Erregung, d.h. bis zum bestmöglichen Beseitigen der Herzsymptome

## Strodival® mr magensaftresistent

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

• **Sofortbehandlung:** Zum Beheben eines Angina pectoris-Anfalles oder Herzkollapses sofort 2 bis 3 Kapseln Strodival® perlingual zerbeißen und den ausgepreßten Kapselinhalt in der Mundschleimhaut einige Minuten einwirken lassen, ohne dabei einer Speichelbildung Vorschub zu leisten. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. • **Dauerbehandlung:** 2 bis 4 mal täglich 1 bis 2 Strodival® perlingual Kapseln zerbeißen wie bei der Sofortbehandlung. – Sofern es bei der perlingualen Strodival Anwendung zu Mundschleimhautreizungen kommt, ist die magensaftresistente Schluck-Kapsel Strodival® mr in einer Dosierung von ebenfalls 2 bis 4 mal täglich 1 bis 2 Kapseln angezeigt. Die Schluckanwendung von Strodival® mr muß auf möglichst leeren Verdauungstrakt, also morgens nüchtern bzw. 1/2 bis 1 Stunde vor dem Essen erfolgen. Strodival® mr ist nicht für die Sofortbehandlung geeignet. **Besondere Hinweise:** Ödeme, Tachykardien und Tachyarrhythmien, im wesentlichen also Rechtsinsuffizienzen brauchen noch gezielte Zusatzmaßnahmen. Das therapeutische Ergebnis mit den Strodival® Präparaten allein ist unbefriedigend. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,26, OP mit 100 Kapseln DM 16,40, OP mit 500 Kapseln DM 57,96; Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,70, OP mit 100 Kapseln DM 17,55, OP mit 500 Kapseln DM 61,87. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG, Wiesbaden

men ist für alleinstehende Ärzte und Ärztinnen ein Betrag zwischen 1000 DM und 1200 DM und für Arzttwitwen von 850 DM bis 900 DM festgelegt. Diese Sätze entsprechen den Leistungen der Sozialwerke der einzelnen KV-Bezirksstellen.

Nach einer 1963 getroffenen Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns werden in Not geratene Ärzte, die nach dem 1. Januar 1953 noch kassenärztliche Leistungen erbracht haben, ausschließlich aus Mitteln des Sozialwerks der zuständigen KV-Bezirksstellen unterstützt, ebenso wie ihre Angehörigen bzw. Hinterbliebenen. Die KV Bayerns wendet hierfür jährlich fast 2 Millionen DM auf. Der Hilfsfonds der Kammer ist für alle sonstigen Kollegen und ihre Angehörigen zuständig. Zusätzlich zu den monatlichen Unterstützungen wurde 1979 eine Weihnachtszuwendung von 200 DM bewilligt, was durch die jährliche Spendenaktion aller bayerischen Kolleginnen und Kollegen zum Weihnachtsfest möglich war. Neben diesen monatlichen Unterstützungen befindet der Hilfsausschuß auch über Darlehen mit entsprechender Absicherung in Einzelfällen. Die Darlehenssumme beträgt derzeit 293 000 DM, das Vermögen des Hilfsfonds 163 000 DM, so daß eine gesunde Rücklage vorhanden ist.

#### **Punkt 2 der Tagesordnung:**

### **Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer**

- 2.1 Rechnungsabschluß 1979
- 2.2 Entlastung des Vorstandes 1979
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers 1980
- 2.4 Haushaltsvoranschlag 1981

Leitender Medizinaldirektor i.R. Dr. Hugo Vierheilig, Würzburg, Vorsitzender des Finanzausschusses, erläuterte detailliert die den Delegierten fristgerecht vorgelegten Unterlagen. Der Rechnungsabschluß 1979 wurde mit einigen Enthaltungen gebilligt. Der 33. Bayerische Ärztetag entlastete den Vorstand.

Nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ist ein unabhängiger Prüfer für die Prüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1980 zu be-

stellen. In den vergangenen Jahren war Robert Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, damit beauftragt. Der Bayerische Ärztetag stimmte der Beauftragung von Herrn Weinzierl als Abschlußprüfer der Rechnungsprüfung 1980 zu.

Die Abstimmung zum Haushaltsvoranschlag 1981 ergab die Billigung der Vorlage.

#### **Punkt 3 der Tagesordnung:**

### **Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 1. 1978**

Der 83. Deutsche Ärztetag in Berlin hat Änderungen der Weiterbildungsordnung empfohlen. Der 33. Bayerische Ärztetag hat diese Empfehlung angenommen.

Die beschlossenen Änderungen sind mit dem Genehmigungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern unter der Rubrik „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 1183f. veröffentlicht.

#### **Punkt 4 der Tagesordnung:**

### **Satzung und Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer**

*4.1 Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer (§ 15 Absatz 2)*

Der 33. Bayerische Ärztetag hat beschlossen, in § 15 Absatz 2, Satz 1 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer das Wort „unabhängigen“ vor das Wort „Prüfer“ einzusetzen. Der Satz 2 entfällt.

Die beschlossene Änderung der Satzung ist mit dem Genehmigungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern unter der Rubrik „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 1184 veröffentlicht.

*4.2 Änderung der Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer*

Der Präsident erläuterte, daß der 32. Bayerische Ärztetag 1979 den

Beschluß gefaßt hatte, bei der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztesammer das d'Hondtsche Verfahren wieder zu verlassen und daß zur reinen Persönlichkeitswahl zurückzukehren sei. Nach ausführlicher Darlegung der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Wahlsysteme hat sich der Bayerische Ärztetag nunmehr mit großer Mehrheit bei nur wenigen Gegenstimmen und einzelnen Enthaltungen dafür ausgesprochen, daß die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer auch zukünftig nach dem d'Hondtschen Verfahren erfolgen soll.

#### **Punkt 5 der Tagesordnung:**

### **Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim OLG München mit einem ehrenamtlichen Richter**

Für die Nachfolge des verstorbenen ehrenamtlichen Richters, Dr. med. Wolf Stromeyer, benannte der 33. Bayerische Ärztetag die Kollegen

Dr. Peter Herbrand, München  
Dr. Karl-Oskar Kehl, Grünwald

#### **Punkt 6 der Tagesordnung:**

### **Festlegung des Termins des 34. Bayerischen Ärztetages 1981**

Der 34. Bayerische Ärztetag 1981 in Lindau findet vom Freitag, den 9. Oktober bis Sonntag, den 11. Oktober statt.

#### **Punkt 7 der Tagesordnung:**

### **Wahl des Tagungsortes des 35. Bayerischen Ärztetages 1982**

Turnusgemäß ist der Ärztliche Bezirksverband Oberfranken für die Einladung zum 35. Bayerischen Ärztetag 1982 zuständig. Dr. Sebald trug namens des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg die Einladung der dortigen Ärzteschaft vor. Die Wahl Bambergs als Tagungsort des 35. Bayerischen Ärztetages wurde ohne Gegenstimme angenommen.

# Entschließungen des 33. Bayerischen Ärztetages

## Bayerische Perinatalerhebung

Die hohe freiwillige Beteiligung vieler bayerischer Frauenärzte ermöglicht schon heute die Erfassung von rund 60 Prozent aller Geburten. Trotzdem appelliert der Bayerische Ärztetag mit Nachdruck an die noch nicht teilnehmenden Frauenärzte, ihre ablehnende Haltung zu überprüfen, um eine möglichst umfassende Gesamterhebung aller Geburten in Bayern zu erreichen.

Entsprechend der Resolution des 30. Bayerischen Ärztetages haben die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eine bayerische „Kommission für Perinatalogie“ geschaffen, um aufgrund der Erfahrungen der „Münchener Perinatal-Studie 1975 bis 1977“ diese in der Bundesrepublik Deutschland einmalige permanente Einrichtung einer freiwilligen Selbstkontrolle auf ganz Bayern auszuweiten.

Seit Anfang 1979 beteiligen sich die Frauenärzte von 136 geburtshilflichen Abteilungen Bayerns mit jährlich rund 65 000 Geburten freiwillig an dieser Erhebung. Ein Dokumentationsbogen erfaßt jede zur Geburt führende Schwangerschaft und den dazugehörigen Perinatalzeitraum in standardisierter Form. Eine anonymisierte Kopie wird an die zentrale Organisationsstelle der Erhebung – die elektronische Datenverarbeitung der KVB – geschickt. Damit erhält jeder beteiligte Frauenarzt eine gezielte Information über klinikeigenes Handeln und den Vergleich mit der Situation an entsprechenden Kliniken. Weiterhin ist damit aber auch die fortlaufende Beschreibung der perinatalogischen Situation in Bayern und die Analyse überregionaler geburtshilflicher Probleme möglich. Die Kommission erhebt darüber hinaus auch Empfehlungen für die Durchführung klinikinterner Selbstkontrollen.

## Gesundheitssicherungsgesetz und Katastrophenschutz

Der 33. Bayerische Ärztetag appelliert an alle Verantwortlichen, sich für die baldige Verabschiedung eines Gesundheitssicherungsgesetzes einzusetzen und bei der Durchführung dieses Gesetzes in regionale Planungen die Ärzteschaft direkt zu beteiligen, ebenso wie bei den Regelungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Katastrophenschutzgesetzes.

Ein funktionierender Katastrophenschutz sowie ein gesetzlich geregelter Zivildienst im Verteidigungsfall sind zwingend notwendige Ergänzungen unserer Gesundheitspolitik.

Immer noch haben die Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Katastrophen- und Notzeiten keine ausreichenden gesetzlichen Grundlagen geschaffen. Zwar bestehen für die Versorgung der Bevölkerung in Katastrophenfällen landesgesetzliche Regelungen und ein ergänzendes Bundesgesetz. Keines dieser Gesetze enthält jedoch Vorschriften über die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Im Verteidigungsfall fehlt darüber hinaus bisher jegliche gesetzliche Regelung. Vordringliche Aufgabe des Bundesgesetzgebers muß daher die Verabschiedung eines Gesundheitssicherungsgesetzes sein.

Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sowohl im Katastrophen- als auch im Spannungs- und Verteidigungsfall kann jedoch bei der Erarbeitung regionaler Pläne nur dann zweckmäßig realisiert werden, wenn die Mitarbeit aller ärztlichen Körperschaften gewährleistet ist.

## Fortbildung in Katastrophenschutzmedizin

Die Fortbildung in Katastrophenschutzmedizin, und zwar für alle Formen möglicher Katastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmungen, Eisenbahnunglück, Massenkerembolage, Betriebsunfälle, Waldbrände, Schneeverwehungen, Flugzeugabsturz, Reaktorzwischenfälle usw.), ist eine wesentliche Aufgabe aller Ärzte. Diese Thematik muß deshalb in der ärztlichen Fortbildung bevorzugt behandelt werden.

Katastrophenschutzplanung ist eine wichtige und ständige Aufgabe des Staates, der Kommunen, der Hilfsorganisationen unter Mitarbeit der Ärzteschaft. Der Arzt nimmt in einer organisierten Hilfskette einen wichtigen Platz ein, denn die Auswirkungen von Katastrophen auf den einzelnen können nur bewältigt werden, wenn die Ärzte auch unter den dadurch bedingten Umständen medizinische Hilfe zu leisten vermögen. Dies setzt voraus, daß sich alle Ärzte mit den Fragen und Problemen der Notfall- und Katastrophenschutzmedizin vertraut machen.

## Ärztliche Stellenbesetzung in Krankenhäusern und Kliniken

Der 33. Bayerische Ärztetag fordert Krankenhausträger, Kostenträger und das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Anwendung eines angemessenen Personalschlüssels im pflegerischen und ärztlichen Bereich auf.

Die Anheftszahlen aus dem Jahre 1969, fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche, werden den erhöhten Anforderungen des medizinischen Fortschrittes der letzten Jahre, insbesondere in der intensiven medizinischen und pflegerischen Betreuung, im Krankenhaus nicht mehr gerecht.

Diese sollten baldmöglichst durch Anwendung eines Leistungskataloges, der personalaufwendige Sonderaufgaben und Verweildauer berücksichtigt, ersetzt werden.

## Bayerisches Hochschullehrgesetz

Die wissenschaftliche Hilfskraft gemäß Artikel 25 des Bayerischen Hochschullehrgesetzes ist in ihrer Bezeichnung für einen approbierten und promovierten Arzt diskriminierend und außerdem in dem Sozialstatus durch die Tatsache, daß die Dienstzeit als „wissenschaftliche Hilfskraft“ nicht für das Dienstalter eingerechnet wird und eine Zusatzversorgung nicht erfolgt, für einen Arzt schlechtmehr nicht zumutbar.

Da für die klinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen der medizinischen Fakultäten eine sogenannte Eingangsstufe zweckmäßig ist, wird vorgeschlagen, für die Ersteinstellung gemäß Artikel 25, 1 des Bayerischen Hochschullehrgesetzes wissenschaftliche Mitarbeiter im Angestelltenverhältnis befristet einzustellen. Danach ist ein Erstvertrag von zwei Jahren gegeben und eine einmalige weitere Befristung auf insgesamt sieben Jahre.

Der Bayerische Ärztetag fordert das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus auf, zu ermöglichen, daß ein weiteres kurzbefristetes Arbeitsverhältnis entweder als BAT-Angestellter oder als Beamter auf Zeit zum Zwecke der Erlangung der Gebietsanerkennung bzw. der Habilitation angeschlossen werden kann.

## Personalstruktur in den Universitätskliniken

Die lang ersehnte und mit der Neuordnung der Personalstruktur in den bayerischen Hochschulen herbeigeführte korporationsrechtliche Gleichstellung aller Professorengruppen hat dazu geführt,

daß eine Vielzahl qualifizierter Kliniker entgegen dem früheren Zustand für die Sicherstellung der stationären Versorgung an den Universitätskliniken im Rahmen von Bereitschaftsdiensten und Rufbereitschaft nicht mehr zur Verfügung stehen. Dieser Umstand führt nicht nur zu einer Verschlechterung fachärztlicher Versorgung in weiten Bereichen der Universitätskliniken, sondern auch zu häufig unmaßiger und nicht mehr vertretbarer Mehrbelastung anderer Gruppen ärztlicher Mitarbeiter.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Staatsministerien für Unterricht und Kultus und der Finanzen, dem Beispiel anderer Bundesländer zu folgen und durch den alsbaldigen Erlass der im Bayerischen Hochschulergesetz vorgesehenen Rechtsverordnung die formalen Voraussetzungen für die Teilnahme auch von Professoren am dienstplanmäßig geregelten Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaftsdienst zu den gleichen Bedingungen zu schaffen, die für die anderen Gruppen ärztlicher Mitarbeiter an den Universitätskliniken gelten.

#### **Personelsituation**

##### *Ärztliche Mitarbeiter in den Universitätskliniken*

Für die beamteten Ärzte in den Universitätskliniken wird stufenweise bis 1983 die Bezahlung abgeleiteter Bereitschaftsdienste und Überstunden auf 40 pro Monat begrenzt. Wie bisher fallen jedoch Bereitschaftsdienste und Überstunden bei den beamteten Ärzten in gleicher Größenordnung an. In den meisten Universitätskliniken werden von den wissenschaftlichen Mitarbeitern weit mehr Bereitschaftsdienste und Überstunden geleistet, als bisher vergütet wurden. Durch den stufenweisen Abbau wird zwar dem Anspruch dieser ärztlichen Mitarbeiter auf ein physisch und psychisch vertretbares Maß von Mehrerbeitsleistungen entsprochen. Den Klinikleitungen wird aber ständig zugemutet, ihre Fürsorgepflicht gegenüber ihren ärztlichen Mitarbeitern zu verletzen, indem Mehrarbeit zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung angeordnet werden muß, von der sie wissen, daß der durch Gesetz gebotene Freizeitausgleich nicht erfolgen kann.

Der Bayerische Ärztetag fordert deshalb von der Bayerischen Staatsregierung die sofortige Bereitstellung der Haushaltsmittel, die eine entsprechende Vermehrung der Planstellen als Kompensation des Mehrarbeitsebbaus ermöglichen, durch die allein der Rechtsanspruch der betroffenen Ärzte verwirklicht werden

kann. Der Umfang der notwendigen Mehrerbeitsleistungen ist der Bayerischen Staatsverwaltung aus den regelmäßig von den Kliniken vorgelegten Abrechnungen genau bekannt.

Die neu zu schaffenden Planstellen zur Kompensation des Abbaus von Mehrarbeit dürfen nicht in die Kapazitätsberechnung einbezogen werden, da sie nur ein entstandenes Defizit ausgleichen.

Deshalb muß die Kapazitätsverordnung (KapVO) in diesem Punkte geändert werden.

#### **Änderung der KapVO**

Bereits die „Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung beim Bundesgesundheitsamt“ wie auch die verschiedensten Verbände und medizinische Fakultäten haben eine Änderung der KapVO für dringend erforderlich gehalten. Der Bayerische Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, im Zusammenhang mit der Vermehrung von Planstellen zur Kompensation des Abbaus von Mehrarbeit beamteter Hochschulärzte die KapVO in der Weise zum schnellstmöglichen Zeitpunkt zu ändern, daß durch diese neu zu schaffenden Planstellen keine zusätzlichen Ausbildungskapazitäten entstehen.

#### **Tätigkeit der niedergelesenen Ärzte in der Beratung von Konfliktschwangeren**

Der 33. Bayerische Ärztetag fordert insbesondere die niedergelassenen Ärzte auf, sich noch intensiver als bisher der Beratung von Konfliktschwangeren zu widmen. Jede unerwertete Schwangerschaft ist aber schon vor der gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Beratung zum Zeitpunkt ihrer Feststellung zunächst durch eine ärztliche Krisenintervention zu betreuen, damit der Annehmeprozess des Kindes psychologisch gefördert wird. Daneben ist die Schwangere an eine Sozialberatungsstelle zu vermitteln. Erst im Anschluß an die Sozialberatung kann die Schwangere über medizinisch bedeutsame Gesichtspunkte eines Schwangerschaftsabbruches nach § 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB beraten werden, wobei auch die Komplikationen eines solchen Eingriffes anzusprechen sind. Diese gesetzlich vorgeschriebene ärztliche Beratung ist schriftlich zu bestätigen; eine eventuelle Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch ist schriftlich zu begründen.

Krisenintervention bei Konfliktschwangeren und ihre ärztliche Beratung sind ganz hervorragende menschliche und gesundheitliche Aufgaben der Ärzteschaft.

#### **Konfliktschwangerschaft**

Der 33. Bayerische Ärztetag fordert alle Ärzte auf, Patientinnen, die durch eine eingetretene Schwangerschaft in Konflikte kommen, noch intensiver als bisher zu beraten und sich dieser Aufgabe nicht zu entziehen. Durch eine ärztliche Krisenintervention im Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft kann der Annehmeprozess des Kindes psychologisch gefördert werden.

Diese Krisenintervention ist jedoch weder identisch mit der gesetzlich vorgeschriebenen Sozialberatung durch die Beratungsstellen noch mit der Indikationsfeststellung zum Abbruch, die durch den Arzt erfolgt, und kann diese daher auch nicht ersetzen.

Die zeitliche Abfolge von Sozialberatung und Indikationsstellung, die das Gesetz offenläßt, sollte von allen Ärzten so gehandhabt werden, daß die Beratungsstellen vor der Indikationsstellung in Anspruch genommen werden, wie es durch das Bayerische Schwangerschaftsberatungs-gesetz vom 5. August 1977, Art. 6, vorgesehen ist.

#### **Ambulante Abtreibung**

Der 33. Bayerische Ärztetag begrüßt die klare Stellungnahme der Bayerischen Staatsregierung gegen die Genehmigung der ambulanten Abtreibung.

#### **Schwangerschaftsabbruch**

Die Bayerische Landesärztekammer möge darauf einwirken, daß in ärztlichen öffentlichen Äußerungen der euphemistische Begriff

„Schwangerschaftsunterbrechung“ nicht mehr angewendet und durch den Begriff

„Schwangerschaftsabbruch“ ersetzt wird.

#### **Genetik**

Die notwendige Förderung der pränatalen Diagnostik soll nicht nur auf staatliche Einrichtungen beschränkt bleiben.

Auch bestehende bzw. künftige diagnostische Einrichtungen niedergelassener Ärzte mit dem Bereich „Medizinische Genetik“ sollen äquivalent unterstützt werden.

#### **Rettungsdienst**

Die Bayerische Landesärztekammer wird gebeten, zusammen mit einschlägigen Gebietsärzten einen Leistungskatalog zu erstellen, der die Mindestanforderungen enthält, die notwendig sind, um einen qualifizierten Rettungsdienst sicherzustellen.

## Rettungserzt

Das Bayerische Staatsministerium des Innern und die Rettungszweckverbände werden aufgefordert, für die im Rettungsdienst eingesetzten Ärzte die Bezeichnung „Rettungsarzt“ einzuführen, um eine klare Abgrenzung zum ärztlichen Notfalldienst zu ermöglichen. Insbesondere die hilfesuchende Bevölkerung wird durch die häufige Verwechslung von Rettungserzt und Notfalldienst so verunsichert, daß nicht selten im Rahmen einer Alarmierung kostbare Zeit verlorenght.

## Notfallversorgung

Die Bayerische Landesärztekammer wird gebeten, zusammen mit der KVB in Verhandlung mit dem Bayerischen Roten Kreuz sicherzustellen, daß die Bediensteten der Rettungsleitstellen, die mit der Informationsannahme und Weitergabe beschäftigt sind, einen möglichst hohen Ausbildungsstand haben, der sie insbesondere dazu befähigt, Informationen über medizinische Notfälle sechgerecht zu verwerten, insbesondere mit dem Ziel, nicht notwendige Einsätze mit Hubschrauber und Notarztwagen zu vermeiden. Aus den Erfahrungen der letzten Zeit ergibt sich, daß in zahlreichen Fällen des Tätigwerdens des ärztlichen Notfalldienstes ausreichend gewesen wäre.

## Ambulante psychiatrische Versorgung

Der 33. Bayerische Ärztetag begrüßt die Feststellung des bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkel, daß die niedergelesenen Ärzte – vorwiegend Nervenärzte – weiterhin die Hauptsäule der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Bayern bleiben müssen und die sozial-psychiatrischen Dienste nur in Ergänzung dieser Arbeit der Ärzte zu sozialer Hilfestellung bei familiären, beruflichen oder sonstigen sozialen Schwierigkeiten tätig werden sollen.

## Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“

Die Bayerische Landesärztekammer wird aufgefordert, bei der Anerkennung der gelordneten Weiterbildungszeiten und der sonstigen Anforderungen zur Erhaltung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ für Ärzte im Rahmen der Weiterbildungsordnung so großzügig und unbürokratisch vorzugehen wie möglich, damit dem Anspruch der Öffentlichkeit an die Ärzteschaft betreffend ausreichender Versorgung psychisch Kranker im Rahmen des Sicherstellungsauftrages in vollem Umfang auch weiterhin Rechnung getragen werden kann.

## Fortbildungsveranstaltungen über Probleme der Behinderten und Rehabilitation Behinderter

1981 ist das „Internationale Jahr der Behinderten“. Die Vereinten Nationen haben alle Mitgliedstaaten aufgerufen, das Internationale Jahr der Behinderten 1981 zum Anlaß zu nehmen, die medizinische, soziale und berufliche Entwicklung der Behinderten mit dem Ziel ihrer Eingliederung in Beruf und Gesellschaft zu verbessern. Symbol und Motto des deutschen Beitrages zum Internationalen Jahr der Behinderten ist „Einander verstehen, miteinander leben“.

Der 33. Bayerische Ärztetag ersucht die Leiter der Fortbildungskongresse und der örtlichen Fortbildungsveranstaltungen, in ihre Programme im Jahre 1981 Themen aus diesem Bereich aufzunehmen und so einen Beitrag zur medizinischen und sozialen Rehabilitation Behinderter zu geben.

## Beschäftigung von Fernstud. in der ärztlichen Praxis

(§ 7 der Approbationsordnung für Ärzte)

Die gegenwärtige Ausbildung von Medizinstudenten ist bedauerlicherweise fest ausschließlich theoretisch ausgerichtet. Diesen Mangel kann ein verstärktes Famulaturstellenangebot von seiten der niedergelassenen Ärzteschaft erfahrungsgemäß in gewissem Maße ausgleichen. Besonders die niedergelesenen praktischen Ärzte und Allgemeinärzte in den Ballungsgebieten sind aufgefordert, sich für diese Aufgabe zur Verfügung zu stellen und während der Semesterferien Fernstud. in ihren Praxen aufzunehmen. Alle bisherigen Erfahrungen zeigen, daß hierdurch falsche Vorstellungen vom Allgemeinernzt bei unserem Nachwuchs revidiert werden und er die Möglichkeiten ärztlichen Wirkens in freier Praxis erleben kann.

## Weiterbildungsplätze in der Peripherie

Der Kreisverband Aschaffenburg/Untermeln bittet die Bayerische Landesärztekammer, Anregungen zu geben, damit sich Kollegen, die eine Assistentenstelle suchen, vermehrt für Arbeits- und Weiterbildungsplätze in der Peripherie interessieren. Ausschreibungen von Krankenhäusern und Landkreisen reichen offenbar nicht aus, darauf hinzuweisen, daß es oft auch landschaftlich reizvollen Orten in der Peripherie sehr gute Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen, dennoch bestehen erhebliche Schwierigkeiten, deutschsprachige Ärzte zu finden.

## Ausbildungsordnung

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer möge sich bei den bevorstehenden Beratungen über die Änderung der Ausbildungsordnung für Ärzte mit Nachdruck dafür einsetzen, daß am Ende der Ausbildung die Approbation erhalten bleibt.

Der damit erreichte Status gewährt dem Arzt die Möglichkeit der selbstverantwortlichen Berufsausübung.

Mängel bei der derzeitigen Ausbildung sind u. e. verursacht durch die Unvereinbarkeit der Ziele der Ausbildungsordnung (praxis- und patientenbezogene Ausbildung) mit der gestiegenen Zahl der Studienanländer. Diese Mängel können durch eine Entwertung der Approbation nicht beseitigt werden.

Für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung ist – wie bisher geschehen – im Interesse unserer Patienten eine mehrjährige *freiwillige Weiterbildung* in Klinik und Praxis wünschenswert. Dabei kann eine Vertretertätigkeit kein Ersatz für eine klinische Weiterbildung sein.

Der Bayerische Ärztetag geht davon aus, daß vor der Niederlassung als Kassenarzt – wie bisher – eine ausreichende klinische Weiterbildung erfüllt ist.

## ArztshelferInnen

Der Beruf „Arztshelferin“ erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Wenn sich durch die Zunahme der Auszubildenden – und damit der Klassen – Engpässe ergeben, wird vorgeschlagen, Überlegungen anzustellen, inwieweit es möglich erscheint, geeigneten und erfahrenen Arztshelferinnen durch Zusatzkurse und Wiederholungs-/Auffrischkurse eine Gelegenheit zu bieten, sich zu einer Ausbilderin für ArztshelferInnen, jedoch außerhalb der Medizinischen Fachkunde, weiterzubilden. Andererseits wird an alle Ärzte appelliert, sich für die Ausbildung der Arztshelferinnen zur Verfügung zu stellen.

## Wehl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag

Der Bayerische Ärztetag stellt fest, daß die Delegierten zum Deutschen Ärztetag durch die Mitglieder des Bezirksverbandes gewählt werden. Das Wahlgremium für den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München besteht aus den Mitgliedern des Vorstandes und den Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer.

# Zur Frühdiagnose maligner Tumoren: Paraneoplastische Syndrome – Tumorteste

von K. Possinger, R. Hartenstein und H. Ehrhart

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München – Klinikum Großhadern – (Direktor: Professor Dr. med. W. Wilmanns) und der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung Neuherberg (Abteilungsleiter: Professor Dr. med. W. Wilmanns)

(Fortsatzung)

## Hämatologische paraneoplastische Syndrome

Hämatologische paraneoplastische Syndrome können sich als Anämie, Polyglobulie, leukämioide Reaktion oder Gerinnungsstörung manifestieren (Tab. 5). Ihr Erkennen kann die Frühdiagnose eines malignen Tumors ermöglichen.

### *Paraneoplastische aplastische Anämie und Erythroblastophthie*

Aplastische Anämie und Erythroblastophthie sind durch eine Verminderung der korpuskulären Elemente des peripheren Blutes und ihrer Vorstufen im Knochenmark charakterisiert. Während bei der aplastischen Anämie Erythropoese, Leukopoese und Megakaryozytopoese deutlich vermindert sind, liegt bei der Erythroblastophthie eine isolierte Verminderung der Erythropoese vor. Das klinische Bild dieser Erkrankungen ist dementsprechend durch eine schwere Anämie mit oder ohne zusätzlichen Infekt- und Blutungsneigung gekennzeichnet. Bei über der Hälfte der Patienten mit aplastischer Anämie oder Erythroblastophthie konnte als zugrunde liegender Tumor ein Thymom nachgewiesen werden. In ca. 30 Prozent der Fälle schwand die Anämie nach Thymektomie. Da in den untersuchten Fällen keine Knochenmarksinfiltration durch maligne Zellen nachgewiesen werden konnte, wurde von Jacobs (1959) ein Serumfaktor postuliert, der die Anämie auslösen sollte. 1969 berichtete Kranz über gegen Erythroblastenkerne gerichtete Antikörper. 1973 gelang es dem gleichen Autor, einen gegen Erythroblasten gerichteten toxischen Serumfaktor nachzuweisen. 1975 entdeckte Peschle einen gegen zirkulierendes Erythropoetin gerichteten Hemmstoff. 1977 schließlich konnte von Robins-Browne ein Inhibitor der

Hämsynthese im Patientenserum nachgewiesen werden. All diese Faktoren waren nach erfolgreicher Therapie des zugrunde liegenden Tumors nicht mehr nachweisbar.

### *Paraneoplastische hämolytische Anämie*

Paraneoplastische hämolytische Anämien finden sich vorwiegend bei lympho- oder myeloproliferativen Systemerkrankungen (Thomas, 1974) und bei schleimbildenden Adenokarzinomen des Magens oder der Ovarien (Brain, 1970; Burkert, 1970). Pathogenetisch stehen Autoimmunprozesse und mechanische Erythrozytendestruktionen im Vordergrund. So können z. B. die Tumorzellen selbst oder von ihnen gebildete Substanzen Autoimmunphänomene mit Zerstörung körpereigener Erythrozyten auslösen. Laborchemisch finden sich dann z. B. ein positiver direkter oder indirekter Coombstest, Kältehämolysine oder Kälteagglutinine. Auch sollen einzelne Adenokarzinome Mucin-artige Substanzen produzieren, die über eine Kreuzantigenität zur Zerstörung körpereigener Erythrozyten führen (Matthias, 1976). Ebenfalls finden sich bei verschleimenden Karzinomen des Gastrointestinaltrakts (Dumont, 1965)

## Hämatologische paraneoplastische Syndrome

Paraneoplastische Anämie
aplastische Anämie
hämolytische Anämie
Paraneoplastische Polyglobulie
Paraneoplastische leukämische Reaktion
Paraneoplastische Gerinnungsstörungen
Thrombosanalogie
Verbrauchskoagulopathie
Thrombozytopenie
Koagulopathie

Taballe 5

aber auch bei Mammakarzinomen mechanische, mikroangiopathische hämolytische Anämien. Im peripheren Blut dieser Patienten finden sich morphologisch veränderte Erythrozyten, wie z. B. Schistozysten, Akanthozyten und sogenannte helmet cells. Ursächlich bewirkt hierbei das von den Adenokarzinomen freigesetzte Mucin eine intravasale Gerinnung mit Zirkulationsstörungen in der Endstrombahn. Beim Durchfluß der Erythrozyten durch unvollständig verschlossene Gefäßlichtungen werden sie mechanisch geschädigt und schließlich zerstört. Nach Matthias (1976) sollte dementsprechend bei jedem Patienten mit einer deutlichen Poikilozytose, die nicht auf einer primären hämatologischen Erkrankung oder einer Azotämie beruht, intensiv nach einem Karzinom, insbesondere des Magendarmtrakts, gefahndet werden.

In ca. einem Drittel der Fälle tritt die paraneoplastische hämolytische Anämie Tage bis Monate vor dem Tumornachweis, in einem weiteren Drittel der Fälle zur Zeit des Tumornachweises und ebenfalls in einem Drittel der Fälle erst danach auf (Thomas, 1974).

### *Paraneoplastische Polyglobulie*

Paraneoplastische Polyglobulien treten vorzüglich bei Nierentumoren, Leberzellkarzinomen, zerebellaren Gefäßtumoren und Fibrosarkomen des Uterus auf. Als pathogenetisch wirksame Faktoren kommen eine zentralnervöse Regulationsstörung der Erythropoese (Schmid, 1955), eine im Tumor auftretende Shunt-hypoxie (Marquardt, 1967) und insbesondere eine Erhöhung des Erythropoetinspiegels in Betracht. Diese Spiegelerhöhung kann entweder durch eine tumorinduzierte Steigerung der Erythropoetinsynthese oder durch Abgabe von Erythropoetin oder Erythropoetin-ähnlichen Substanzen durch die Tumorzellen herbeigeführt werden.

Die paraneoplastische Polyglobulie geht in den meisten Fällen der Tumormanifestation um Wochen bis Monate voraus.

### *Paraneoplastische Leukozytosen und leukämioide Reaktionen*

Paraneoplastische Leukozytosen und leukämioide Blutbildveränderungen finden sich überwiegend bei Bronchial- und Magenkarzinomen. Als

Ursachen wurde sowohl eine lokale Reizwirkung von Knochenmetastasen (Linke, 1955) als auch ein unbekanntes „Tumortoxin“ (Fahey, 1951) angenommen. Robinson konnte 1974 eine enge Korrelation zwischen den Leukozytenzahlen und dem Serum- bzw. Uringehalt an CSF (Colony-stimulating-factor) nachweisen. Wahrscheinlich wird dieser Faktor vom Tumor selbst oder reaktiv vom Organismus gebildet. Seltener Formen paraneoplastischer leukämoider Formen sind die lymphatische leukämioide Reaktion und das eosinophile Leukämoid. Beide Veränderungen treten überwiegend bei Magen- und Bronchialkarzinomen auf. Eosinophile Leukämioide, die mit einer thrombotischen eosinophilen Parietalendokarditis einhergehen können, finden sich gehäuft bei malignen Lymphomen (Siebenschein, 1977).

Nach einer Zusammenstellung von Thomas (1974) waren die paraneoplastisch bedingten Blutbildveränderungen im Durchschnitt acht Monate vor der Tumormanifestation nachzuweisen.

#### Paraneoplastische Gerinnungsstörungen

Paraneoplastisch bedingte Hyperkoagulabilität:

Die paraneoplastisch bedingte Hyperkoagulabilität geht klinisch meist mit atypischen Thrombosen oder Thrombhämorrhagien einher. Bekannt ist das Auftreten einer Thrombophlebitis migrans oder einer phlegmasia coerulea et alba dolens bei Pankreaskarzinomen (Müller, 1969). Unbekannt ist allerdings noch der Mechanismus, der die intravasale Gerinnung herbeiführt. Als Ursache wird neben einer vermehrten Sekretion von Lipasen und Trypsin insbesondere die Bildung eines speziellen thromboplastisch aktiven Faktors durch die Tumorzellen diskutiert. Amundsen fand 1963 bei Karzinompatienten eine Erhöhung des Fak-

tors VIII und damit einhergehend eine Beschleunigung der Thromboplastinbildung. Levin und Lockard ermittelten deutlich erhöhte Thrombozytenwerte und eine vermehrte Aggregationsneigung (1964). Möglicherweise kann die vermehrte Thromboseneigung auch noch durch einen Mangel an Plasminogen oder eine Vermehrung von Antiplasminen hervorgerufen werden (Matthias, 1976).

Das Auftreten paraneoplastischer atypischer Thrombosen geht der Entdeckung der Grundkrankheit wenige Monate voraus. Leider sind allerdings die zugrunde liegenden Pankreas-, Bronchus- oder Magenkarzinome zu diesem Zeitpunkt meist bereits inoperabel.

#### Paraneoplastische Verbrauchskoagulopathie:

Die paraneoplastische Verbrauchskoagulopathie geht aus einer Phase der Hyperkoagulabilität hervor. Durch massive intravasale Thrombosierung, insbesondere in der Endstrombahn, kommt es dann zu einem starken Verbrauch plasmatischer Gerinnungssubstanzen sowie von Thrombozyten mit ausgeprägter reaktiver hämorrhagischer Diathese. Die paraneoplastisch bedingten Verbrauchskoagulopathien sind relativ selten. Gehäuft treten sie bei myeloproliferativen Erkrankungen, insbesondere bei der akuten promyelozytären Leukämie auf. Selten findet sie sich bei Prostata-, Magen-, Pankreas- und Ovarialkarzinomen.

#### Paraneoplastische Hypokoagulabilität:

Paraneoplastische Thrombozytopenien und Thrombozytopathien können zu ausgeprägten petechialen Blutungen der Haut und der Schleimhäute führen. Beobachtet werden sie vor allen Dingen bei Gefäßtumoren, in selteneren Fällen bei Magen- oder Bronchialkarzinomen, bei Myelomen und lymphatischen Systemerkrankungen.

Ursächlich stehen insbesondere bei Lymphomen autoimmunbedingte Thrombozytopenien im Vordergrund. Bei Gefäßtumoren scheint vor allem eine vermehrte Plättchenablagerung und Destruktion im Tumor selbst ursächlich für die Thrombozytopenie verantwortlich zu sein.

Paraneoplastische Koagulopathien beruhen überwiegend auf einer Verminderung von Fibrinogenaktivität. Diese kann durch eine toxische Schädigung der Fibrinogenproduktion oder durch eine vermehrte Aktivierung des fibrinolytischen Systems hervorgerufen werden (Brown, 1962). Ebenso können erhöhte Antithrombintiter (Freeman, 1952) eine Koagulopathie hervorrufen. Paraneoplastische Koagulopathien werden vor allem bei Prostatakarzinomen und Leukosen beobachtet. Nach erfolgreicher Behandlung des zugrunde liegenden Tumors tritt eine Normalisierung der Gerinnungssituation ein.

Die hämatologischen paraneoplastischen Syndrome gehen der klinischen Manifestation der zugrunde liegenden Malignome um Wochen voraus. Sie werden meist erst dann diagnostiziert, wenn die Tumoren weit fortgeschritten sind. Wie bei neurologischen oder dermatologischen paraneoplastischen Veränderungen kann jedoch auch hier das Erkennen eines paraneoplastischen hämatologischen Syndroms eine frühere Tumordiagnose ermöglichen und somit die Prognose der Erkrankung verbessern.

Literatur bei den Verfassern

#### Anschrift der Verfasser:

Dr. med. K. Possinger, Privatdozent  
Dr. med. R. Hartenstein und Professor  
Dr. med. H. Ehrhart, Marchioninistraße 15,  
8000 München 70

(Schluß folgt)



## RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe  
Hochdruckherz, Gastrokard-Syndrom

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,  
Visc. alb. 5,5 g, Apium grav., Auricul. 5,5 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14  
Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

# Fortschritte bei Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege

64. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. H.-G. Sieberth, Köln:

## Die interstitielle Nephritis und ihre Therapie

1953 wurde erstmals eine Zunahme der abakteriellen interstitiellen Nephritis mit Papillennekrose nach dem zweiten Weltkrieg beschrieben und als mögliche Ursache auch Analgetika (besonders Saridon) angeführt. 1957 prägte Möschlin den Ausdruck der Phenazetinniere. Heute wird der schädigende Einfluß von Phenazetin-haltigen Medikamenten auf die Niere allgemein anerkannt. Die Diskussion geht jetzt vielmehr dahin, ob auch andere Analgetika diese interstitielle Entzündung in der Niere hervorrufen können.

Im Frühstadium findet man bei den Patienten meist nur eine Anämie und gelegentlich eine zyanotische Verfärbung der Lippen. Weitere Hinweise können eine LDH-Erhöhung, eine Verminderung von Haptoglobin sowie eine verkürzte Eryvita und eine Vermehrung von Methämoglobin sein. Mit zunehmender Einschränkung des Glomerulumfiltrates findet sich dann eine leichte Proteinurie, eine Erythurie und eine Leukurie. Ein derartiger Befund ohne den Nachweis von Bakterien ist immer verdächtig auf eine Phenazetinniere. Aber auch ihr Nachweis spricht nicht gegen diese Erkrankung, da bei Analgetikanieren in 30 bis 60 Prozent zusätzliche Harnwegsinfekte bestehen. Papillennekrosen führen zu Hämaturien und Koliken. Mit fortschreitender Einschränkung der Nierenfunktion sinkt zunächst die Konzentrationsfähigkeit weiter ab. Unterschreitet das Glomerulumfiltrat etwa ein Drittel der Norm, sinkt die Säureausscheidung im Vergleich zu anderen Nierenerkrankungen recht frühzeitig ab, und es kommt konsekutiv zur Azidose. Häufig wird zusätzlich eine Natriumverlustnieren beobachtet. Erst bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz steigt der Blutdruck an. Charakteristisch für Patienten mit Phenazetinabusus ist ein besonders ausge-

prägtes, bräunlich-graues Hautkolorit. Die Pigmentierung entspricht Lipofuszinablagerungen. Erst bei fortgeschrittenen Erkrankungen findet man röntgenologische Veränderungen mit Organverkleinerungen, Papillennekrosen und Erweiterungen des Nierenbeckens. Die Diagnose wird häufig selbst bei erkannter Nierenerkrankung nicht gestellt, weil entweder die Anamnese in dieser Richtung nicht aufgenommen wurde oder die Patienten den Phenazetinabusus bewußt verschweigen.

Im Endstadium der Erkrankung sind die Nieren geschrumpft und zeigen an der Oberfläche narbige Einziehungen, das Nierenbecken erscheint bräunlich gefärbt, die Papillen weisen Nekrosen oder Defekte auf. Histologisch finden sich Sklerosierungen in der Papille und Rinde. Diese terminalen Veränderungen geben wenig Hinweise auf die Pathogenese. Untersuchungen an Nieren von Personen mit bekanntem Analgetikaabusus lassen bereits bei normaler Nierenfunktion deutliche histologische Veränderungen der inneren Markzone und Papille erkennen. Als früheste Veränderungen finden sich herdförmige, homogene azelluläre Verbreiterungen des Interstitiums. Auch tierexperimentell finden sich bei chronischer Analgetikaintoxikation zu Beginn der Erkrankung vorwiegend degenerative Veränderungen in der Papille. Die später auftretenden entzündlichen Veränderungen sind als Reaktionen auf die Nekrosen oder als bakterielle Superinfektionen anzusehen.

Bis heute ist es noch nicht gelungen, bestimmte Stoffwechselmetabolite des Phenazetins für die morphologischen Veränderungen in der Niere verantwortlich zu machen. Tierversuche verdeutlichen jedoch, daß der Konzentration verschiedener Abbauprodukte im proximalen Tubulus für die Destruktionen im Mark und in der Papille in Frage kommen. Die Schädigung durch Analgetika ist offenbar stark diureseabhängig;

möglicherweise hat eine Alkalisierung des Urins eine protektive Wirkung. Der Abbau des Phenazetins ist in starkem Maße von tageszeitlichen Schwankungen, Kombinationen mit anderen Analgetika, Nikotinabusus und bereits bestehenden Stoffwechselstörungen eabhängig.

Nach Tierversuchen müßte die Acetylsalicylsäure wesentlich stärkere Nierenveränderungen auslösen als Phenazetin. Dagegen spricht z. B., daß das Saridon, bei dem die ersten Veränderungen an der Niere beschrieben wurden, acetylsalicylsäurefrei ist. Nach Absetzen von Phenazetin konnten zahlreiche Autoren eine Besserung der Nierenfunktion nachweisen. Erst wenn die Kreatinin-Clearance einen Wert von 20 ml/min unterschritten hat, schreitet die Niereninsuffizienz weiter fort. Bei Rheumatikern, die große Acetylsalicylsäuremengen (bis zu 5 kg) eingenommen hatten, wurden demgegenüber keine Nierenschäden festgestellt. Dagegen war bei einer Einnahme von mehr als 1 kg Phenazetin schon bei etwa 30 Prozent der Patienten eine interstitielle Nephritis nachweisbar. Allerdings gibt es auch Patienten, die nach langjährigem Phenazetinabusus keine Nierenschäden aufweisen. Dies scheint darauf hinzudeuten, daß der Erkrankung ein immunologisches Geschehen zugrunde liegt.

Die einzige Möglichkeit, Nierenschäden zu vermeiden, liegt in der Prophylaxe. Bei reichlicher Flüssigkeitszufuhr ist eine Nierenschädigung durch Analgetika seltener zu erwarten. Durch Beenden des Phenazetinabusus kann mit einer Besserung der Nierenfunktion gerechnet werden.

Eine spezifische Behandlung der Phenazetinniere gibt es nicht. Neben den prophylaktischen Maßnahmen kommen, wie bei den chronischen Pyelonephritiden, flüssigkeitsregulierende, diätetische und infektbekämpfende Maßnahmen in Betracht, die sich nach den jeweiligen Harnbefunden zu richten haben.

Privatdozent Dr. W. Schulz,  
Bamberg:

## Chronische Niereninsuffizienz — konservative und Dialysebehandlung

Bei der Urämie handelt es sich um ein Syndrom von regelloser Komplexiertheit. Die daraus resultierenden

Stoffwechselstörungen führen zu einer erheblichen Dysfunktion der Membranen. Das bunte Spektrum der Urämie wird durch die bisher bekannten Toxine nicht geklärt. Die Suche nach den eigentlichen auslösenden Faktoren ist weiterhin offen.

Der kardio-, zerebro-vaskuläre Zustand ist für die Lebenserwartung des chronisch Niereninsuffizienten und der Dialysepatienten von entscheidender Bedeutung. Diese Patienten haben ein starkes *atherogenes Risiko* mit erniedrigtem HDL-Cholesterin und erhöhten VLDL-Triglyceriden. Eine Erschöpfung der Triglyceridlipasen hängt bei den chronischen Hämodialysepatienten mit der intermittierenden Heparinbehandlung zusammen. Medikamentöse Maßnahmen zur Behandlung der Fettstoffwechselstörung sind noch unbefriedigend.

Infolge verlängerter Insulin ausschüttung aus dem Pankreas und durch verzögerten Abbau in der Peripherie und Niere besteht bei chronischen Niereninsuffizienten auch eine Glucosestoffwechselstörung. Eine der wichtigsten Behandlungsmaßnahmen beim Dialysepatienten ist eine isokalorische Ernährung aus 45 Prozent Kohlenhydrat (leicht aufschließbare Kohlenhydrate meiden!), 45 Prozent Fett- (hoch ungesättigte Fettsäuren!) und zehn Eiweißkalorien.

Die *Eiweißrestriktion* (selektiv oder nicht selektiv) mit und ohne Amino- (Keto-) Säuresubstitution ist in ihrer Auswirkung auf die Progredienz der Niereninsuffizienz ohne Wirkung. Sie kann lediglich den Eiweißkatabolismus auffangen und die subjektiven Nebenwirkungen der Urämie abschwächen. Die Substitution von essentiellen Aminosäuren (EAS) und Ketoanalogen (KS) soll den Beginn der Dialysebehandlung im Mittel zwischen sechs und zwölf Monate hinauszögern können. Auch wenn man ein Verfechter einer eiweißarmen Diät mit Aminosäuresubstitution ist und eine Aufschiebung der Dialysebehandlung bis zu hohen Kreatininwerten für möglich erachtet, so sollte man auf jeden Fall eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes seiner Patienten nicht riskieren, da es zum Ausgleich des Katabolismus oft einer langdauernden Hospitalisierung mit intensiven therapeutischen Bemühungen bedarf.

Bei der *chronischen Niereninsuffizienz* läßt sich ein absoluter und relativer *Erythropoetinmangel* mit negativer und positiver Konstellation zum Hämatokrit unterscheiden. Knochenmarksuntersuchungen ergaben eine Korrelation zwischen der Reduktion der Erythropoese und dem Grad der Niereninsuffizienz. Das Ausmaß der renalen Anämie ist neben dem absoluten oder relativen Erythropoetinmangel vom Ausmaß der extrarenalen Erythropoetinbildung abhängig. Der Erythropoetinmangel beruht auf einer Inhibierung durch toxische (hämolysesteigernde) Stoffwechselmetaboliten, wie Mittelmoleküle und Guanidin-Derivate. Auskunft über das Ausmaß der Eisenspeicher des Körpers gibt des Serum-Ferritin (Radioimmunoassay). Es ermöglicht, eine pathologische Eisenüberlagerung zu vermeiden. Eine orale Eisensubstitution läßt sich wegen sichtbarer und okkulten Blutverluste nicht umgehen. Der Vitamin D-Stoffwechsel führt infolge eines Mangels seiner aktiven Metaboliten 1,25 (OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> und 24,25 (OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> sowie einer Hyperphosphatämie mit sekundärer Nebenschilddrüsenaktivierung zu renaler Osteopathie. Eine Vorbeugung mittels (Al (OH)<sub>3</sub> ist nicht zu umgehen. Bei der Wahl des Präparates muß auf die möglichst geringe intestinale Löslichkeit desselben wegen der Gefahr der Aluminiumintoxikation geachtet werden. Nach jahrelanger Dialysetherapie kann als Spätfolge eine Inaktivierung des Knochenstoffwechsels mit Osteopenie auftreten. Nur beim fortgeschrittenen sekundären Hyperaldosteronismus, auch in Kombination mit Osteoidose, ist die Indikation zur Behandlung mit 1,25 (OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> gegeben.

Die *chronisch ambulante Peritonealdialyse* (CAPD) stellt eine Erweiterung des Dialysespektrums dar. Im Unterschied zur intermittierenden Peritonealdialyse (IPD) wird hierbei ein kontinuierlicher Austausch von zwei Litern eines Dialysates fünfmal pro Tag an sieben Tagen in der Woche vorgenommen. Diese kontinuierliche Dialyse weist – im Vergleich zu konventionellen Dialyseverfahren – eine teilweise signifikant höhere Clearance auf. Der technische Ablauf der CAPD ist mittels eines neuen Verbindungssystems zwischen 2 l-Dialyse-Beutel und Peritonealkatheter und weiterentwickelter Katheterkonnektion verbessert und vereinfacht worden.

Das Verfahren ist jedoch noch mit einem relativ hohen Peritonitisrisiko behaftet.

Die maligne Hypertonie und die labilen Kreislaufverhältnisse stellen die Indikation zur *Hämofiltration* dar. Hierbei kommen Membranen mit hoher Wasserpermeabilität zur Anwendung. Entsprechend einem hydrostatischen Druckgefälle wird aus dem Blut ein Ultrafiltrat abgepreßt. Dies entspricht dem Vorgang der glomerulären Filtration in der natürlichen Niere. Da die Funktion des tubulären Systems bisher noch nicht imitiert werden kann, muß das Filtrat verworfen und durch eine modifizierte Ringer-Lactat-Lösung ersetzt werden. Bei dieser Behandlung kommt es zu einer positiven Wirkung auf die periphere Vasokonstriktion (durch Verstärkung der Katecholaminwirkung).

Das neue Verfahren der *Plasmaphorese* ermöglicht durch rasche und wirksame Elimination von Autoantikörpern und pathologischen Eiweißmolekülen verschiedener Genese einen Zeitgewinn, bis die medikamentöse Immunsuppression anschlägt. Bei ausgewählten Fällen mit Autoimmunerkrankungen oder systematischen Leiden (Goodpasture-Syndrom, Lupus erythematoses, Plasmozytom) sind hierdurch noch überraschende Besserungen möglich, auch wenn eine Niereninsuffizienz bereits eingetreten ist.

Privatdozent Dr. D. Seybold, Nürnberg, Professor Dr. K. H. Langer, Mainz, und Professor Dr. G. H. Thoenes, München:

#### Nephrotisches Syndrom – Erkennung und Behandlung

Ein nephrotisches Syndrom kann durch den Nachweis einer Hypoproteinämie und einer Proteinurie leicht festgestellt werden. Das diagnostische Problem bildet die Feststellung der zugrunde liegenden Erkrankung. Jede glomeruläre Erkrankung kann zumindest zeitweise mit einem nephrotischen Syndrom einhergehen. Trotz der mangelnden Spezifität ist es sinnvoll, den Begriff des nephrotischen Syndroms beizubehalten, da er eine Reihe von Störungen beinhaltet, die unabhängig vom Schicksal der zugrunde liegenden glomerulären Erkrankung den Verlauf und die Prognose entscheidend beeinflussen:

Neben peripheren Ödemen können Pleura-, Peritoneal- und Perikardergüsse auftreten und bei Linksherzinsuffizienz frühzeitig zu einem Lungenödem führen. In der Ödemphase kann ein vermindertes Intervasalvolumen, besonders unter diuretischer Therapie, ein funktionelles Nierenversagen auslösen. Der Eiweißmangel ist nicht allein durch renalen Eiweißverlust erklärt; gleichzeitig liegt ein gesteigerter Eiweißkatabolismus sowie ein enteraler Eiweißverlust vor. Die beim nephrotischen Syndrom zu beobachtende Hyperlipidämie begünstigt die Arteriosklerose und deren kardiovaskuläre Komplikationen. Das aus dem Eiweißmangel resultierende Antikörpermangelsyndrom gefährdet die Patienten durch bakterielle Infektionen. Außerdem besteht eine gesteigerte Thromboseneigung.

Bei den zum nephrotischen Syndrom führenden Erkrankungen überwiegen die idiopathischen Formen der Glomerulonephritis, besonders die „minimal changes“-Nephrose. Im Erwachsenenalter sind die Glomerulonephritiden mit bekanntem Antigen relativ häufiger, ebenso die nicht-immunologischen Erkrankungen wie die diabetische Nephropathie und die Amyloidose. Unter den ursächlich zugrunde liegenden Glomerulonephritisformen ist neben der „minimal changes“-Nephrose (Lipoidnephrose) besonders die perimembranöse, die fokale-sklerosierende und die membrano-proliferative Glomerulonephritis zu erwähnen. Die mesangial-proliferative Form führt selten zu einem nephrotischen Syndrom. Die Unterscheidung dieser Formen ist für die Prognose und die therapeutische Ansprechbarkeit von großer Bedeutung. Eine präzise Unterscheidung ist nur auf histologischem Weg nach Nierenbiopsie möglich.

Die am häufigsten bei Kindern beobachtete „minimal changes“-Nephrose führt regelmäßig zu einem ausgeprägten nephrotischen Syndrom, welches oftmals schubweise auftritt. Hochdruck und Mikrohämaturie fehlen in der Regel. Die Erkrankung spricht meist gut auf Steroide an. Bei Steroidabhängigkeit oder Steroidresistenz ist eine Kombination mit einem Zytostatikum oft in der Lage, eine Remission zu erzielen. Die Prognose ist günstig, der Übergang in eine Niereninsuffizienz ist kaum zu beobachten. Ätiologisch

wird eine Dysfunktion der T-Zellen vermutet.

Die *lokal-sklerosierende Glomerulonephritis* unterscheidet sich von der vorbeschriebenen Form durch ihre häufige Nichtansprechbarkeit auf Steroide. Bei bis zu 50 Prozent der Patienten entwickelt sich eine Niereninsuffizienz in einem Zeitraum von fünf bis sieben Jahren. Die Behandlung besteht in Gaben von Methylprednisolon und Azathioprim sowie Indomethacin.

Bei der *peri-membranösen Glomerulonephritis* steht pathogenetisch die Immunkomplexablagerung im Vordergrund, weshalb auch Glomerulonephritiden mit bekanntem Antigen (wie z. B. medikamentös induzierte Glomerulonephritiden nach Gold- oder Penicillintherapie) dieser Form entsprechen. Bezüglich der Prognose ist sie nicht so günstig wie die „minimal changes“-Nephrose. Es überwiegen langjährige Verläufe.

Bei der *membrano-proliferativen Glomerulonephritis* handelt es sich pathogenetisch um eine primäre Störung der Komplementaktivierung, wobei die C 3-Komponente auf alternativem Wege aktiviert wird. In diesen Fällen ist der Nachweis des C 3-Nephritis-Faktors anzustreben. Die Prognose ist im Hinblick auf die Nierenfunktion die schlechteste von allen. Nach durchschnittlich fünf Jahren sind 50 Prozent der Patienten niereninsuffizient.

Die *mesangial-proliferative Glomerulonephritis* geht seltener mit einem nephrotischen Syndrom einher. Medikamentös wird auch hier Indomethacin und Methylprednisolon eingesetzt.

Differentialdiagnostisch kommen bei der Entwicklung eines nephrotischen Syndroms neben den Glomerulonephritiden die diabetische Glomerulosklerose und die in Verbindung mit einer Osteomyelitis, einer primär chronischen Polyarthrit oder einem Plasmozytom auftretende Amyloidose in Betracht.

Im Vordergrund der *therapeutischen Bemühungen* stehen die unabhängig von der Grunderkrankung durchzuführenden Allgemeinmaßnahmen wie reichliche Eiweißzufuhr und hochkalorische Ernährung, konven-

tionelle Ödemtherapie mit Natriumrestriktion und Diuretika. Begrenzend für die diuretische Behandlung ist das sekundäre Nierenversagen. Von großer Bedeutung ist auch die Thromboseprophylaxe und die frühzeitige antibiotische Therapie bei Infekten. Bei Antikörpermangelsyndrom und gehäuften Infekten sollte eine Immunglobulinsubstitution erfolgen.

Bei diabetischer Nephropathie und Amyloidose sind bei manifester Erkrankung spezifische Maßnahmen nicht mehr möglich. Bei der Glomerulonephritis kommen grundsätzlich folgende Therapieprinzipien in Betracht:

– Antigen-Elimination bei bekanntem Antigen

Beeinflussung des Immunsystems, z. B. durch Entfernung zirkulierender Antikörper oder durch Immunsuppression

– Unspezifische Entzündungshemmung

Die Indikation zum Versuch einer immunsuppressiven Therapie ist zu stellen:

– Bei einem nephrotischen Syndrom auf dem Boden aller entzündlichen glomerulären Erkrankungen

– Bei glomerulären Erkrankungen im Rahmen einer Systeminfektion, bei welcher durch die Immunsuppression die Mortalität auch bei extrarenalen Manifestationen gebessert werden kann wie beim Lupus erythematodes.

– Beim Bild der rasch progressiven Niereninsuffizienz mit oder ohne Systemerkrankung

Privatdozent Dr. W. Huber,  
Heidelberg:

#### Rehabilitation und Begutachtung von Niereninsuffizienten

In der Bundesrepublik Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern bei Patienten mit kompensierter Retention, ebenso während der Hämodialysebehandlung und nach der Transplantation das Verhältnis von beruflicher Rehabilitation zur Zahl der Rentempfänger sehr ungünstig. So arbeiteten 1976 von den Helmdialysepatienten etwa die Hälfte, von den Zentrumsdialysepatienten nur ein Viertel ganztägig weiter. Von dem

beruflichen Abstieg besonders betroffen sind Patienten aus niedrigen sozialen Schichten mit körperlicher Tätigkeit, während höherqualifizierte Berufe, insbesondere Akademiker, trotz Hämodialysetherapie im allgemeinen berufstätig bleiben. Mit Ausnahme schwerer medizinischer Komplikationen von Sekundärerkrankungen besteht in der Regel keine Beziehung zwischen dem somatischen und beruflichen Status. Die meisten Dialysepatienten wären in der Lage, eine Teilzeitarbeit auszuführen, können jedoch keine Vollzeitbeschäftigung erreichen. Der Mangel an Möglichkeiten, finanzielle Nachteile und ein mangelndes Angebot an Teilzeitarbeit waren einige der wesentlichsten Hindernisse bei der beruflichen Wiedereingliederung. Im Rahmen der angebotenen rehabilitativen Maßnahmen fehlen bei unserer Sozialgesetzgebung Möglichkeiten einer stufenweisen Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, Teilzeitarbeit und Teilberentung, die bei der Behinderung des chronisch Niereninsuffizienten sinnvoll und auch dringend erforderlich sind.

Als allgemeine Anforderung an den Arbeitsplatz des chronisch Nierenkranken können folgende Bedingungen gelten:

1. Keine schwere körperliche Arbeit, wechselnd gehende, stehende und sitzende Tätigkeit
2. Keine Nachtschicht oder Arbeit unter Zeitdruck, Einhaltung der Pausenregelung
3. Keine Überstunden
4. Keine Temperaturschwankungen, keine Hitze- und Kältebelastung
5. Berücksichtigung der Mobilitätseinschränkung (Abhängigkeit von Dialyseplatz und Behandlungszellen)

Die soziale Reintegration und Anerkennung erleichtern dem Patienten den Umgang mit den vielfältigen psychischen Spannungen, die im Laufe der chronischen Niereninsuffizienz, Hämodialysebehandlung oder Transplantation auf ihn zukommen. Soll eine Rehabilitation erfolgen, so ist im Prozeß der Behindernungsbewältigung eine frühe Motivation des Patienten zu sozialen Aktivitäten von besonderer Bedeutung. Die berufliche Wiedereinglie-

derung soll möglichst frühzeitig, im Stadium der eingeschränkten Funktionsreserve und der kompensierten Retention, d. h. also in der Zeit vor Konfrontation mit der chronischen Hämodialysebehandlung, erfolgen. Dabei ist es wichtig, bei Patienten im berufsfähigen Alter, in jedem Fall vor Einleitung der Berentung, die Möglichkeit einer beruflichen Umorientierung zu erwägen und gegebenenfalls rehabilitative Maßnahmen einzuleiten.

Für die chronisch Nierenkranken und die Behinderten mit Nierentransplantat sind in den „Anhaltspunkten für die ärztliche Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz“ (1977) folgende MdE-Werte angegeben:

*Nierenschädigung mit Funktionsstörungen:*

a) *Leichten Grades:* Serum-Kreatininwert unter 1,5 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
Einschränkung der Leistungsfähigkeit 30 bis 40 Prozent

b) *Mittleren Grades:* Serum-Kreatininwerte zwischen 1,5 und 5 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf 50 bis 70 Prozent

c) *Schweren Grades:* Serum-Kreatininwerte dauernd über 5 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
Starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit; bei Kindern keine normale Schulleistung mehr, 70 bis 100 Prozent

Bei Dialysebehandlung und nach Transplantation 100 Prozent

Das Schwerbehindertengesetz stellt sich als eine wichtige ergänzende Hilfe für die Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes dar, die rechtlichen Möglichkeiten sind jedoch vielen Behinderten, insbesondere auch manchen chronisch Kranken, noch nicht ausreichend bekannt. Es bestehen allerdings Zweifel, ob die große Zahl der anerkannten Schwerbehinderten (1979 bereits ca. vier Millionen) die Eingliederung bestimmter Gruppen Schwerstbetroffener letztlich nicht sogar erschwert. Man wird nämlich zu bedenken haben, daß bei vielen Anerkennungsbescheiden sich Summation mehrerer kleiner Einzel-MdE-Sätze ergeben. Damit wird aber auch letztlich die „Schwerbehinderteneigenschaft“ erreicht, aus der die Sonderstellung rechtlich herzuleiten ist.

Sichere prognostische Aussagen zum Gelingen der Rehabilitation bei chronischer Niereninsuffizienz wird man erst dann machen können, wenn eine einheitliche und zuverlässige Beurteilung der medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte möglich ist. Wesentliche Voraussetzungen für eine Rehabilitation sind die Motivation des Patienten und die seelische Bewältigung seiner Behinderung. Diese wesentlichen Faktoren müssen durch das behandelnde Team gestützt und verstärkt werden. Neben medizinischer und psychosozialer Betreuung sind Aufklärung des Patienten und Aktivierung zur Eigenverantwortlichkeit wesentliche Voraussetzungen für den Erfolg der Rehabilitation. Dabei sollte im Mittelpunkt all dieser Bestrebungen der Patient mit seiner Familie stehen.

*Referent:*

Dr. med. A. Paetzke, Parkstraße 27, 8501 Schwaig bei Nürnberg

---

## Personalia

---

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Walter Brod, Gerbrunner Weg 5, 8700 Würzburg, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. W. Domschke, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde anlässlich der diesjährigen Konferenz des Europäischen Gastro-Clubs in Erlangen zum Exekutivsekretär gewählt.

Dr. med. Karl-Hans Flach, Dalbergstraße 41, 8750 Aschaffenburg, wurde in Würdigung seiner Verdienste um den Hartmannbund die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen.

Oberfeldarzt a. D. Dr. med. Werner Gerlach, Ostpreußenstraße 12, 8012 Ottobrunn, wurde anlässlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie für sein Buch „Das dunkle Tal – Der lange Weg von Stalingrad bis Friedland“ mit der Paul-Schürmann-Medaille ausgezeichnet.

## Ambulante Koronargruppen in Bayern

von M. J. Halhuber

Im Mai 1979 ist die Landes-Arbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Prävention und Rehabilitation in Bayern e. V. gegründet worden. Sie will sich besonders um

- die Förderung ambulanter Koronargruppen,
- die Gewinnung ärztlicher Leiter und
- die Ausbildung nichtärztlicher Mitarbeiter (z. B. Krankengymnastinnen, Gymnastiklehrerinnen, Sportlehrer, Übungsleiter) für ambulante Koronargruppen annehmen.

Als Vorsitzender dieser Landes-Arbeitsgemeinschaft wende ich mich an alle niedergelassenen Kollegen im Freistaat, um für die Gründung und ärztliche Betreuung von ambulanten Koronargruppen zu werben.

Entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Gesellschaft für Kardiologie wurden in der Bundesrepublik neben und im Anschluß an stationäre Rehabilitationsmaßnahmen seit 1971 ambulante Koronargruppen aufgebaut, die sich in jüngster Zeit in Trainingsgruppen, Übungsgruppen, Seniorengruppen und Gruppen zur primären Prävention differenzieren. Sie alle können – über den Herzinfarkt und die koronare Herzkrankheit hinaus – als Modell für eine gezielte, langfristige, mehrdimensionale, interdisziplinäre Gruppentherapie am Wohnort bei chronischer Krankheit oder Behinderung gelten. Ich glaube, daß in Zukunft neben der Einzelbehandlung die Gruppenbehandlung, gerade auch für den niedergelassenen Arzt, eine wichtige Möglichkeit zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Therapie werden kann. Diese Entwicklung, die ihre Parallele im angloamerikanischen Sprachraum in den sogenannten „anti coronary clubs“ hat, verlief in der Primärphase langsam und zögernd: von 1969 bis 1978 wurden in der Bundesrepublik nur 88 Gruppen aufgebaut (Krasemann, 1978). Seit

1978 ist aber eine geradezu stürmische Entwicklung mit Verdoppelung der Gruppenzahl auf 160 bis Mei 1979 und über 200 bis zum Mai 1980 bei gleichzeitiger zunehmender Differenzierung zu beobachten. Die Ansiedlung dieser Gruppen, vor allem in Sportvereinen, bedeutet einerseits eine Ausweitung der medizinischen Rehabilitation über spezifische Rehabilitationseinrichtungen oder Rehabilitationsabteilungen an Krankenhäusern hinaus in Organe der Freizeitgestaltung einer pluralistischen Gesellschaft und das ohne viel medizinischen Beigeschmack. Andererseits bedeutet dies auch eine Ausweitung der Breitensportidee auf Behinderte, chronisch Kranke, bedingt Gesunde und Alte. Allerdings erfordert die multifaktorielle Genese des Herzinfarkts mit seinen meist nicht nur somatischen, sondern auch psychosozialen Folgen nicht nur in der stationären Rehabilitation, sondern in den ambulanten Koronargruppen einen interdisziplinären, human-ökologischen Therapiesatz, der bewegungstherapeutische, pharmakotherapeutische, diätetische, gesundheits-erzieherische, gruppenpsychotherapeutische und sozialmedizinische Aspekte integriert. Dabei muß in der Wahl der Therapieverfahren patienten- und nicht methodenzentriert vorgegangen werden.

Keimzelle eines wünschenswerten interdisziplinären Teams, das Psychotherapeuten, Psychologen, Krankenschwestern und Diätassistenten sowie Sozialarbeiter mit einschließt, sind der Arzt und der Bewegungstherapeut (Krankengymnast, Übungsleiter, Gymnastiklehrer, Sportpädagoge). Da der Herzinfarkt an der Spitze der Todesursachen steht und eine wesentliche sozialmedizinische Rolle als Ursache von Arbeitsunfähigkeit, stationärer Heilbehandlung (ungefähr eine Viertel Million Neuerkrankungen in der Bundesrepublik!) und vorzeitiger Verrentung spielt, erscheint es folgerichtig, daß gerade Koronargruppen die Schrittmacherfunktion für neue

Modelle ambulanter Rehabilitation auch bei anderen chronischen Krankheiten übernehmen. Es ist anzunehmen, daß die hier gewonnenen Erfahrungen auf andere Formen chronischer Krankheit oder Behinderung mit geringfügiger Modifikation übertragbar sein werden. Ambulante Koronargruppen arbeiten heute im gesundheitspolitischen Spannungsfeld zwischen Krankenhaus, Rehabilitationsklinik, niedergelassenen Ärzten, bis hin zu den Selbsthilfegruppen. Die ambulante Rehabilitation hat ebenso viele Beziehungen zur Medizin wie zu den Sozialwissenschaften. Folgende Schriften wollen Ärzte und „Primärtherapeuten“ (Krankengymnastinnen, Sport- und Gymnastiklehrer, Übungsleiter, Gesundheitserzieher, Sozialarbeiter, Diätassistentinnen), die sich mit Koronarkranken befassen, über den derzeitigen Stand dieser neuen Form der Gruppentherapie im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation informieren und potentielle Gruppengründer und Mitarbeiter motivieren:

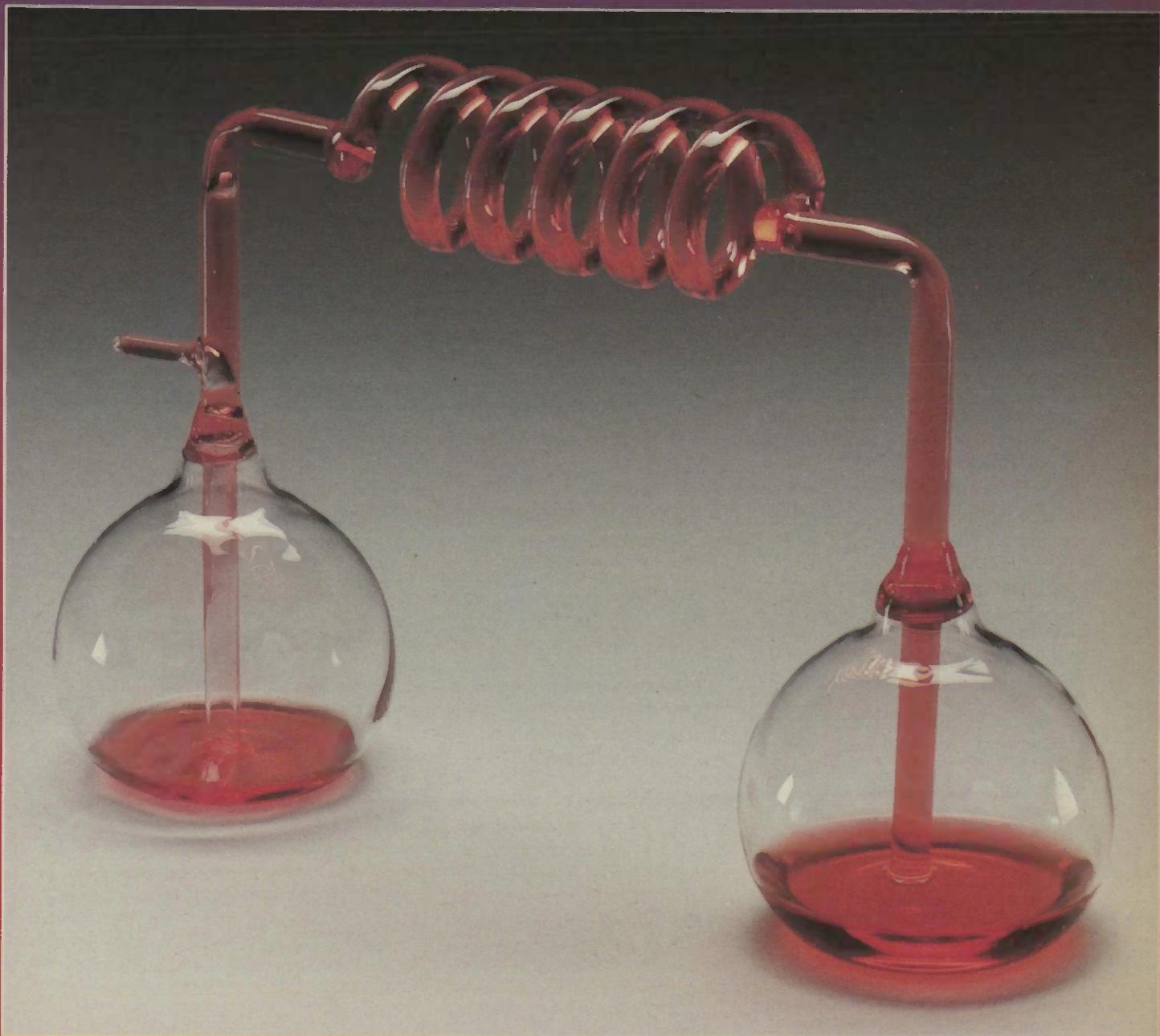
Carola Halhuber: „Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen“, Springer-Verlag, Heidelberg-Berlin-New York, und Stiftung Rehabilitation, Heidelberg, 1980

Hopf, R., Kaltenbach, N., Petersen, P., 1977: „Bewegungstherapie für Koronarkranke“, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore

Krasemann, E. O., 1977: „Herzinfarkt – Rehabilitation – sozialmedizinische Analysen und Vorstellungen – Vorschläge zur organisatorischen Verbesserung (Perimed, Erlangen)

Es ist in zweifacher Hinsicht ausschließlich Aufgabe des Arztes, die Koronargruppe als therapeutisches Mittel einzusetzen. Dies gilt nicht nur unter medizinischen, sondern auch unter sozialversicherungsrechtlichen Aspekten. Unsere Krankenversicherung fördert den Koronarsport nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften, Richtlinien und Verträgen, wenn er zum einen ärztlich verordnet ist und zum anderen in einer Gruppe unter ärztlicher Überwachung durchgeführt wird. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ist der ambulante Koronarsport somit eine Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Die Schlüssel-

# BLUT-UMVERTEILUNG IN DAS ARTERIELLE SYSTEM



DEFLUINA® nutzt die physiologischen Gegebenheiten: Kontinuierlicher Durchfluß durch Blut-Umverteilung. Denn DEFLUINA® mobilisiert den

Venenpool ohne nachteilige Beeinflussung der Kreislaufparameter. Das größere Blutangebot fördert die Ausbildung funktionsfähiger Kalla-

terolen und sorgt für eine bessere Durchblutung in bisher minderversorgten Gebieten.

**Wirksame Bestandteile:** 1 Tablette enthält: Raubasinhydrochlorid 2 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,2 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,05 mg, 1 ml (ca. 30 Tropfen) enthält: Raubasin 8 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,8 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,2 mg. **Anwendungsgebiete:** Arterielle Durchblutungsstörungen (peripher, zerebral), Angioneuropathien. **Gegenanzeigen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, Klappenstenosen des Herzens, starke Einengung der Lungenstrombahn. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka kann verstärkt werden. **Dosierungsanleitung:** Tabletten: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 1–2 Tabletten einnehmen. Tropfen: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 15–30 Tropfen, am besten in etwas Wasser, einnehmen. **Warnhinweise:** Eine eventuell bestehende Herzinsuffizienz muß vorher kompensiert werden. Die Tabletten sind lichtempfindlich; sie sollen daher stets in der Faltschachtel aufbewahrt werden. **Packungsgrößen und Preise\*:** 30 ml Tropfen DM 32,15, 60 ml Tropfen DM 58,85, 300 ml Tropfen (10 x 30 ml = Klinikpackung), 50 Tabletten DM 22,87, 100 Tabletten DM 40,66, 500 Tabletten (10 x 50 Tabletten = Klinikpackung).  **NATTERMANN**

\* (Apoth.-Verk.-Preise mit MwSt.)

rolle kommt dabei dem Arzt zu, bei dem der Patient in ambulanter Behandlung steht. Dies wird meist der Hausarzt des Infarktpatienten, also vorwiegend der praktische Arzt, Allgemeinmediziner oder Internist sein. Er verordnet den ambulanten Koronarsport erstmals und stellt die gegebenenfalls notwendigen Folgeverordnungen für weitere Übungen aus. Damit obliegt ihm die Indikationsstellung und die Durchführung der erforderlichen Einganguntersuchungen für die Verordnung von Übungen im Rahmen des Koronarsports. Er nimmt aber auch die zur laufenden Überwachung des Infarktpatienten und zur Führung der medizinischen Dokumentation über den Rehabilitationsverlauf während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen unentbehrlichen Kontrolluntersuchungen vor. Eingangs- und Kontrolluntersuchungen werden gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den anderen Kassenärzten (Überweisung des Patienten) durchgeführt.

Der die Koronar-Sportgruppe leitende Arzt hat den Patienten während der Übungen zu überwachen, Zwischenfällen vorzubeugen bzw. bei unvorhersehbaren Zwischenfällen die nötigen ärztlichen Sofortmaßnahmen zu ergreifen.

Zwischen den beiden Ärzten, dem den ambulanten Koronarsport verordnenden und die Kontrolluntersuchungen durchführenden Kassenarzt und dem die Koronar-Sportgruppe leitenden und überwachenden Arzt, sollte eine möglichst enge Kooperation stattfinden. Der die Koronar-Sportgruppe leitende Arzt sollte beim Infarktpatienten darauf hinwirken, daß dieser die notwendigen Kontrolluntersuchungen durch seinen behandelnden Arzt vornehmen läßt. Denn der optimale Rehabilitationserfolg erfordert die laufende Abstimmung beider Ärzte über Belastbarkeit des Patienten und geeignete Übungen.

Interessenten werden auch gerne die Verhandlungsberichte von zwei Werkstattgesprächen 1978 und 1979 an der Klinik Höhenried vermittelt. Die Landes-Arbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Prävention und Rehabilitation steht Ihnen mit Rat und Tat gerne zur Seite.

Anschrift:

Professor Dr. med. M. J. Helhuber, Vorsitzender des Vorstandes, Klinik Höhenried, 8131 Bemried

## Ärzte helfen Ärzten

### Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

als vor 26 Jahren der erste Aufruf zu einer Weihnachtsspende für die Kollegenkinder in der Betreuung der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ veröffentlicht wurde, glaubten wir alle, daß es sich dabei um eine kurzfristige, nach Ziel und Umfang begrenzte Hilfsaktion handeln würde.

Inzwischen haben wir lernen müssen, daß weder die Spaltung unseres Vaterlandes noch die Notwendigkeit zur Hilfe für elternlose Kollegenkinder in absehbarer Zeit beendet sein wird. Wie demals, so werden euch heute über 900 Arzt-, Zahnarzt- und Tierärztkinder bis zur Beendigung ihrer Berufsausbildung von der Stiftung unterstützt, wenn die Eltern oder öffentliche Institutionen dazu nicht oder nicht in ausreichendem Maße in der Lage sind.

Die Spaltung Deutschlands war der Anlaß, die Stiftung ins Leben zu rufen. Wir wollten den Kollegen „drüben“ ein wenig von den Sorgen um die Zukunft ihrer Kinder abnehmen und ihnen ermöglichen, weiterhin für ihre Patienten da zu sein. Dies gilt auch heute noch unverändert, wenn euch die Zahl der Kinder, die zu uns kommen können, klein geworden ist. So haben wir hinzugenommen die Sorge für Halb- und Vollwaisen aus der Bundesrepublik – jährlich sind das nahezu 100 Neuzugänge –, die nur mit unserer Hilfe sich auf den von ihnen gewünschten Beruf vorbereiten können.

Die Not der Kollegenkinder ist geblieben. Unsere Verantwortung für sie auch. Wir danken all denen, die in den vielen Jahren über 2200 Kollegenkindern den Abschluß ihrer Berufsausbildung in 58 verschiedenen Berufen ermöglichten.

Und wir bitten Sie alle um Ihre Spenden, einmalig oder als monatlicher Dauerauftrag, was die Arbeit der Stiftung so ganz besonders erleichtert.

Das Weihnachtsfest beschenkt uns alle. Schenken Sie durch Ihre Hilfe jungen Menschen Hoffnung und Zukunft, sie werden Ihnen ihr Vertrauen und ihre Dankbarkeit schenken!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik  
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

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

Dr. Hoppe  
Vorsitzender des Marburger Bundes –  
Verband der angestellten und beamteten  
Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Roos  
Bundesvorsitzender des Verbandes der  
niedergelassenen Ärzte Deutschlands  
(NAV) e. V.

Freu Dr. Heuser-Schreiber  
Präsidentin des Deutschen Ärztinnen-  
bundes e. V.

Dr. Walther  
Vorsitzender des Deutschen Kassenarzt-  
verbandes

Dr. Klotz  
Vorsitzender des Berufsverbandes der  
Praktischen Ärzte und Ärzte für Allge-  
meinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Schüller  
Präsident der Gemeinschaft fachärzt-  
licher Berufsverbände (GFB)

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

Medizinaldirektor Dr. Schmidt  
Vorsitzender des Bundesverbandes der  
Ärzte des Öffentlichen Gesundheits-  
dienstes e. V.

Dr. Eggers  
Präsident des Bundesverbandes der  
Deutschen Zahnärzte e. V.

Zahnarzt Schad  
Bundesvorsitzender des Freien Ver-  
bandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht  
Präsident der Deutschen Tierärzte-  
schaft e. V.

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

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1222 387 00 (BLZ 600 800 00), Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 906 09), Landesgirokasse Stuttgart Nr. 1 268 267 (BLZ 600 501 01), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 (BLZ 600 100 70)

## Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 33. Bayerische Ärztetag hat am 12. Oktober 1980 nachstehende Änderungen der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9. Oktober 1977 (Sondernummer Dezember 1977 „Bayerisches Ärzteblatt“, in der Fassung der Änderungen, veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1978, Seite 1429, und im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1979, Seite 1180) beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Änderungen mit Schreiben vom 16. Oktober 1980 – Nr. I E 9 - 5011 - 5/1/80 – genehmigt.

### I.

1. a) In § 2 (Gebiete, Teilgebiete und Bereiche) Absatz (1) wird nach 9.6 *Nephrologie* eingefügt:

„9.7 Rheumatologie“

- b) Die Anlage zur Weiterbildungsordnung wird in Teil I. nach 9.6 *Teilgebiet Nephrologie* wie folgt ergänzt:

„9.7 Rheumatologie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer orthopädischen oder physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden. Für Anträge nach § 19 Absatz (3) ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und konservativen Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen.“

2. e) In § 2 (Gebiete, Teilgebiete und Bereiche) Absatz (1) wird nach 21. *Orthopädie* eingefügt:

„21.1 Rheumatologie“

- b) Die Anlage zur Weiterbildungsordnung wird in Teil I. nach 21. *Orthopädie* wie folgt ergänzt:

„21.1 Rheumatologie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer rheumatologisch-internen oder physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, konservativer und operativer Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen.“

3. e) In § 3 Absatz (8) Satz 2 werden die Worte

„ganz oder“

gestrichen.

- b) In der Anlage zur Weiterbildungsordnung wird in den Teilgebieten 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 – 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6 – 10.1 – 22.1 – 23.1 – 25.1

der Satz „Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in ... abgeleistet werden.“ ersetzt durch den Satz:

„1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.“

- c) In der Anlage zur Weiterbildungsordnung wird in Teil I. 5. *Chirurgie* der letzte Satz im Abschnitt „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefaßt:

„Auf die Mindestweiterbildungszeit werden Weiterbildungszeiten in den Teilgebieten Nr. 5.1 bis 5.5 von insgesamt nicht mehr als 2 Jahren engerechnet.“

4. e) In § 4 Absatz (2) wird unter der Gebietsbezeichnung **Arbeitsmedizin** nach „oder Öffentliches Gesundheitswesen“ eingefügt

„oder Orthopädie“

- b) In § 4 Absatz (2) wird der Text nach der Gebietsbezeichnung **Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie** wie folgt neu gefaßt:

„mit Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Laboratoriumsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen“

5. In der Anlage zur Weiterbildungsordnung wird in Teil I. in 4. **Augenheilkunde** der Abschnitt „Definition“ wie folgt gefaßt:

„Die Augenheilkunde umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Auges und seiner Adnexe sowie die plastisch-rekonstruktiven Operationen an den Schutzorganen des Auges.“

6. In § 16 Absatz (3) Satz 1 wird der Satzteil „... wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht ...“ durch den Satzteil ersetzt:

„... wenn sie der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist ...“

7. § 16 Absatz (3) wird neu folgender Satz 3 eingefügt:

„Die in Satz 1 geforderte zusätzliche Weiterbildungszeit in der Bundesrepublik Deutschland entfällt bei deutschen Bewerbern aus der Deutschen Demokratischen Republik oder Berlin (Ost), die dort ihre Weiterbildung abgeleistet haben.“

8. Nach § 16 (Weiterbildung außerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin) wird neu § 16 e eingefügt:

# peripher peripher

Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu

# peripher peripher peripher



## gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Hinweis: In Tierversuchen zeigte Tussafug keine teratogene Wirkung, jedoch sollte die Verwendung in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft – wie bei allen neuen Arzneimitteln üblich – sorgfältig abgewogen werden.

Zusammensetzung: 1 ml Saft enthält 4,88 mg Di-benproperin-embonat, entsprechend 3 mg Benproperin.

Auch für Diabetiker geeignet!

Uneingeschränkt kassenzulässig!

O.P. Flasche mit 150 ml 8,20 DM, A.P. 1500 ml (10 x 150 ml).

ROBUGEN GMBH PHARMAZEUTISCHE FABRIK ESSLINGEN/N

### „§ 16 e Anerkennungsentgelte

Für die Anerkennung einer Weiterbildung erhebt die Kammer ein Entgelt. Dieses beträgt:

- |  |          |
|--|----------|
| 1. In einem Gebiet                           | DM 300,— |
| 2. In einem Teilgebiet                       | DM 200,— |
| 3. In einem Bereich                          |          |
| a) wenn eine Prüfung durchgeführt wird       | DM 100,— |
| b) wenn eine Prüfung nicht durchgeführt wird | DM 50,—  |

Die Kammer erhebt jeweils die Hälfte des Entgelts nach den Nummern 1, 2 und 3 e, wenn die Prüfung nicht bestanden wird."

9. In § 19 Absatz (3) wird der letzte Unterebsatz gestrichen.

10. In § 19 Absatz (4) wird folgender neuer Satz eingefügt:

„Soweit durch Änderungen der Weiterbildungsordnung Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche neu eingeführt werden, ist abweichend von Satz 1 anstelle des Inkrafttretens der Weiterbildungsordnung das Inkrafttreten der jeweiligen Änderung der Weiterbildungsordnung maßgebend.“

11. § 19 wird neu der folgende Absatz (5) eingefügt:

„(5) Soweit sich durch Änderungen der Weiterbildungsordnung die einheitlichen oder zeitlichen Anforderungen an den jeweiligen Weiterbildungsgang erhöhen, gilt dies nicht für die Ärzte, die ihre jeweilige Weiterbildung vor Inkrafttreten der Änderung der Weiterbildungsordnung begonnen haben.“

### II.

Diese Änderungen der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns treten am 1. Januar 1981 in Kraft.

Rothenburg o. d. Tauber, den 12. Oktober 1980

gez. Professor Dr. Sewering  
Präsident

## Satzung der Bayerischen Landesärztekammer

vom 1. Dezember 1978

Der 33. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 12. Oktober 1980 die nachstehende Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Änderung mit Schreiben vom 16. Oktober 1980 – Nr. I E 9 - 5011 - 5/1/80 – genehmigt.

Die Änderung lautet:

In § 15 Absatz 2, Satz 1 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer wird das Wort „unabhängigen“ vor das Wort „Prüfer“ eingesetzt.

Der Satz 2 entfällt.

Diese Änderung tritt am 1. Januar 1981 in Kraft.

Rothenburg o. d. T., den 12. Oktober 1980

gez. Professor Dr. Sewering  
Präsident

## Fakultät

### Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. G. O. Naumann (bisher Tübingen) wurde zum Direktor der Augenklinik mit Poliklinik ernannt.

### München – Universität

Professor Dr. med. Peter Christian Scriba, Medizinische Klinik Innenstadt, wurde zum Professor – C 4 (Ordinarius) an der Medizinischen Hochschule Lübeck ernannt.

apl. Professor Dr. phil. Achim Kröger, Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie, wurde zum Professor an der Universität Marburg ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Günther Dietze, III. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Mün-

chen-Schwabing; Privatdozent Dr. med. Werner Gördes, Orthopädische Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses München; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Gröbner, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Werner Keyl, Orthopädische Klinik; Privatdozent Dr. med. Ulrich Klein, Institut für Radiologie am Deutschen Herzzentrum; Dr. med. Kurt Pielsticker, Pathologe; Dr. med. Bernd Rosemeyer, Orthopädische Klinik; Privatdozent Dr. med. Herbert Zenker, Orthopädische Klinik.

Zum Professor – C3 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Klaus van Ackern, Institut für Anästhesiologie im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med., Dr. rer. nat. Dieter Adam, Kinderklinik; Professor Dr. med. Ekkehard Albert, Kinderpoliklinik; Professor Dr. med. Hans Martin Becker, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Christine Bender-Götze, Kinderpoli-

klinik; Professor Dr. med. Walter Brückner, Chirurgische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Günter Burg, Dermatologische Klinik und Poliklinik; Professor Dr. med. Otfried Butenandt, Kinderklinik; Professor Dr. med. Joachim Duhm, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Eicher, II. Frauenklinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Hans Eichner, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Ahmed Fateh-Moghadam, Institut für Klinische Chemie im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Gernot Feifel, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Udilo Finsterer, Institut für Anästhesiologie an der Chirurgischen Klinik; Privatdozent Dr. med. habil. Veit-Peter Gabel, Augenklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Jürgen Hinrich Greite, Augenklinik; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Gröbner, Medizinische Poliklinik; Professor Dr. med. Hans-Jürgen Gurland, Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Rainer Haas, Kinderklinik; Privatdozent Dr.

# TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum  
zur percutanen Schmerz-Therapie

bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien,  
Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln,  
Sehnen und Gelenken

Marament<sup>®</sup>  
Balsam N



mit dem  
Vorzug der  
besonderen  
Wirtschaftlichkeit  
100 ml  
DM 8,94

#### Indikationen:

Bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

#### Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

#### Zusammensetzung:

100 g enthalten: 2,5 g Campher, 1,0 g Methylsalicylat, 0,15 g Nicotinsäurebenzylester, 30,0 g Isopropanol, 2,0 g Kiefernadelöl.

#### Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94  
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Eckhard Held, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. Erhard Hiller, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Alexander Holschneider, Kinderchirurgische Klinik; Professor Dr. med. Dieter Huhn, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Ulrich Jehn, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Hans-Jürgen Kümper, II. Frauenklinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Detlef Kunze, Kinderpoliklinik; Privatdozent Dr. med. Klaus Loeschke, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. Klaus Jürgen Lohe, I. Frauenklinik; Professor Dr. med. Berndt Lüderitz, Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Eike Martin, Institut für Anästhesiologie im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Mempel, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Jürgen Pfeifer, Chirurgische Klinik; Professor Dr. Renate Pickardt, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. habil. Bruno Reichart, Herzchirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Remberger, Pathologisches Institut und Institut für Neuropathologie; Professor Dr. med. Fritz Spelsberg, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Hans-Joachim Suschke, Kinderpoliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Hans Scherer, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Wolf-Bernhard Schill, Dermatologische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Karin Schorn, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Peter Schwandt, Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Gerd Staehler, Urologische Klinik und Poliklinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Siegfried Stotz, Orthopädische Poliklinik; Professor Dr. med. Bodo-Eckehard Strauer, Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Roland Tauber, Urologische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Vogt, Institut für Klinische Chemie im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Klaus Wilhelm, Chirurgische Klinik; Privatdozent Dr. med. habil. Volker Zumto-

bel, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern.

Zum Professor – C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Hartwig Bauer, Chirurgische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Otto Benkert, Psychiatrische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus-Peter Boergen, Augenklinik; Professor Dr. med. Heinz Bohmert, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Adolf Dörge, Physiologisches Institut; Professor Dr. med. habil. Wolfgang Eisenmenger, Institut für Rechtsmedizin; Privatdozent Dr. med. Dieter Engelhardt, Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Peter Eyer, Pharmakologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Rudolf Fahlbusch, Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Christoph Förster, Kinderklinik; Privatdozent Dr. med. Gert Frösner, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Volker Herzog, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Horn, Medizinische Klinik Innenstadt; Professor Dr. med. Michael Horster, Physiologisches Institut; Professor Dr. med. Michael Illert, Physiologisches Institut; Professor Dr. med. Gebhard von Jagow, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Karlheinz Koczorek, Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Heinz-Eberhard Kramnitz, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin; Professor Dr. rer. nat. Wolfgang Krietsch, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Kuschinsky, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Rolf Lamerz, Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. Walter Lend, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Rüdiger Landgraf, Medizinische Klinik Innenstadt; Professor Dr. rer. nat. Werner Lenk, Pharmakologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Harald von Lieven, Klinik und Poliklinik für Radiologie; Professor Dr. med. Udo Löhrs, Pathologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Werner Machleidt, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiolo-

gie; Privatdozent Dr. med. habil. Harald Micken, I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Joachim Otto, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Peter Peller, Kinderklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Dieter Pongratz, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. Jörg Remien, Pharmakologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Ernst-Peter Rieber, Institut für Immunologie; Privatdozent Dr. med. habil. Gotthard Ruckdeschel, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Manfred Schattenkirchner, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Fritz Heinrich Stefani, Augenklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Karl Theisen, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. habil. Martin Theopold, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Gunther Thoenes, Medizinische Klinik Innenstadt; Professor Dr. med. Lieselotte Thorn, Anatomische Anstalt; Privatdozent Dr. med. Hans Dieter Tröger, Institut für Rechtsmedizin; Privatdozent Dr. med. Rüdiger Trott, Strahlenbiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Hans Versmold, Kinderklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Peter Claus Weber, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus von Werder, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. habil. Sigurd Werner, Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. habil. Heinz Zimmer, Physiologisches Institut.

Zum Akademischen Rat z. A. wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Manfred Ackenheil, Abteilung Neuroradiologie der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik; Dr. med. Uwe Neubert, Dermatologische Klinik und Poliklinik.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Rudolf Eife für Kinderheilkunde; Dr. med. Wolf Endres für Kinderheilkunde; Dr. med. Dieter Häberle für Physiologie; Dr. med. Rudolf Klußmann für Psychosomatik und Psychotherapie; Dr. med. Edmund Lengfelder für Strahlenbiologie; Dr. med. Roger Rick für Physiologie; Dr. med. Burkhard Scherer für Innere Medizin.

Zum Professor — C 3 wurden ernannt: Professor Dr. med. Heine Chüden, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Privatdozent Dr. med. habil. Rudolf Hartung, Urologische Klinik und Poliklinik; Professor Dr. med. Klaus Kopp, II. Medizinische Klinik und Poliklinik; Professor Dr. med. Heinz Langhammer, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik; Professor Dr. med. Ger-

hard Oehlschlaegel, Dermatologische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Gunter Prokscha, Chirurgische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Remy, Dermatologische Klinik und Poliklinik.

Dr. med. habil. Rudolf Thieme wurde die Lehrbefugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erteilt. Mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden.

## Steuerfragen

### Einkommensteuer

#### Steuerliche Behandlung von Kinderbetreuungs- und Haushaltshilfekosten

Der Bundesfinanzminister hat mit Schreiben vom 10. Juli 1980 — in „Betriebsberater“ 1980, S. 1086 — die steuerliche Behandlung der Aufwendungen für Dienstleistungen zur Beaufsichtigung und Betreuung eines minderjährigen Kindes sowie der Aufwendungen für eine Hausgehilfin, Haushaltshilfe oder für vergleichbare Dienstleistungen wie folgt neu geregelt:

1.

Die Aufwendungen für Dienstleistungen zur Beaufsichtigung oder Betreuung eines minderjährigen Kindes können auf Antrag als außergewöhnliche Belastung vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen werden. Der Abzug dieser Aufwendungen ist begrenzt auf DM 1200 im Kalenderjahr für jedes in Betracht kommende Kind

— bei Ehegatten, die die Voraussetzungen für die Zusammenveranlagung erfüllen,

— bei sonstigen verheirateten Steuerpflichtigen, wenn der andere Elternteil nicht im Inland lebt oder seiner Unterhaltsverpflichtung gegenüber dem Kind für das betreffende Kalenderjahr nicht nachkommt,

— bei Alleinstehenden, wenn der andere Elternteil verstorben ist.

Bei Steuerpflichtigen, welche diese Voraussetzungen nicht erfüllen, ist der Abzug der Aufwendungen im Kalenderjahr für jedes in Betracht

kommende Kind begrenzt auf DM 600.

Aufwendungen für Dienstleistungen zur Beaufsichtigung oder Betreuung eines minderjährigen Kindes sind alle Ausgaben, welche die Eltern dafür leisten, daß ihr Kind durch andere beaufsichtigt oder betreut wird. Der Beaufsichtigungs- oder Betreuungszweck braucht nicht der alleinige Grund zu sein. Begünstigt sind danach insbesondere

— die Unterbringung von Kindern in Kinderhorten, Kindertagesstätten, Kindergärten, Kinderheimen, Kinderrippen u. e. sowie bei Ziehmüttern, Wochenmüttern und Ganztagspflegestellen,

— die Beschäftigung von Kinderpflegerinnen, Erzieherinnen und Kinder-schwestern,

— die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe.

Zur Beaufsichtigung und Betreuung von Kindern rechnet neben der Sorge, daß die Kinder ihre häuslichen Schulaufgaben erledigen, auch die Hilfe bei diesen Arbeiten. Ferner gehören hierzu auch regelmäßige Mitgliedsbeiträge bei Jugend- und Sportvereinen.

Nicht begünstigt sind Kosten, die ausschließlich der Aus- und Fortbildung dienen, sowie Aufwendungen für die Vermittlung besonderer Fähigkeiten, wie z. B. Schreibmaschinenkurse und Fahrschule.

Wichtig ist, daß die Kinderbetreuungskosten grundsätzlich nur berücksichtigt werden, soweit sie nachgewiesen bzw. glaubhaft gemacht werden. Wenn nicht mehr als DM 600 bei Zusammenveranlagung bzw. DM 300 bei Einzelveranlagung je Kind im Kalenderjahr geltend gemacht werden, so kann das Finanzamt in der Regel von einer Nachprüfung absehen (Nichtbeanstandungsgrenze).

2.

Die Aufwendungen, die durch die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe (stundenweise Mithilfe im Haushalt) erwachsen, können im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen als außergewöhnliche Belastung vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen werden. Danach sind für diese Aufwendungen bei Zusammenveranlagung bis zu DM 1200, bei Einzelveranlagung bis zu DM 600 im Kalenderjahr abzugsfähig, wenn

— der Steuerpflichtige oder sein nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte das 60. Lebensjahr vollendet hat, oder

— der Steuerpflichtige oder sein nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte oder ein zu seinem Haushalt gehörendes Kind nicht nur vorübergehend körperlich hilflos oder schwer körperbehindert ist,

— oder die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe wegen Krankheit einer der genannten Personen erforderlich ist.

Der Abzug ist auf DM 1200 bei Zusammenveranlagung bzw. DM 600 bei Einzelveranlagung im Kalenderjahr begrenzt, gleichgültig, ob es sich um die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe handelt.

3.

Für jeden Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für die steuerliche Anerkennung der Kinderbetreuungs- und Haushaltshilfekosten nicht vorliegen, ermäßigen sich die vorstehenden Beträge um je  $\frac{1}{12}$ .

Des Schreibens des Bundesfinanzministers hat seine gesetzliche Grundlage in § 33a EStG, wo die rechtlichen Voraussetzungen der steuerlichen Abzugsfähigkeit dieser Aufwendungen im einzelnen geregelt sind.

## Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

### Oberfranken

#### Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Michelau, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Selb, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hof/Saale:

1 Augenarzt

#### Kuimbach:

1 Augenarzt

#### Lichtenfels:

1 Augenarzt

#### Hof/Saale:

1 HNO-Arzt

#### Bamberg:

1 Hautarzt

#### Coburg:

1 Hautarzt

#### Kuimbach:

1 Hautarzt

#### Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

#### Kronach:

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

### Unterfranken

#### Großostheim, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Mömbis, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Stadt Schweinfurt, Stadtteil Bergl:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

#### Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

#### Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

#### Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

#### Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

#### Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

#### Karlstadt oder Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

#### Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

#### Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

#### Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

### Oberpfalz

#### Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kirchentumbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Leonberg, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Stadt Neumarkt,

#### Lkr. Neumarkt i. d. Opf.:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Tiefenbach, Lkr. Cham:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Vilseck, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

#### Weiden:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.

### Niederbayern

#### Regen-Stadt:

1 Augenarzt

#### Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

#### Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Frauenarzt

#### Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

#### Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

#### Regen-Stadt:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

### Schwaben

#### Thierhaupten-Unterbaar,

#### Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31.

## Geburtenrate im biologischen Wandel

Seit 1970 ist die Geburtenrate der Bundesrepublik Deutschland ins Defizit geraten. Nicht nur hier, sondern auch in allen westlichen und östlichen hochindustrialisierten Nationen. Vom „Pillenknick“ ist die Rede, auch von möglicher Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche.

Das demographische Bild ist abwechslungsreicher: innerhalb von 150 Jahren hat sich hier die Bevölkerungszahl verdreifacht, verursacht durch sinkende Sterblichkeit – das Lebensalter hat sich verdoppelt – und gleichbleibend hohe Geburtenraten bis vor 50 Jahren. Diese Entwicklung hat die Industrialisierung begünstigt, die Industrialisierung wiederum hat der ständig wachsenden Bevölkerungszahl Wohlstand gebracht.

Seit etwa 50 Jahren sinkt die Geburtenrate bei gleichbleibendem Lebensalter. Sie sank bereits drastisch in der Weltwirtschaftskrise 1932, ohne daß die Methode der „Zeitwahl“ oder die „Pille“ das generative Verhalten beeinflusst hätten. Die Ehepartner haben ihre Vorstellung von der Zahl der Kinder geändert, die Zwei-Kinder-Ehe ist zur gesellschaftlich bestimmten Norm geworden, dritte und vierte Kinder in Ehen sind drastisch zurückgegangen. Alle bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, daß die sinkende Geburtenrate auf dieses veränderte Verhalten zurückzuführen ist und nicht etwa auf eine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche. Die Schwangerschaftsabbrüche werden gezählt, veröffentlicht, viel diskutiert und sind immer weniger tabuisiert, sie werden gefordert und durchgesetzt, aber eine wesentliche Ursache des

Geburtenrückgangs stellen sie nicht dar.

Geändert hat sich vielmehr grundsätzlich das die Fruchtbarkeit der Partner bestimmende Verhalten: sie sind hinlänglich über Empfängnisverhütung aufgeklärt – insbesondere auch jene Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wollen –, sie haben gefestigte Vorstellungen, ob, wann und in welchem Abstand sie Kinder haben wollen, und sind unverändert wenig geneigt, eine Schwangerschaft ungewollt und zur Unzeit in Kauf zu nehmen. Deshalb bleibt z. B. auch die Zahl der unehelichen Kinder gleich, aber auch die Rate der Eheschließung bei unerwarteter Schwangerschaft ist konstant geblieben. Daran hat auch die Gesetzgebung zur Begünstigung des Rechts der unehelichen Kinder nichts geändert.

Durch die anhaltende Erörterung der Bevölkerungsexplosion ist das Bewußtsein für größere Zusammenhänge gewachsen, sogar die Hoffnung, daß Umweltprobleme durch sinkende Geburtenrate gelöst würden, ist verbreitet. Die Gesellschaft prägt auch zunehmend die „Aufwandsnorm“, das Kind als „Kostenfaktor“, besonders durch die Ausbildung, schmälert die Erwartungen der Partner, und die steuerlichen Entlastungen sind kein Ausgleich für diese Aufwendungen. Auch die Vorstellung von der schicksalhaften Bestimmung der Frau hat sich gewandelt: sie soll erwerbstätig werden, soll an der Produktivität mitwirken, soll ihre eigene Altersversorgung erwerben und sich zwangsweise während des Erwerbslebens finanziell an jenen Aufwendungen

beteiligen, die die Solidargemeinschaft für aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Arbeitnehmer zu entrichten hat. Mit zunehmender Dichte der Siedlungsräume halten sich immer mehr Frauen in städtischen Lebensräumen auf, deren Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen den Frauen immer weniger Möglichkeiten lassen, den Aufgaben der Kindererziehung sinnvoll nachzukommen. Die Frau soll arbeiten, verdienen, eigene und fremde Altersversorgung sichern – sie kann nicht gleichzeitig die physische und psychische Leistung von Geburt und Kindererziehung erfüllen, es sei denn, sie beschränkt diese Leistung durch eine geringe Kinderzahl. Die Erwerbsbeteiligung der Frau erweist sich somit als der wesentliche Faktor ihres Fruchtbarkeitsverhaltens.

Daß ihr dabei die modernen Möglichkeiten der Empfängnisverhütung, die sie selbst bestimmen kann, zu Hilfe kommen, liegt auf der Hand.

Die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen war zur Steigerung des Wirtschaftswachstums erwünscht. Sie haben dafür an wirtschaftlicher Gleichberechtigung und Selbständigkeit gewonnen. Die unausweichliche biologische Antwort jedoch war das rapide Sinken der Geburtenrate und ein Absinken der Intensität und Qualität der individuellen Erziehung mit den heute bereits offenkundigen nachhaltigen Auswirkungen für die nachwachsende Generation.

Es ist zur Regel geworden, daß sich Frauen ihre Lebensperspektiven im Zusammenhang ihrer Erwerbstätigkeit aufbauen. Die rechtlichen Regelungen hierfür sind weitgehend geschaffen. Nicht gesichert und staatlich unterstützt sind in gleichem Maß die Lebensperspektiven von Frauen, die sich der Familie und den Kindern widmen. Es kann mit Sicherheit nicht erwartet werden, daß veränderte wirtschaftliche Verhältnisse, die zu erwarten sind und die Frauen im Erwerbsleben weniger erwünscht erscheinen lassen als in der Vergangenheit, das inzwischen gesellschaftlich fixierte Verhalten wieder soweit ändern, daß steigende Geburtenraten zu erwarten sind.

*Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80*

### Juristen-Kritik an Abgeordneten-Salär

Als Volksvertreter stehen sie stets im Rampenlicht der Öffentlichkeit – und auch öffentlicher Kritik. Als Abgeordnete bestimmen sie selbst die Höhe ihrer eigenen Ausgaben und schreiben sie im Haushalt des Landtages fest. Ein unabhängiger Rechnungshof prüft ihre Finanzen nicht. Kein Wunder also, wenn höhere Aufwendungen für das Parlament waches Interesse und eine Anhebung der Abgeordnetenbezüge leicht den öffentlichen Vorwurf einer „Selbstbedienung“ einbringen.

Als öffentlicher Wächter über das parlamentarische Finanzgebahren trat jetzt erneut der Bund der Steuerzahler hervor. Er versucht seit über zwei Jahren, das vom Landtag am 25. Juli 1977 in großer Eile beschlossene Gesetz über die Neufestsetzung der Diäten und Unkostenpauschale der bayerischen Landtagsabgeordneten zu modifizieren. Den „Steuerzahlern“ sind die Höhe der damals beschlossenen Sätze seit jeher ein Dorn im Auge, jetzt haben sie rechtliche Bedenken gegen das Gesetz angemeldet.

Die derzeit gültige bayerische Regelung geht auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1975 zurück, indem u. a. die Besteuerung der Abgeordnetenbezüge verlangt wurde. Außerdem hielten es die Karlsruher Richter für unzulässig, daß Abgeordnete aus Tätigkeiten im öffentlichen Dienst zu den Diäten noch Ruhestandsbezüge erhielten. Als erstes Landesparlament hatte daraufhin der Bayerische Landtag ein neues Diätengesetz beschlossen, das mit der 9. Legislaturperiode in Kraft trat. Zuvor hatten die 204 Parlamentarier steuerfrei 2400 DM und zusätzliche Ruhestandsbezüge – etwa die Hälfte der Parlamentarier kommt aus dem öffentlichen Dienst – zwischen 1000 und 3000 DM erhalten. Freiberufliche bekamen einen Zuschlag von 1000 DM monatlich. Hinzu kam eine Pauschale und Tagegelder bis zu 3000 DM.

Mit dem neuen Gesetz wurde die Höhe der Entschädigung auf monatlich einheitlich 6750 DM festgesetzt, die zu versteuern sind. Zu diesem Satz tritt eine steuerfreie monatliche Unkostenpauschale von 3800 DM sowie eine Pauschale zur Bezahlung einer Halbtagssekretärin in Höhe von 1250 DM, kostenlose Fahrten innerhalb Bayerns und kostenloses Telefonieren im Landtag. Neu wurde die Staatspension für Abgeordnete eingeführt, die je nach Dauer der Parlamentszugehörigkeit zwischen 2400 und 5000 DM liegt, aber mit anderen Ruhestandsbezügen verrechnet werden muß. Zuvor hatten die Abgeordneten monatlich 700 DM in ein eigenes Versorgungswerk zahlen müssen. Ausscheidende Parlamentarier erhalten Übergangsgelder zwischen 20000 und 160000 DM, die ebenfalls mit anderen Bezügen aus öffentlichen Kassen verrechnet werden.

Gegen diese unter den deutschen Länderparlamenten höchsten Sätze lief der Bund der Steuerzahler sofort Sturm. Das Staatssäckel wurde durch sie – im Jahre 1979 – mit rund 30 Millionen DM, 5,7 Millionen mehr als zuvor, belastet, bei einem Gesamtetat von Landtag und Senat von 62 Millionen DM. Für seine Abgeordneten zahlt jeder Bürger Bayerns jährlich damit 2,21 DM. Dem Steuerzahlerbund schwebte dagegen eine monatliche Grundentschädigung von brutto 4800 DM sowie eine steuerfreie Unkostenpauschale von 1000 DM vor, die nur in begründeten Einzelfällen höher sein könne. Damit wären die Nettobezüge beispielsweise eines verheirateten Abgeordneten mit zwei Kindern von monatlich etwa 10000 DM halbiert worden. Mittels eines Volksbegehrens wollten die Steuerzahler ihre Forderung zunächst durchsetzen und begannen gleichzeitig, eine Rechtsexpertise über das Gesetz einzuholen.

Nach über zwei Jahren stellt ein 70 Seiten umfassendes Gutachten des Verfassungsrechtlers Professor

Dr. Hans-Herbert Arnim das bayerische Abgeordnetengesetz in Frage. Es sei mit verfassungsrechtlichen Grundsätzen unvereinbar, weil bei seiner Verabschiedung formale Fehler unterlaufen seien, und es inhaltliche Mängel aufweist. Der Jurist kritisiert, daß das Gesetzgebungsverfahren in diesem Fall dem verfassungsrechtlichen Anspruch nach Transparenz nicht entsprochen habe. So habe das Vorblatt zum Gesetzentwurf nur eine Seite umfaßt, was in keiner Weise der im normalen Gesetzgebungsverfahren üblichen Begründung entspreche. Mangelhaft sei auch das Gesetzgebungsverfahren selbst gewesen. Nach der Geschäftsordnung des Landtages könne nämlich eine zweite Lesung erst am vierten Tag nach Verteilung der Ausschußberichte erfolgen. Beim Diätengesetz sei dies jedoch bereits einen Tag nach Verteilung geschehen. Inhaltlich moniert Arnim, daß das Diätengesetz über eine „angemessene, die Unabhängigkeit sichernde Entschädigung“ hinausgehe. Es sei versäumt worden, bei der Festsetzung angemessener Bezüge alle Bestandteile der Entschädigung insgesamt zu werten. Zwar sei die Höhe noch nicht zu beanstanden, doch sei der Landtag unrichtigerweise davon ausgegangen, daß das Bundesverfassungsgericht im Diätenurteil den Vollzeitparlamentarier vorgeschrieben habe. Weitere Bedenken äußert der Professor gegen die Regelung des Übergangsgeldes und die Altersversorgung sowie über die Tatsache, daß das Diätengesetz keine Schranke gegen Zahlungen von Interessengruppen an Abgeordnete kennt. Einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz sieht er in den Vorschriften über den Bezug von Einkünften aus zwei öffentlichen Kassen und meint, daß die Bestimmungen des Beamtenrechts, die nach dem Karlsruher Urteil anzuwenden seien, in Wirklichkeit durch günstigere Klauseln verdrängt würden. Anfechtbar sei auch die steuerfreie monatliche Aufwandspauschale ohne exakte Darlegung der tatsächlich entstandenen Kosten. – Das Gutachten hat der Steuerzahlerbund inzwischen den Mitgliedern der bayerischen Diätenkommission als Entscheidungshilfe überstellt und gleichzeitig eine verfassungsgerichtliche Überprüfung des Abgeordnetengesetzes angeordnet.

Michael Gscheidle

### Soziallasten

Die Bundesbürger heben mit einer weiteren Erhöhung ihrer Abgabenbelastung zu rechnen. Nach der Wahl dürfte dies klarer werden. Daran ändert auch die zum 1. Januar beschlossene Steuerentlastung wenig, denn den Steuerbeschlüssen stehen steigende Sozialebgaben gegenüber. Rechnet man die voraussichtlichen Mehrbelastungen in der Sozialversicherung zusammen, so ergibt sich ein Betrag, der zwischen 6 und 9 Milliarden DM liegen wird. Die Korrekturen am Steuertarif bringen dagegen eine Entlastung um gut 6 Milliarden DM. Nimmt man die Erhöhung des Weihnachtserbetrages, die noch in diesem Jahr wirksam wird, hinzu, so ergibt sich eine Entlastung bei den Arbeitnehmern um etwa 7,5 Milliarden DM. Davon wären denn die Belastungen aus der geplanten Erhöhung der Mineralölsteuer und der Brennstoffsteuer abzuziehen. Fazit: Von einer Verringerung der Abgabenlast kann entgegen der Versicherungen der Politiker vor der Wahl nicht die Rede sein.

Die Finanzlage der einzelnen Zweige der Sozialversicherung stellt sich durchaus unterschiedlich dar. Beginnen wir mit der Rentenversicherung. In diesem Jahr übertreffen in der Rentenversicherung zum ersten Mal seit sechs Jahren wieder die Einnahmen die Ausgaben. Die Zeit der roten Zahlen ist zunächst einmal vorbei. Die zwei Rentensanierungsgesetze haben also das erwünschte Ergebnis gebracht. Dazu zwei Zahlen, die erklären, warum es der Rentenversicherung heute besser geht: im Verlauf dieses Jahres sind die Beitragseinnahmen ungewöhnlich stark gestiegen, nämlich um gut acht Prozent. Die Renten sind dagegen nur um vier Prozent verbessert worden. Und auch 1981 wird es bei der festgelegten Rentenerhöhung von ebenfalls vier Prozent bleiben.

Zum Konzept der Rentensanierung gehörte 1978 der Beschluß, den Beitragssatz 1981 um einen halben Prozentpunkt von 18 auf 18,5 Prozent anzuheben. Dabei dürfte es bleiben; nur die F.D.P. leistet hinhaltenden Widerstand. Die Sozialdemokraten bestehen jedoch darauf,

daß für die bis Ende 1984 vorgesehene Reform der Hinterbliebenenversorgung ein Finanzpolster angesammelt wird. Die SPD denkt schon heute an das nächste Bundestags-Weihnachtspaket. Es gibt nur ein ernstzunehmendes Argument für die Beitragserhöhung zur Jahreswende: ohne sie bliebe die Rücklage zu gering. Sie liegt heute bei etwa zwei Monatsausgaben, vor Beginn der letzten Rezession deckte die Rücklage mehr als neun Monatsausgaben ab. Eine Reserve von zwei bis drei Monatsausgaben reichte bei weitem nicht aus, eine neuerliche Konjunkturabschwächung zu überbrücken.

Es wäre also schon gut, eine höhere Reserve anzusammeln. Wann diese jedoch nur dazu erhalten soll, den Politikern neue Leistungszusagen zu gestatten, für die es längerfristig keine finanzielle Deckung gibt, so wäre es besser, auf die Erhöhung der Beiträge zu verzichten. Dies wäre noch möglich. Nach dem Gesetz kann die Bundesregierung auf dem Verordnungsweg diese Beitragserhöhung aussetzen, wenn die finanzielle Lage der Rentenversicherung dies gestatten sollte. Die Regierung kann sich ihrer Verantwortung also nicht entziehen.

Auch in der Krankenversicherung stehen Beitragserhöhungen bevor. Bei den Ortskrankenkassen ist der durchschnittliche Beitragssatz im letzten halben Jahr bereits um 0,2 Beitragspunkte oder 11,7 Prozent gestiegen. Die Ersatzkassen heben durchweg Mühe, mit den geltenden Beitragssätzen des Jahresende zu erreichen. Bei den Betriebskrankenkassen sieht es vorerst noch etwas besser aus. Aber auch hier wird im kommenden Jahr mit einem Trend zu steigenden Beitragssätzen gerechnet. Sachverständige Schätzungen ergeben, daß der durchschnittliche Beitragssatz bei den Ortskrankenkassen 1981 auf etwa 12,2 Prozent und bei den Ersatzkassen von jetzt 11,2 Prozent auf etwa 11,9 Prozent ansteigen wird.

Die Perspektive ist nicht erfreulich; auch in der Krankenversicherung wird man

also im Durchschnitt mit einem halben Beitragsprozent Zuschlag rechnen müssen. Dies wird niemand überraschen können, der die Zahlen kennt: im ersten Halbjahr sind die Ausgaben der Krankenkassen ja Mitglied im Schnitt um etwa neun Prozent gestiegen, die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte aber nur um etwa 5,5 Prozent. Es hat sich also wieder die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geöffnet, obwohl sich die Ausgaben im ärztlichen Bereich durchaus in den von der „Konzertierten Aktion“ gesetzten Grenzen gehalten haben und bei den Ausgaben für die stationäre Behandlung erst vom zweiten Halbjahr an der große Kostenschub kommen wird. Wenn die Pflegesätze, wie befürchtet wird, erst einmal um zehn Prozent steigen, werden Beitragserhöhungen auf breiter Front nicht mehr zu vermeiden sein. Auch neue Dirigismen à la Ehrenberg werden daran nichts ändern können. Nur wäre es falsch, diese Entwicklung dem Scheitern des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzulasten. Dieses hätte die aktuelle Lage nur wenig verbessert.

Die größten finanziellen Probleme scheint gegenwärtig die Bundesanstalt für Arbeit zu haben. Dies ist schon an der Tatsache abzulesen, daß die Haushaltsberatungen entgegen den gesetzlichen Vorschriften um sechs Wochen bis unmittelbar nach dem Wahltag zurückgestellt worden sind. Hier ist wieder einmal politisch manipuliert worden. Die Bundesanstalt hat ihre liquiden Reserven bereits verbraucht, auch der Bundeszuschuß für 1980 in Höhe von 1,9 Milliarden DM. Ob das Jahresende ohne weitere Zuschüsse erreicht werden kann, erscheint zweifelhaft. Im nächsten Jahr soll die Bundesanstalt zwar um die Kosten der Arbeitslosenhilfe in Höhe von 1,9 Milliarden DM entlastet werden, dennoch entsteht selbst nach den optimistischen Schätzungen der Bundesregierung über die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen ein Defizit von rund 1,5 Milliarden DM. Übernimmt man die Annahmen der Wirtschaftsforschungsinstitute über die Arbeitslosenzahlen, so wird man mit einem Defizit von rund 4 Milliarden DM rechnen müssen. Matthöfer wird dies nicht abdecken können, also wird man den Beitragssatz wieder zur Kasse bitten müssen. Sonst bliebe nur der Weg, zwischen den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung ebenfalls Milliarden-Beträge hin- und herzuschleichen.

Nach dem Wahltag sieht die Finanzlage noch düsterer aus als zuvor, was zu erwarten war.

bonn-mot

## Bücher von Ärzten für Ärzte

Wir bringen auch in diesem Jahr kurz vor Weihnachten Besprechungen von Neuerscheinungen, die von Ärzten herausgebracht wurden und von denen der Schriftleitung Besprechungsexemplare zuzugingen. Dem Zuge der Zeit folgend, wird die Lyrik bevorzugt. Mögen die Kolleginnen und Kollegen den einen oder anderen Band finden, der ihren Erwartungen entspricht. Die Schriftleitung wünscht allen Lesern des Äskulap und Pegasus frohe Festtage und ein glückliches Neues Jahr 1981.

**Literaturpreis arzt und schriftsteller**  
für die emsel – aktion multiple sklerose-erkrankter

Herausgeber: verlagsgesellschaft kurpiers + schonefeld, 128 S., Abb. d. Autoren, Lexikonformat, Peppband, DM 42,80. verlagsgesellschaft kurpiers + schonefeld, Schelpshelde 26, 4800 Bielefeld 1.

Der Band enthält Beiträge von acht Autoren, die anlässlich eines Wettbewerbes von der Jury des Arbeitskreises für Literatur und Kunst in Bielefeld unter Vorsitz von Frau Professor Sybille Rejda ausgewählt wurden. Der Reinerlös – einschließlich der Autorenhonore – aus dem Verkauf dieses Buches wird der „Amsel-Aktion: Multiple Sklerose-Erkrankter“ in Stuttgart zur Verfügung gestellt. Die Preisträger sind die Schriftstellerärzte: Günther Abel, Steinbergkirche; Erika Bohl, Wielenbach/Bayern (BDSÄ); Fritz Bretschneider, Hannover; Harald Mozer, H. Dieter Pennen, Düsseldorf (BDSÄ); Ernst Rossmüller, München (BDSÄ); Rochus Turmann, Erich Weiß, Beyreuth (BDSÄ). Jedem Beitrag wird ein Großporträt und eine Kurzbiographie des Autors vorangestellt. Dem einen oder anderen curriculum vitae ist eine kurze Bibliographie beigegeben. Die drei bayrischen Teilnehmer sind den Lesern unserer Spalte bereits bekannt.

Der Beitrag von Consoeur Bohl „Begegnung mit zwei Welten“ befaßt sich mit dem hochaktuellen Frauenproblem: Mutter einer kinderreichen Familie oder berufstätige, erfolgreiche Frau. Zwei ehemalige Studentinnen aus den beiden Lagern diskutieren darüber. „Mia und Ulrike saßen noch weit bis Mitternacht zusammen und beide nahmen neue Anregungen mit aus diesem Gespräch.“

Von Confrère Rossmüller enthält der Band einige seiner klassischen Gedichte, die uns in die Gedenkenwelt der Antike führen: „Aus smaragden tiefer Fülle / tönen einst gewaltige Schritte / des Neuseins, genz von vorne / der Verneinung Widerspruch / – und keiner ist mehr ganz verloren“.

Confrère Weiß trägt einen besinnlichen Gedichtzyklus „Advent, Einst und Jetzt“

bei: „Was ich in diesen Zeilen schrieb / Was sinnend sucht und lächelnd flieht / Das will Euch nicht betrüben. / Vor Schwermut ist es nicht gefeit / Die Sehnsucht ist das ganze Leid / Und Einfalt hats geschrieben.“

Auch die Beiträge der anderen Kollegen, die hier aus Platzmangel nicht besprochen werden können, stehen auf hohem Niveau. Die buchtechnische Ausstattung des Bandes ist vorzüglich, die Graphik der Umschlagseite stemmt von Kristine von Mittelstaedt. Da der Reinerlös aus dieser Publikation überdies einem guten Zwecke dient, so kann der Erwerb dieses Bandes nur wärmstens empfohlen werden.

## Ergebnis ellenlenger Erfehrung

### Aphorismen

Verf.: Dr. A. Rottler, 175 Blätter, Kleinklav, Lelnen, DM 12,20. Zu beziehen beim Autor, Virchowstraße 7/II, 8500 Nürnberg.

Der Autor, Vizepräsident des BDSÄ und Generalsekretär der UMEM, hat ein Büchlein herausgebracht, in dem er die Erfahrungen seines Lebens in Aphorismen niedergeschrieben hat. Davon im nachfolgenden eine kleine Auswahl: „Erziehung beginnt bei Dir“ – „Gleichheit der Chancen / gilt nur für die Schlechten“ – „Die Wissenschaft hat in der Hand / ein ungeheueres Ergebnis / gewöhnlich ein Erlebnis / Doch ist sie nicht imstand / zu segnen, was sie fand“ – „Ein freier Mensch / lebt seiner Überzeugung / Kennst Du einen?“ – „Ich möchte nicht auf / Rosen gebettet sein / wegen der Dornen / Daunen sind mir lieber“ – „Ich kann nicht schreiben, lesen / Ich diktiere / Des ist mein Wesen“ – „Jawohl! Recht zum Leben! / Ob es jedoch eine Pflicht zum Lebenfristen gibt?“ – „Der Sinn des Lebens wird ständig immer weniger begriffen / und somit wird der Tod nicht verstanden.“ – „Sterben und Tod sind bewußter Teil des Lebens“ – Rottlers Aphorismen werden menchem Leser nützlich sein und Freude bereiten.

## Aufruf zur Beteiligung an dem deutschen Ärzte-Schriftsteller- Almanach 81

Der Herausgeber von elf Anthologien deutscher Ärzte Armin Jüngling (Unterwössen) beabsichtigt, 1981 wieder einen Almanach deutscher Ärzte-Schriftsteller herauszugeben.

Die Mitarbeit ist frei und nicht an die Mitgliedschaft in einem Schriftstellerverband gebunden. Es sind vielmehr alle schriftstellerisch tätigen Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte aufgerufen, sich durch Einsendungen von Lyrik, Essays und Kurzgeschichten zu beteiligen.

Einsendungen bis spätestens 1. Februar 1981 an Dr. med. Armin Jüngling, 8211 Unterwössen.

Bitte Rückporto beilegen! – Ferner werden alle Schriftstellerkollegen gebeten, ihre im Jahre 1979 und 1980 erschienenen belletristischen Werke mit Verlagsangabe, Seitenzahl und Preis dem Herausgeber des Almanachs zur Veröffentlichung mitzuteilen.

## Die dunkle Pforte

### Gedichte

Verf.: E. v. Wicht, 80 S., Pappband, DM 14,-. Hans Christians Verlag, Hamburg.

Der Autor läßt seinem 1977 erschienenen Gedichtband „Laubfärbung“ nun einen weiteren folgen. Es sind Gedichte, geboren aus der Weisheit des Alters, die sich um den Gang durch die dunkle Pforte ranken, durch die wir alle einmal gehen müssen: „Beschlossen nichts, die Welt ist noch im Werden / Der Morgen graut, ich spüre Tau und Licht – / Beschlossen erst, wenn jene dunkle Pforte / sich einsam schließt dem, der sie still durchschritt.“ – Der Autor philosophiert in gebundener Form über seine „Erfahrungen“, „als ich jung war“, „das Meer der Erinnerung auslotend bis zum Grund“. Er forscht, „Wer bin ich“, „ich stehe allein“, „ach, das Leben ist wert“ bis zum „ich werde alt an meinen Tagen“. Es sind Gedichte, die zum Nachdenken über unser menschliches Dasein anregen und die uns eine Entspannung im Streß unserer Tage geben.

## Träume am Weg

### Gedichte

Vert.: L. Lichdi, Illustr. v. G. Binder, Geleitwort v. G. Pratschke, 63 S., Leinen, DM 14,40. Europäischer Verlag, Pramer-gasse 1, A-1090 Wien 9.

Die Autorin war lange Zeit Schatzmeisterin des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte und hat bereits an verschiedenen Anthologien mitgearbeitet. Sie hat in dem vorliegenden Gedichtband ihre lyrischen Gedanken seit ihrer Studentenzeit bis heute in einer Auswahl zusammengefaßt, der sie folgendes 1930 entstandene Lied voranstellt: „In schwingenden Bogen / Steigt die kleine Melodie / Zert und leicht empor / Um wieder zu versinken / im seltsam süßen Klang / Kleines Lied, begleite mich /

Singe meine Sorgen ein / Sinnend träume ich / Liebes, kleines Lied dir nach“. Nach den „Gedichten der Jugend“ führt uns die Autorin in den „späten Gedichten“ durch die Ereignisse ihres Lebens. Familiäre Gedichte schließen sich im Kapitel „Gruß an Enkel“ an, um dann mit dem Gedichtzyklus „Religiöse Lyrik“ zu enden: „Sieh hin und geh' zur Krippe / Wie sie leuchtet! – / Von ihren Strahlen sanft geleitet / Gehst Du gelassen durch das Tödestor / Gelassen Durch Dein Leben.“ – Es sind Gedichte eines erfüllten Erdenlebens. Die Tuschezeichnungen Gerhard Binders fügen sich den Gedichten gut an.

## Bayerischer Aeskulap

### Gedichte mit Zeichnungen

Verf.: D. Zinn, 2. Aufl., 26 S., brosch., DM 7,80. Lorgnon-Verlag, Postfach 1130, 8011 Kirchheim.

Der bayerische Aeskulap ist – wie könnte es anders sein – im oberbayerischen Dialekt verfaßt. Dieser paßt wohl auch am besten zu den Erfahrungen, die der Autor bei seinen Kranken mit seiner „bayerischen Behandlung“ gemacht hat, wie etwa beim „Leberschaden“: „Da Dokta hot zum Vinzenz gesagt / ‚Dei Leber is's, de wo die plagt / De seli is scho so arg zerfressen / drum muaßt den Alkohol vagessen! / Da Vinzenz moant: ‚Koan Schnaps, koa Bier? / Ja Dokta, wia kimmst du mir vier? / Wann d'Leber hi is, bin i gscheiter / dann sauf i af da Milz halt weiter.“ – Aber auch Auswüchse werden auf die Schleppe genommen: „Wann Maßkriag flign, af Schädl brumma / und wachst dann auf aus deinem Schlummer / grinsend in da Blutlach liagst / weilst etzt Krankngeld no kriegst.“ – Für die „Kostendämpfung“ wird plädiert und in „Opfer der Wissenschaft“ und „De Kur“ manche ärztlichen Schwächen karikiert. Die zahlreichen Karikaturen des Autors zu seinem Büchlein sind von hohem künstlerischen Niveau. – Alles in allem ein Schmunzelbuch, das viel Spaß bereitet.

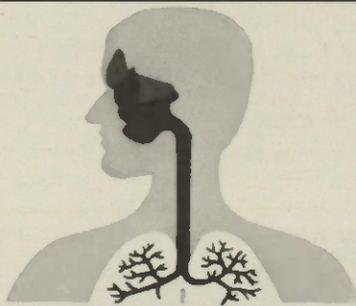
rischen Niveau. – Alles in allem ein Schmunzelbuch, das viel Spaß bereitet.

## Unsere Umwelt sind wir

Nach einer Lesung der bayerischen Landesgruppe des Verbandes Deutscher Schriftstellerärzte im Ärztehaus Bayern

Herausgeber: Verlag der Bayerischen Landesärztekammer, redigiert und moderiert von Prof. Dr. F. Schmid/Dr. E. Stetter, 96 S., brosch. Das Buch kann kostenlos bestellt werden – solange Vorrat reicht – bei Rudolf Detsch, Geschäftsführer der KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaubaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 3 21.

Die Vorträge der zweiten vorweihnachtlichen Lesung am 12. Dezember 1979 (s. „Bayerisches Ärzteblatt“ 3/1980, S. 276) wurden auch diesmal durch das großzügige Entgegenkommen unseres Präsidenten Professor H. J. Sewering und durch Mitarbeit von Frau Horn und Herrn Detsch einer größeren Anzahl von Kolleginnen und Kollegen zugänglich gemacht. Die Teilnehmer des Deutschen Ärztetages bekamen auch in diesem Jahr wieder das Büchlein. Es enthält Lyrik, aber auch eine Reihe unterhaltsamer Kurzgeschichten wie: „Dressur mit Psi – Geschöpfe des Prometheus – Die Arthrose des Heiligen Petrus – Aus dem Tagebuch eines Staphylokokken – Engel? – Warum raucht der Mensch?“ – Über den Sinn und Allgemeinwert dieser Lesung und des Buches schreibt Professor Dr. Franz Schmid im Vorwort: „Dem Arzt, der täglich mit den Auswirkungen der Zerstörung von Werten und Normen, die in Jahrtausenden Menschheitsgeschichte gereift sind, konfrontiert wird, fällt die verpflichtende Aufgabe zu, aus der Perspektive seiner Erkenntniswelt in Wort und Schrift zur Restaurierung unserer geistigen In-Welt und der materiellen Umwelt beizutragen“. Dies ist auch eine besondere Aufgabe von uns Schriftstellerärzten, denn in erzäh-



## SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

**Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mezerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Celyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Varben. 0,6 g - 1 Drogée enthält: Rad. Gentian.

0,006 g, Flor. Primul. sine Celyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Varben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich  $\frac{1}{2}$ , bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Drogées. • **Handelsformen:** Sinuprat OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 80 Drogées DM 6,95, OP mit 240 Drogées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Drogées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



lende Form gekleidete Warnungen haben oft mehr Erfolg als der beste wissenschaftliche Aufsatz. — Möge das Buch daher durch unsere Kollegen in die Hände vieler Lelen kommen!

### Mit gemischten Geföhlen

#### Aphorismen

Verf.: C. E. Knetsch, 14 S., DM 5,—. Zu beziehen durch den Autor, Sonnenleite 4, 8662 Helmbrechts.

Seit 1969 gibt der Verfasser regelmäßig zum Jahresende seine sechzehn Seiten umfassenden Heftchen heraus, die er mit ephorismenhaften Gedanken des vergangenen Jahres ausfüllt. Anlässlich der 35jährigen Anwesenheit in Bayern ist es diesmal im weiß-blauen Rautenkleid erschienen. Der Autor gibt uns neben anderen Sentenzen zum Nachdenken auf: „Die Größe eines Unglücks / bestimmt ein jeder durch die Art / wie er es nimmt“ — „Krumm sollst du nicht gerade nennen / und Unrecht nicht für Recht erkennen / Und mußst du's euch entgelten immer / von deinem Grundgesetz weiche nimmer!“ — Zum Schluß verabschiedet sich der Autor: „Genug gekunt / drum mech ich Punkt / Das zwölfte meiner Heftchen / schick ich heute / Euch vielleicht zur Freude / Jetzt seid Ihr dren / Das nächste Dutzend Jahre / wert' ich auf Euren Gruß / zu meiner Freude / Geniert Euch nicht / euch ich heb weiße Haare.“

### Freude ausverkauft?

#### Alltagsgedichte

Herausgeber: Volkshochschule Kelheim/Donau. Verf.: O. Moiz, 96 S. broschiert. Das Buch wurde auf umweltfreundliches Recyclingpapier gedruckt, des eusschließlich aus Altpapier hergestellt wird. Auslieferung über den Buchhandel oder beim Autor, Mitterfeldstraße 16, 8420 Kelheim.

Der Verfasser, Arzt und Psychotherapeut, hat uns schon 1972 mit einem netten, kleinen Gedichtband „Menschen gibt's...“ erfreut. Im vorliegenden Band legt er Gedichte aus dem Alltag für den Alltag vor. Er gibt für den Titel „Freude ausverkauft?“ durch das eingefügte Fragezeichen gleich eine negative Antwort. Nein, sie ist bei Moiz niemals ausverkauft, und wer seinen ersten Gedichtband kennt, weiß, daß seine Gedichte zum Schmunzeln anregen und daher Freude ausstrahlen, besinnliche Freude, die zum Nachdenken und Besermachen hinföhren. Dies zeigen uns schon die Überschriften der sechs Kapitel: „Freude ausverkauft? — Ansichten, Psycho-Logisches — Einsichten, Nachbar Mensch — Erkenntnisse, Blitzlichter — Erfahrungen, Von mir zu Dir — Bekenntnisse, Danken und Vertreuen — Gewißheiten“ — Zu Beginn jedes Kapi-

tels zitiert er zudem jeweils passend die Großen unserer europäischen Geisteswelt wie u. a.: Augustinus, Martin Weiser, Adalbert Stifter, Hölderlin, Novalis, Erich Kästner, Jean Paul, Friedrich Nietzsche, Paracelsus, Dostojewski, Martin Luther, Christian Morgenstern, Mex Frisch, Martin Grey. Dies macht das Buch besonders wertvoll. — Zum Schluß noch ein Gedicht des Autors zur Freude: „Eine ganz große Freude / kannst du an jedem Teg / für dich und andere sein / wenn, stett zu flüchten / du selber dich gibst / stett zu richten / liebst.“

### Lyrik und Satire

#### Anthologie österreichischer Ärzte-Dichter

Herausgeber: Dr. W. Emrich, 180 S., DM 14,50 einschl. Porto und Verpackung. Auslieferung: Buch- und Kunstverlag Weillburg, Fischertor 5, A-2500 Baden.

Der Herausgeber ist Begründer (1975) und Präsident der österreichischen Gruppe der Weltunion der Schriftstellerärzte (UMEM). Sein Gedichtband „Mit den Trommeln der Freude“ wurde im „Äskulap und Pegasus“ vom November 1978 besprochen. Seine vorliegende Anthologie österreichischer Ärztedichter ist neu und einmalig; sie umfaßt die Zeitspanne von 1945 bis 1980. Sie enthält alle österreichischen Schriftstellerärzte, deren Lyrik während der oben angegebenen Zeit in Buchform publiziert wurde; es sind vierzehn an der Zahl. Uns bayerischen Schriftstellerärzten sind neben dem Herausgeber davon bekannt Herbert Nagl (Bludenz) und Richard Treuner (Graz), die beide im Anfang der Gründung unserer Landesgruppe Kontakt zu uns hatten und auch an der Lösung in Bad Trissl 1970 teilnahmen („Bayerisches Ärzteblatt“ 1/1971, S. 86). Die Anthologie ist sorgfältig zusammengestellt, besonders der der Lyrikerwahl eines jeden Autors voreingestellte Lebenslauf gibt ein plastisches Bild desselben, seines Werkes und seines Strebens. So ist diese Anthologie mehr als eine Blütenlese österreichischer Schriftstellerärzte, sie ist darüber hinaus eine kleine Literaturgeschichte derselben. Die geschickte Auswahl der Beiträge befeßt sich mit ärztlichen und allgemein menschlichen Problemen und natürlich auch mit poetischen. — Zum Schluß eine Probe mit einem Gedicht des Herausgebers Walter Emrich „Lyrik der Mitte“: Nicht in den Staub der Straße / schreibe dein Gedicht... / Die Metaphern des Herzens / reichen nicht in die / Ferne der Galaxien... / Das Wort / das Gedicht / von Mensch zu Mensch / ist Lyrik der Mitte: / Die Tiefe der Gedanken / der Reichtum des Geföhls / und die Liebe / zum Leben / Nicht in der Ferne / der Galaxien... / nicht im Staube / der Straße...“

Dr. med. Robert Peschke,  
Emskirchen

## Kongresse

### Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth

#### 21. Januar 1981

Das LWS-Syndrom — Ätiologie, Pathogenese, Therapie

Hofrat Universitätsprofessor Dr. H. E. Diemeth, Salzburg

#### 4. Februar 1981

Wirtschaftliche Verordnungsweise und Regresse

Rechtsanwalt Dr. H. Wartensleben, Stolberg

#### 18. März 1981

Gelenkerhaltende Maßnahmen an Hüft- und Kniegelenk

Professor Dr. D. Hohmann, Erlangen

#### 15. April 1981

Behandlung der zerebrovaskulären Insuffizienz

Dr. L. Blaha, Erlangen

#### 20. Mai 1981

„Der Mensch ist, was er ißt“ — Ernährungsprobleme in verschiedenen Lebensaltern

Privatdozent Dr. F. Matzkies, Bad Neustadt

#### 24. Juni 1981

Der psychiatrische Patient in der nicht-psychiatrischen Sprechstunde

Dr. Dr. M. Lindner, Nürnberg

#### 15. Juli 1981

Pilzinfektionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Professor Dr. K. v. Maillot de la Treille, Erlangen

#### 16. September 1981

Die Verwirrung auf dem Gebiet der Lipidsenkung

Professor Dr. L. Meiwald, Würzburg

#### 21. Oktober 1981

Diagnose und Therapie des Kaliummangels in der Praxis

Professor Dr. H. Holzgreve, München

#### 11. November 1981

Thrombosen — Herz- und Hirninfarkt — Gegenwärtiger Stand der Therapie mit Plättchenaggregationshemmern

Privatdozent Dr. P. Ostendorf, Tübingen

#### 16. Dezember 1981

Erstmaßnahmen in der Praxis bei internistischen Notfällen

Professor Dr. O. Berthels, Erlangen

#### Auskunft:

Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth, Telefon (09 11) 77 19 80

## 12. Angiologisches Forum Im Klinikum rechts der Isar der TUM

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen  
Landesärztekammer

am 3. Dezember 1980 in München

Thema: Becken-Beinvenenthrombose  
Zeit und Ort: 19.15 Uhr — Hörsaal B im  
Klinikum rechts der Isar der TUM,  
Ismaninger Straße 22, München 80

## 31. Tagung der Münchener Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft

am 6./7. Dezember 1980 in München

Thema: Virologie

Ort: Klinikum Großhadern, Hörsaaltrakt,  
Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. H.-M. Theopold, Hals-  
Nasen-Ohrenklinik der Universität Mün-  
chen, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 Mün-  
chen 2, Telefon (0 89) 51 60-36 35 oder  
27 67

## Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlen-  
schutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)  
vom 1. März 1973

Grundkurs in zwei Teilen (3.1.1 der Richt-  
linien)

am 16./17. und 23./24. Januar 1981

Veranstalter: Radiologisches Zentrum  
Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Zeit-  
ler)

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flur-  
straße 17

Teilnahmegebühr: pro Kurs DM 100,—

— Im Oktober 1981 (genauer Termin wird  
noch bekanntgegeben) findet der „Spe-  
zialkurs bei der Untersuchung mit Rönt-  
genstrahlen“ in zwei Teilen (3.1.2 der  
Richtlinien) statt. —

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Radiologisches Zentrum,  
Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon  
(09 11) 3 98 - 26 69 oder 3 98 - 25 40

## Gemeinsame Tagung der Universitäts-Hautkliniken Würzburg und Erlangen

am 24. Januar 1981 in Würzburg

Programm: Falldemonstrationen — Dis-  
kussion der Fälle — Vorträge

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H. Röckl, Uni-  
versitätsklinik und Poliklinik für Haut-  
krankheiten, Josef-Schneider-Straße 2,  
8700 Würzburg, Telefon (09 31) 201 - 27 07

## V. interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

vom 14. bis 17. Januar 1981 in Köln

Litung: Dr. Vilmar, Professor Dr. Wolff, Professor Dr. Lippross, Professor Dr. Loew,  
Dr. Loch, Dr. Odenbach

Veranstalter: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern)

Mittwoch, 14. Januar 1981

Eröffnung des V. Interdisziplinären Fo-  
rums „Fortschritt und Fortbildung in der  
Medizin“ und Verleihung des Fortbil-  
dungsfilmpreises 1980 der Bundesärztekammer

Referat „Das ärztliche Gespräch“

Professor Dr. Dr. h. c. H.-E. Bock, Tübingen

Thema I: Suchteste (Screening) in der  
Neugeborenenperiode und ihre Konse-  
quenzen für den Arzt — Hypothyreose,  
Mukoviszidose, Stoffwechselfstörungen

Donnerstag, 15. Januar 1981

Thema II: Immunglobuline in Prophylaxe  
und Therapie von Viruserkrankungen

Thema III: Qualitätssicherung in der  
Medizin (apparative Medizin)

Freitag, 16. Januar 1981

Thema IV: Störungen von Durchblutung  
und Stoffwechsel des Hirns

## 67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Collegium Medicum Augustanum

am 28./29. März 1981 in Augsburg

Leitung: Dr. K. Hellmann, Augsburg

Thema: Neues in der Medizin — aktuell  
für die Praxis?

Auskunft:

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

Thema V: Infektionsverhütung in Kran-  
kenhaus und Praxis

Samstag, 17. Januar 1981

Thema VI:

Photochemotherapie

— jeweils Diskussion —

Aufgabe des Forums ist, wesentliche  
Neuerkenntnisse aus den verschiedenen  
Disziplinen darzustellen und deren Be-  
deutung für den ärztlichen Alltag in  
Praxis und Krankenhaus zu diskutieren.  
Beraten wird, welche dieser Erkennt-  
nisse so schnell wie möglich über die  
ärztliche Fortbildung weitergegeben wer-  
den sollten.

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer,  
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon  
(02 21) 40 04 - 234/235

Prostata-  
hypertrophie  
Stadium I und  
beginnendes  
Stadium II

## PROSTAMED®

Proliferationsbremse des Prostatagewebes bei gleichzeitiger  
Beseitigung venöser Stauungskongestionen der Prostata.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält:

Kürbisgobufin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr.  
fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g,  
Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten ganz oder zerkaut  
mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen u. Preise incl. MWSt.: 60 Tabletten DM 7,85;  
120 Tabletten DM 13,49; 360 Tabletten DM 31,95



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,  
7615 Zell-Hermarsbach/Schwerzwald

# Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer  
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

**Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):**

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühibaurstraße 16,  
8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288**

## Dermatologie

*Maligne Melanome der Haut: Diagnose, Prognose, Therapie*

Fortbildungsveranstaltung der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Akademie für ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer

**am Samstag, 7. Februar 1981**

Leitung: Professor Dr. O. Braun-Falco  
Zeit und Ort: 9.00 bis ca. 17.30 Uhr – Großer Hörsaal, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2

Themen: Epidemiologische Faktoren bei der Entstehung maligner Melanome – Klinische Formen, Klassifikation und Differentialdiagnose maligner Melanome – Zur Immunologie maligner Melanome: Diagnostische und therapeutische Aspekte – Histopathologie und Proliferationsverhalten maligner Melanome – Histopathologische Differentialdiagnose maligner Melanome – Was tun bei Melanomverdacht? – Beurteilung des Metastasierungsrisikos bei malignen Melanomen – Operative Behandlung maligner Melanome – Operative Behandlung maligner Melanome aus der Sicht des HNO-Arztes – Operative Behandlung maligner Melanome im Hand- und Fußbereich – Strahlentherapie metastasierender Melanome – Adjuvante therapeutische Maßnahmen bei malignen Melanomen im Stadium I – Innerliche Behandlung metastasierender Melanome – Diskussion nach jedem Vortrag

Eine Teilnehmergebühr wird nicht erhoben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 25. Januar 1981 (Posteingang)

## Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale

Kursleitung: Chefarzt Privatdozent Dr. med. habil. F. Matzkies

**3. Ernährungsmedizinisches Seminar  
am 31. Januar und 1. Februar 1981**

**4. Ernährungsmedizinisches Seminar  
am 27. und 28. Juni 1981**

Beginn: Samstag 9.00 Uhr – Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ableitbaren diätetischen Behandlungsmöglichkeiten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung sind inbegriffen)

Auskunft und Anmeldung: Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saale, Telefon (0 97 71) 50 48

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, Hörsaal

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

**14. HNO-Fortbildungsseminar  
am 7./8. Februar 1981**

Beginn: 9.30 Uhr s. t. – Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Rehabilitation im Kindesalter – Es werden außerdem praktische Kurse in Audiologie, Neuro-Otologie, Endoskopie, Phoniatrie, plastischen Operationen und endonasaler Nebenhöhlenchirurgie abgehalten

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 41

## Onkologie

Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf

Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. A. Leonhardt

**Klinisch-onkologisches Wochenende am  
16./17. Januar 1981**

Beginn:

Freitag, 9 Uhr – Ende: ca. 18 Uhr

Samstag, 9 Uhr – Ende: ca. 13 Uhr

Ort: Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf

Themen: Zusammenarbeit von Klinik und Praxis in der Nachsorge gynäkologi-

## Januar bis Juni 1981

9./10. Januar  
Praktische Elektrokardiographie,  
Teil II, Schwarzenbruck

16./17. Januar  
Onkologie, Bad Trissl

19. bis 24. Januar  
Physikalische Therapie, München

31. Januar/1. Februar  
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

7. Februar  
Dermatologie, München

7./8. Februar  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Erlangen

27./28. Juni  
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

scher Tumorpatientinnen (Interdisziplinäres Konsilium mit Patientenvorstellung, Visite, Röntgen- und nuklearmedizinische Demonstrationen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor Kursbeginn

## Physikalische Therapie

*Kurs über Grundlegen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“*

**4. Kurwoche: Elektrotherapie – Lichttherapie – Ultraschalltherapie**

**vom 19. bis 24. Januar 1981 in München**

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. H. Drexel, Institut für Medizinische Baineologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninistraße 17, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 38 24

## Praktische Elektrokardiographie

Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission – Krankenhaus Rummelsberg, Laurentiushaus, 8501 Schwarzenbruck  
Leitung: Oberarzt Dr. Warning

**Fortbildungseminar II**

**am 9./10. Januar 1981**  
(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 10.00 Uhr – Ende: 17.30 Uhr

Hörsaal der Orthopädischen Klinik, Wichernhaus des Rummelsberger Krankenhauses

Teilnehmerbeitrag: DM 100,-

Übernachtungsmöglichkeit im Hause

Auskunft und Anmeldung: Oberarzt Dr. A. Warning, Krankenhaus Rummelsberg, Laurentiushaus, 8501 Schwarzenbruck, Telefon (0 91 28) 720



## Rezidivierende akute Bronchitiden können Frühstadien des bronchitischen Syndroms sein.

Selten entwickelt sich die chronische Bronchitis kontinuierlich in einem Zuge.

Viel öfter zeigt sich in den ersten Jahren ein schubartiger Verlauf. Beschwerdefreie Phasen im Sommer wechseln mit akuten und subakuten entzündlichen Zuständen im Winter. Am häufigsten hat der Allgemeinmediziner diese anfänglich ziemlich harmlosen Fälle zu behandeln. Nur ein kleiner Teil der akuten Entzündungen kann zuverlässig als Ausdruck eines drohenden bronchitischen Syndroms gedeutet werden. Es würde einer sehr subtilen Diagnostik bedürfen, um den Übergang zur chronischen Bronchitis zu erkennen.

**Verschreiben Sie deshalb  
schon bei den ersten Anzeichen ein Rezept,  
das die Progredienz  
des Krankheitsbildes unterbricht.**

# Broncho-Euphyllin®

Grundinformation zu Broncho-Euphyllin®  
Byk Gulden, 7750 Konstanz

#### Zusammensetzung

1 Dragée enthält (10 ml Saft enthalten):	
Theophyllin-Monohydrat	80,5 mg ( 80,5 mg)
Athylendiamin-dihydrochlorid	43,2 mg ( 6,4 mg)
Athylendiamin	( 16,6 mg)
(entspr. Euphyllin 100 mg)	
Guafenesin (Guajakolglycinäther)	200 mg (200,0 mg)

#### Indikationen

Broncho-Euphyllin ist bei allen bronchopulmonalen Erkrankungen indiziert, bei denen neben einer Bronchodilatation die Beseitigung des bronchusverstopfenden Sputums erforderlich ist: akute spastische Bronchitis und aktivierte chronische Bronchitis.

#### Kontraindikationen

Durch Kombination mit Ephedrin und ephedrinhaltigen Mitteln können Nebenwirkungen auftreten bzw. vorhandene Nebenwirkungen verstärkt werden.

#### Weitere Angaben zu Broncho-Euphyllin®

##### Dosierung

Erwachsene nehmen im allgemeinen 3 x tägl. 1-2 Broncho-Euphyllin Filmdragées oder 10-20 ml Broncho-Euphyllin Saft ein. Bei Kindern erfolgt die Dosierung entsprechend dem Körpergewicht (5 mg/kg).

##### Packungsgrößen und Preis

Broncho-Euphyllin Filmdragées  
Packung mit 30 Dragées DM 10,84  
Packung mit 100 Dragées DM 29,12

Broncho-Euphyllin Saft  
Packung mit 150 ml DM 8,63  
Packung mit 300 ml DM 16,71



**Byk Gulden  
Pharmazautika  
7750 Konstanz**



(Stand 4/80)

### Bausparen – Steuervorteil mit Fragezeichen

In diesen Wochen sind die Alle-Jahre-Wieder-Aufrufe der Bausparkassen zu erwarten, doch bis zum Ultimo einen Bauspervertreger abzuschließen oder auch darauf einzuzahlen, weil sodann um so eher mit dem zinsgünstigen Bausperdarlehen zu rechnen ist.

In diesem Jahr spricht eine Bausparkasse erstmals über einen neuartigen Steuervorteil, den sie sich hat einfellen lassen. Es ist ihr damit tatsächlich gelungen, ihre Kollegen-Institute zu überraschen. Andererseits klingt die Darstellung so, als eigne sich diese Konstruktion für jeden Bausparer. Außerdem wurde bei der Berechnung eine Position übergangen, an die hier zu erinnern ist.

Die Bausparkassen ziehen seit jeher von dem Bauspardarlehen eine sogenannte Darlehensgebühr in Höhe von zwei Prozent ab. Jene Bausparkasse erhöht jetzt das Darlehen um die Gebühr und macht davon einen Abschlag in Höhe von fünf Prozent als Disagio, also als Auszahlungsminderung.

Ein Beispiel: Die Bausparsumme beträgt 100 000 DM. Wenn 40 000 DM davon angespart sind, wird das Bausperdarlehen in Höhe von 60 000 DM zur Verfügung gestellt. Dazu wird die Darlehensgebühr von 1200 DM gezahlt, und von den nunmehr 61 200 DM werden fünf Prozent abgezogen. Die Mindereinzahlung beträgt also 3060 DM, der Nettobetrag somit 58 140 DM.

Jene 3060 DM darf die Bausparkasse natürlich nicht vereinnahmen. Sie senkt also den Darlehenszins von fünf auf vier Prozent. Dadurch spart der Bausparer 4847 DM Zinsen. Wenn die Bausparkasse jene 3060 DM auf zehn Jahre und zwei Monate, also auf die Darlehenlaufzeit, zu fünf Prozent anlegen würde, käme dabei rund soviel heraus, wie der Bausparer durch die Zinsermäßigung um ein Prozent weniger Zinsen zahlt.

Die Bausparkasse erzielt also durch die Auszahlungsminderung keinen Vorteil. Sie erhöht allerdings die Abschlußgebühr für dieses System um 0,6 auf 1,6 Prozent der Bausparsumme, weil es ihr mehr Arbeit macht. Einen Teil davon bekommt der Bausparkassenvertreter zusätzlich.

Er könnte also an einem Abschluß dieser Vertragsart besonders interessiert sein, obwohl sie nicht für jeden Bausparer geeignet ist. Aber seine Begründung kommt an. Bausparer können nämlich

ihr steuerpflichtiges Einkommen um die Auszahlungskürzung mindern und daher weniger Steuern zahlen. Je höher der Einkommensteuer-Spitzensatz, um so lohnender dieses Verfahren – aber sinnvoll überhaupt nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Im Beispiel erspart ein Bausparer mit 30prozentigem Einkommensteuer-Spitzensatz durch den neuen Bauspartarif rund 2100 DM und mit 60prozentigem Einkommensteuer-Spitzensatz rund 3000 DM. Davon zieht die Bausparkasse bei ihren Musterrechnungen allerdings nicht ab, daß der Betrag, um den die Auszahlung gemindert wird, dennoch für die Finanzierung gebraucht und daher teurer einderweitig aufgenommen oder die Bausparsumme um einen entsprechenden Teil erhöht werden muß. Es kostet auf knapp elf Jahre zur Zeit etwa 1700 DM Zinsen und Auszahlungsminderung.

Außerdem funktioniert die neue Spielart nur, wenn der Bauherr oder Käufer eine eigengenutzte Eigentumswohnung oder Eigenheim erst nach der Zuteilung des Bausparvertrages bezieht. Falls er aber vor- oder zwischenfinanzierte Bausparverträge verwendet und in sein Einfamilienhaus oder die Eigentumswohnung einzieht, bevor jene Verträge zuteilt werden, dann darf er ein Disagio nicht steuerverringern geltend machen.

Ebensowenig dürfen Eigentümer von eigengenutzten Eigentumswohnungen und Einfamilienhäusern ein Disagio nicht zur Steuerminderung ansetzen, wenn sie Instandsetzungen und Umschuldungen finanzieren. Sie handeln sich durch den neuen Bauspartarif also nur den Nachteil der erhöhten Abschlußgebühr ein.

Bauherren und Käufer von vermieteten Eigentumswohnungen und Einfamilienhäusern sowie Zwei- und Mehrfamilienhäusern dürfen das Disagio wie auch die Zinsen während der gesamten Laufzeit des Darlehens vom steuerpflichtigen Einkommen absetzen. Das gilt auch für Umbauten, Instandsetzungen und Umschuldungen solcher Objekte. Sie kommen mit den üblichen Bauspartarifen besser weg. Einen Vorteil mit dem neuen erzielt also, wer mit dem Bezug seiner eigengenutzten vier Wände bis nach der Zuteilung des Bausparvertrages wartet. Mögliche, genau zu errechnende Ausnahmen: Sehr hohe Steuersätze.

Horst Beloch

## Lücken-Büßer

Bundeswirtschaftsgraf Lembsdorff will die Konzertierte Aktion, Erfindung des Bundeswirtschaftsprofessor Schiller, in kleinerer Besetzung wieder aufleben lassen. Offenbar eber hat der Professor dem Grafen seine Berater im Bundeswirtschaftsministerium hinterlassen.

Nach deren Meinung setzt sich die Gesellschaft nur aus Arbeitnehmern und Arbeitgebern zusammen. Arbeitgeber indes sind nach jenem begrenzten Verständnis der Wirklichkeit lediglich im Bereich der Industrie, des Handels, Handwerks und Gewerbes und des öffentlichen Dienstes angesiedelt, nicht aber bei den Freien Berufen. Auf der Einladungsliste zur neuen Konzertierten Aktion fehlen die Freien Berufe nämlich.

Zahnärzte und Ärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater, Architekten und so viele andere Angehörige Freier Berufe sollen also hinnehmen, was andere letztlich euch über sie beraten. Zudem glaubt man wohl in Bonn, auf ihre Erfahrung und Beratungsqualität verzichten zu können.

Jene, die also in der Konzertierten Aktion nur eine Lücke bilden müssen, sollen schließlich büßen, was über ihre Köpfe hinweg ausgehandelt wird. Die Einladungen die Freien Berufe muß unverzüglich geschrieben werden.

Prosper

## Kurz über Geld

SÜDAFRIKA-Aktien sind Renner an Münchens Börse. Fünf Goldminen-, eine Diamantminen- und eine Kohteverflüssigungs-Aktie werden angeboten.

MIT VOLLEM TANK NACH ITALIEN, denn Super kostet jetzt dort 1,66 DM/Liter, Normei 1,58 DM. Diesel: 72 Pfennige/Liter.

ZINSERMÄSSIGUNGEN sind euch nach Bundesbank-Meinung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

BRIEFMARKEN IN SILBER nur etwas für Liebhaber, weil ohne Sammlerwert und daher – bis auf Edelmetall-Preisveränderung – Werterhöhung nicht zu erwarten.

KONTROLL-MITTEILUNGEN über Anlage-Erträge Deutscher im Ausland interessieren deutsche Finanzämter schon eb 200 Dollar Jahresertrag.

## Preise

### Verleihungen

**Von-Besedow-Forschungspreis Schilddrüse 1980** – Der von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie ausgeschriebene und von E. Merck, Darmstadt, gestiftete Preis wurde Dr. M. J. Müller, Hamburg, für seine Arbeit „Glucose turnover as a function of the thyroid state“ verliehen.

**E. K. Frey-Preis 1980** – Der von der Beyer AG gestiftete und mit DM 10 000 dotierte E. K. Frey-Preis wurde Professor Dr. Chr. Mittermayer und Professor Dr. U. N. Riede, beide Freiburg, für ihre gemeinsame Arbeit „Struktur-Funktionskorrelation in der Pathogenese der Schocklunge“ verliehen.

**Robert-Koch-Preis 1980** – Der mit DM 80 000 dotierte Robert-Koch-Preis mit Medaille 1980 wurde zu gleichen Teilen Professor C. Milstein, Cambridge, und Professor Dr. L. W. Wannamaker, Minneapolis, zuerkannt. – Frau Dr. E. Klieneberger-Nobel, London, erhielt für ihre Verdienste um die Entdeckung der L-Formen bei Mikroorganismen und deren Charakterisierung die Robert-Koch-Medaille 1980 in Gold.

### Ausschreibungen

**Curt-Adam-Preis 1981** – Die Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin, schreibt auch für das Jahr 1981 diesen mit DM 5000 dotierten Preis zum Thema „Medikamentöse Therapie der koronaren Herzkrankheiten“ aus. – Einsendeschluß: 31. Januar 1981. Weitere Auskünfte erteilt die Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingensortstraße 21, 1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 7 91 30 91.

**Sebastien-Kneipp-Preis 1981** – Das Sebastian Kneipp-Zentral-Institut schreibt hiermit den von Apotheker L. Leusser gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis aus. – Einsendeschluß: 1. Februar 1981. Weitere Auskünfte erteilt das Sebastian Kneipp-Zentral-Institut, Steinbachtal 43, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 7 40 74.

**Johann-Georg-Zimmermann-Preis für die Krebsforschung 1981** – Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V. schreibt auch für das Jahr 1981 diesen mit DM 70 000 dotierten Preis zum Thema „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“ aus, und zwar als Johann-Georg-Zimmermann-Wissenschaftspreis und als Johann-Georg-Zimmermann-Förderpreis. – Einsendeschluß: 15. Februar 1981. Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule e. V., Am Hohen Ufer 6, 3000 Hannover 1.

**Film- und Fernsehpreis 1981** – Der Hartmannbund schreibt den Film- und Fernsehpreis 1981 aus. Prämiert werden ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1980 bis 31. Juli 1981 erstaufgeführt oder gesendet wird und der die Beziehungen zwischen Patient und Arzt in objektiver und verständlicher Form schildert. – Weitere Auskünfte erteilt: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 37 30 45

## Buchbesprechungen

### Sport für Körperbehinderte

Hereausgeber: Prof. Dr. Sir L. Guttman, aus dem Englischen übersetzt von Dr. F. Krug, 184, S., 141 Abb., DM 48,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der großen Nachfrage nach einem leicht verständlichen Sportlehrbuch für Körperbehinderte wurde der vor kurzem verstorbene Sir Ludwig Guttman gerecht, der sich als Gründer des britischen nationalen Zentrums für Rückenmarkverletzte in Stoke-Mandeville und als Initiator der Behindertenolympiade einen weltweit bekannten Namen gemacht hatte. So wird euch im vorliegenden Werk neben allgemeinen Betrachtungen über den Sport die Entwicklung des Behindertensports und insbesondere der Olympiade für körperlich behinderte Menschen geschildert. Es folgt dann eine exakte Beschreibung der verschiedenen Sportarten für Para- und Tetraplegiker, für Amputierte, für Blinde und Taube und für Patienten nach zerebraler Kinderlähmung. Dabei werden die Bewegungsbläufe, die zu trennenden Muskelgruppen und die Vorteile für die einzelnen Patienten beschrieben. Darüber hinaus wird eine Aufstellung der internationalen Regeln für jede einzelne Sportart gegeben, so daß vorliegendes Werk als echtes Handbuch des Behindertensports bezeichnet werden kann. – Für Orthopäden, Unfallchirurgen, Neurologen, Sportärzte, Krenkengymnasten und insbesondere für Behindertensportlehrer ein unentbehrlicher Ratgeber.

Dr. med. F. Schmidtler, Gräfelfing

## Vor Ihrer Praxis-Eröffnung sind wir für Sie da.

### Ad usum proprium:

Unsere Erfahrung zu Ihrer Praxisabsicherung. Unser „gewußt wie“ bei Ihren Bankgesprächen.

Finanzierungsmodell mit Einsparung bis zu 40 Prozent der Praxisdarlehen.

### Ihr Nutzen und Vorteil:

Unsere Stärke in der Lösung Ihrer Versicherungsprobleme, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Hausrat-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

### Interesse?

Dann rufen Sie uns bitte an: Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7143200 oder (0911) 834298

Meine  
Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf  
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch  
ist erwünscht



**VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE**  
Außendienstbeauftragter



**BAYERISCHE** Bayerischer  
Versicherungswerbund  
**VERSICHERUNGSKAMMER**

### **Bildgebende Systeme für die medizinische Diagnostik**

Herausgeber: E. Krestel, 464 S., 309 Bilder, kart., DM 78,—. Verlag Siemens AG, Berlin-München.

In diesem Fachbuch werden die physikalischen und mathematischen Grundlagen bildgebender Verfahren in konventioneller Röntgentechnik, Computertomographie, Nuklearmedizin und Sonographie umfassend und vergleichend behandelt, sowie deren technische Lösungen ausführlich besprochen. Das Buch soll als Nachschlagewerk und Entscheidungshilfe dienen, wenn es darum geht, aus der Vielzahl technischer Lösungen die für den jeweiligen medizinischen Anwendungsfall optimale auszuwählen. Sehr hilfreich sind die übersichtliche Gliederung des Buches, das ausführliche Stichwortverzeichnis sowie die weiterführenden Literaturhinweise am Ende jeden Kapitels.

### **Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft**

Herausgeber: Prof. Dr. W. Janzarik, 204 S., kart., DM 44,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

„100 Jahre Heidelberger Psychiatrie“, Titel des einleitenden historischen Überblicks von Janzarik, dem gegenwärtigen „Hausheer“ der Psychiatrischen Universitätsklinik, werden von 18 Autoren in essayistischen oder mehr dokumentarischen Aufzeichnungen der geschichtlichen Zusammenhänge und Schilderung hervorragender Gestalten — Kraepelin, Jaspers, Wilmanns, Gruhle, Mayer-Groß, Beringer, Homburger, K. Schneider und W. v. Baeyer — und ihrer Werke lebendig gemacht. Aus der vielfältigen Kulturlandschaft Heidelbergs der zwanziger Jahre ist der Psychiatrie der Hang zum Theoretisieren und Formalisieren geblieben, bei aller Selbstreflexion nicht ohne recht unverhülltes elitäres Proritätsbewußtsein. Höchst ergiebige Bibliographie für Kenner.

Professor Dr. med. H. Grosch, Erlangen

### **Die entzündete Leber**

Herausgeber: H. Bartelheimer/M. Classen/F.-W. Ossenberg, 213 S., 85 Abb., davon 8 vierfarbig, 68 Tab., Leinen, DM 72,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Das IV. Hamburger Symposium über „Die entzündete Leber“ bietet eine ausgezeichnete Übersicht über die aktuellen Themen der Diagnostik und Therapie. Die bedeutenden Fortschritte auf dem Gebiet der Virusforschung haben die Diagnostik und die Verlaufsbeurteilung der Hepatitis A, B und Non A-Non B erleichtert. Allerdings ist dabei die Kenntnis der einzelnen Marker der Virus-Hepatitis und ihr Verhalten während einzelner Erkrankungsphasen unbedingte Voraussetzung. Die neuesten immunologischen Forschungsergebnisse ermöglichen durch den Nachweis von humoralen und zellulären Immunreaktionen die Einteilung der chronischen Hepatitis in drei Gruppen: Virus-assoziiert, autoimmun und medikamentös-allergisch. Trotz der bisher noch sehr unbefriedigenden therapeutischen Strategie der chronisch aggressiven Hepatitis fordern die immunologischen, enzymatischen und histologischen Befunde den Therapeuten zu einer differenzierten Behandlung dieser Patientengruppen auf. Durch die Hepatitisprophylaxe mittels Hyperimmunserum könnte in Zukunft möglicherweise die Frequenz akuter Hepatitis und besonders chronischer Verlaufsformen vermieden werden. — Der Symposionsbericht ermöglicht dem Arzt, Antwort auf die in der Alltagspraxis auftretenden hepatologischen Fragen zu erhalten. Jedem mit Erkrankungen der Leber konfrontierten Arzt wird mit Nachdruck die Notwendigkeit der komplexen Betrachtungsweise der entzündeten Leber (Leborchemie, Immunologie, makroskopische und

mikroskopische Befunde) nahegelegt. — Amtsärztlich tätigen Kollegen ist der am Ende des Symposionsbendes von E. Wildhirt zu gutachterlichen Fragen geschriebene, richtungweisende Beitrag zur Lektüre dringendst zu empfehlen.

Dr. med. H.-K. Golschke, Bad Brückenau

### **Arterielle Verschlusskrankheit der Beine**

Verf.: H. Mörl, 160 S., 38 Abb., 12 Tab., geh., DM 28,—. Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York.

Diesem 1979 erschienenem Klinikaschenbuch des Springer-Verlages hat der Autor auf 160 Seiten mit 38 Abbildungen einen sicherlich sehr haltvollen, für den Allgemeingebrauch jedoch trotzdem sehr ausführlichen Teil der Ätiologie sowie der Diagnostik gewidmet. Auch die operativen Untersuchungen sind, von der Vielzahl her, sehr ausführlich beschrieben. Die Behandlungsprinzipien sind wissenschaftlich, bezogen auf den Umfang des Büchleins, sehr ausführlich dargelegt und zeigen die derzeit bestehende breite Fächerung der konservativen Therapiemöglichkeiten. Leider sind dabei die rekonstruktiven chirurgischen Maßnahmen etwas zu kurz gekommen. — Zusammenfassend ist zu sagen, daß diese kleine Broschüre sicherlich den neuesten Stand der Diagnostik und konservativen Therapie der arteriellen Verschlusskrankheiten der Beine wiedergibt.

Dr. med. W. F. Persch, Gunzenhausen

### **Taschenbuch der praktischen Medizin**

Herausgeber: Prof. Dr. G. Schettler, 9. überarb. u. erw. Aufl., 1938 S., 11 Abb., 56 Tab., geb., DM 98,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Entsprechend der Weiterentwicklung auf allen Gebieten wurden die Beiträge von den Autoren gründlich überarbeitet, zum Teil auch vollständig neu gefaßt. Das aktuelle Kapitel Nephrologie einschließlich Wasser- und Mineralhaushalt wurde neu hinzugenommen sowie jenes der Flugmedizin einschließlich der Flugtouristik. Zur raschen Orientierung wurde der Beitrag „Diagnostische Technik“ durch eine Tabelle der normalen Laborwerte ergänzt. Hierbei wurden die jetzt geltenden SI-Einheiten berücksichtigt, die im Anhang angegebenen Umrechnungsfaktoren sollen die Umstellung von den alten auf die neuen Einheiten erleichtern.

Das Buch zeichnet sich durch einen prägnanten, manchmal auch im Telegrammstil abgefaßten Text aus. Auf diese Weise kann das Werk sowohl zum raschen Nachschlagen und Reperieren als auch zu längerem Studium benützt werden.

### **Ich möchte an der Hand eines Menschen sterben**

*Aus dem Alltag einer Sterbeklinik*

Verf.: L. Bartholomäus, 88 S., DM 10,80. Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz.

Ein notwendiges Buch, ein Lebensbuch eigentlich für alle, die Sterbenden begegnen und ihnen helfen wollen auf diesem Gang, den jeder von uns einmal antreten muß. Und daß er nicht in Angst und Grauen gegangen wird, sondern im Licht der Hoffnung und des Glaubens an ein ewiges Leben. Tiere verkriechen sich zum Sterben, der Mensch aber bedarf der Kommunikation heute mehr denn je. Sterben im Kreis derer, die einem nahe sind. Der Entwurzelung des modernen Menschen setzt das Buch wieder die menschliche Nähe der Hilfe entgegen, das Begleiten auf dem letzten Gang an einer führenden und liebenden Hand.

Dr. med. W. Fick, Kutzhausen

## Humantoxikologie

Herausgeber: Prof. Dr. S. Okonek/Prof. Dr. G. Fülgraff/Prof. Dr. R. Frey, 202 S., 5 Abb., 48 Tab., kart. DM 36,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Die mit dem Band Humantoxikologie vorgelegten Vorträge, die auf dem Zweiten Internationalen Symposium über Erkennung und Behandlung von Vergiftungen in Mainz gehalten wurden, geben einen sehr guten Überblick über den modernen Stand der Humantoxikologie: Nach der Darstellung neuerer Entwicklungen in der lebermäßigen Diagnose und Verlaufskontrolle akuter Vergiftungen werden neue therapeutische Entwicklungen mitgeteilt und insbesondere auf die Beatmungstherapie bei Schlafmittelvergiftungen, Probleme der forcierten Diurese sowie neuere therapeutische Ansätze bei der Digitellvergiftung und der Blausäurevergiftung hingewiesen. Dann folgen in mehreren Beiträgen Darstellungen über die Grundprinzipien der Therapie akuter Vergiftungen und im abschließenden zweiten Abschnitt ausführliche Informationen über Arbeitsweise und Zielsetzung der Giftinformationszentren und der speziellen Probleme, wie sie im Rahmen der Beretung von Ärzten, die Patienten nach Vergiftungen zu behandeln haben, auftreten. — Für jeden, der im Rahmen der Intensivmedizin auch mit Intoxikationen befaßt ist, stellt das vorgelegte Buch eine unerläßliche Hilfe dar und wird sicher zu einer Verbesserung der therapeutischen Ansätze in der Humantoxikologie beitragen.

Professor Dr. med. H.-H. v. Albert, Günzburg

## Skiwanderungen und Loipen

Oberbayern — Allgäu

Verf.: H. Drescher, 127 S., 59 Abb., 33 Zeichn., DM 12,-. BLV Verlagsgesellschaft, München.

Es wurde in den letzten Jahren immer notwendiger, der stetig anwachsenden Zahl von Skiwanderern neben den gespürten Loipen auch Wege abseits derselben aufzuzeigen. Viele Langläufer möchten allein durch die Winterlandschaft ziehen, haben jedoch weder Zeit noch Gelegenheit, sich ihre Wanderung selbst zu suchen. Mit der vorliegenden zweiten, völlig neu bearbeiteten Auflage des BLV-Buches „Skiwanderungen und Loipen Oberbayern—Allgäu“ bietet Helmut Drescher dem beginnenden und dem fortgeschrittenen Skilangläufer gleich zweierlei: Einmal eine Anleitung, wie er sich auf den Skiern müheloser fortbewegen kann und was er bezüglich Vorbereitung, Ausrüstung und Skiwachsen alles beachten soll, und zum anderen eine Auswahl von Routen, die ihm eine Anregung geben und neben dem rein sportlichen Erlebnis den Genuß irgendeiner besonders reizvollen Winterlandschaft garantieren will.

## Geschenk-Boutique

Ein kleiner Gruß ans Krankenbett — Zum wohlverdienten Ruhestand — Jedes Jahr ist Hochzeitstag — Das Teufbüchlein

Jeder Band 96 S., durchgehend zweifarb. illustriert, Pp.-lam., DM 9,90. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit der Geschenk-Boutique liegt nun ein rundes Dutzend von Geschenkbändchen vor, die das manchmal lästige Problem „Was bringe ich ihm/ihr mit?“, „Womit kann ich ihn/sie zu diesem Anlaß erfreuen?“ mühelos lösen läßt. Die Bändchen sind gedacht für Geburtstagskinder, Hochzeitspaare, Führerscheinbesitzer, neue Erdenbürger, erfolgreiche Prüfungskandidaten, Berufsjubilere, Umzügler, Mütter. Sie bieten in handlichem quadratischem Format Geschichten, Gedichte, Anekdoten, Humorvolles und Dokumentarisches und ist mit Vignetten, Karikaturen und Graphiken ausgeschmückt.

# Ein Laxans soll nur hier wirken

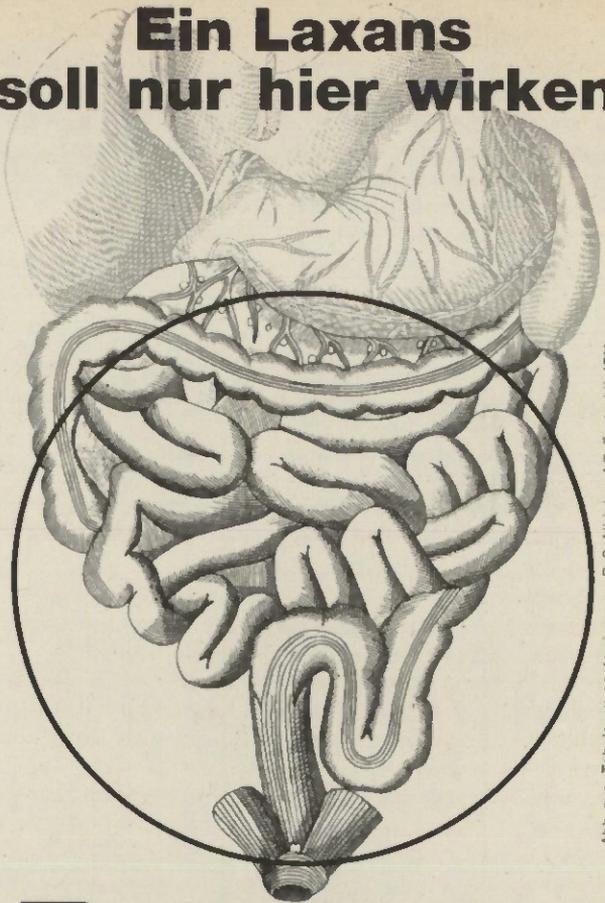


Abb. aus „Tabularum anatomicarum“ B. S. Albinus und B. Eustachius, 1761.

# Rheogen®

## Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

**Rheogen** reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

**Rheogen** eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

**Rheogen** wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus, Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide. Oosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:

OP mit 30 Dragees DM 2,85

OP mit 75 Dragees DM 4,90

AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

**Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im September 1980\***  
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im September stieg die Meideziffer von Selmonellose-Erkrankungen nochmals an, und zwar von 108 im August auf 136 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Damit lag sie etwas höher als im September des Vorjahres (129).

Auch Erkrankungen an Virushepatitis wurden im September etwas häufiger als im Vormonat berichtet, die Erkrankungsziffer nahm von 19 auf 22 je 100 000 Einwohner zu.

Weniger Menschen als im August erkrankten im Berichtsmonat an Meningi-

tis/Enzephalitis, vor allem an Meningokokken-Meningitis und anderen bakteriellen Meningitiden. Die Erkrankungsziffer an den letztgenannten Krankheitsformen sank von 7 auf 3, an allen Formen der Meningitis/Enzephalitis von 14 auf 9, jeweils auf 100 000 Einwohner.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. September 1980 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen <sup>1)</sup>		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	3	—	2	—	8	—	4	—	413	—	2	—	30	—	24	—	15	1
Niederbayern	2	—	1	—	1	—	3	—	57	1	—	—	7	—	7	—	—	—
Oberpfalz	1	—	1	—	—	—	2	—	121	—	—	—	1	—	8	1	4	—
Oberfranken	3	—	2	—	3	—	12	1	96	—	2	—	—	—	8	—	4	—
Mittelfranken	—	—	3	—	2	—	6	—	127	1	1	—	6	—	11	—	4	—
Unterfranken	1	—	3	—	1	—	3	—	183	1	9	—	7	—	8	—	9	—
Schwaben	2	—	4	1	1	—	5	—	140	—	6	—	17	—	9	1	5	—
Bayern	12	—	16	1	16	—	35	1	1137	3	20	—	68	—	75	2	41	1
Vormonat	24	1	44	1	18	2	56	—	1127	1	32	—	58	1	98	2	43	1
München	1	—	1	—	5	—	—	—	122	—	—	—	15	—	12	—	6	—
Nürnberg	—	—	2	—	1	—	—	—	9	—	—	—	1	—	5	—	3	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	18	—	—	—	2	—	3	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	—	—	—	—	29	—	3	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	2	—	15	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	3	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellose		Malaria		Ornithose		Leptospirose		Tetanus		Gasbrand				Tollwutverdacht <sup>2)</sup>		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	1	—	2	—	52	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	
Niederbayern	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	8	
Oberfranken	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	13	
Mittelfranken	4	—	—	—	6	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	
Unterfranken	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	
Schwaben	2	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
Bayern	9	—	3	—	79	—	4	—	4	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	74	
Vormonat	1	—	2	—	17	—	10	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	116	
München	1	—	2	—	25	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
Nürnberg	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

<sup>1)</sup> Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.  
St = Sterbefälle.

<sup>2)</sup> Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

<sup>3)</sup> Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

# Therapeutika

## Cenesten®-Puder

Zusammensetzung: 30 g Puder enthalten 0,3 g Clotrimazol in indifferenter Pudergrundlage.

Indikationen: Cenesten-Puder dient bei Pilzkrankungen der Haut und der Hautfalten zur Unterstützung der Lokaltherapie mit Canesten-Creme, -Lösung bzw. -Spray. Der Puder ist auch nach Abschluß der Therapie zur Nachbehandlung geeignet.

Kontraindikationen: Außer einer möglichen Überempfindlichkeit gegen Cenesten sind keine Kontraindikationen bekannt.

Nebenwirkungen: Nur in sehr seltenen Fällen können Hautreaktionen auftreten.

Wirkungsweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung: Die betroffenen Hautpartien sind 1–2 x täglich zu pudern. Cenesten-Puder sollte abwechselnd mit Canesten-Creme, -Lösung bzw. -Spray angewendet werden. Bei einer Nachbehandlung mit Canesten-Puder sollte eine Behandlungsdauer von 4 bis 5 Wochen nicht überschritten werden.

Handelstorn und Preis: Streudose mit 30 g Puder DM 16,40

Hersteller: Bayer AG, 5090 Leverkusen

## Codyl® N Depot Perlongetten®

### Codyl® N Depot Saft

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel (Perlongette) für den Tag enthält: 50 mg Codeinphosphat (entsprechend 36,8 mg Codein)

1 Retardkapsel (Perlongette) für die Nacht enthält: 50 mg Codeinphosphat (entsprechend 36,8 mg Codein), 10 mg Doxylaminsuccinat

15 ml Saft (ca. 1 Eßlöffel) enthalten: 36,8 mg Codein, gebunden an 400 mg Ketionenaustauscher Poly(styrol, divinylbenzol)sulfonsäure

Anwendungsgebiete: Akuter und chronischer Reizhusten; Husten bei entzündlichen und nichtentzündlichen Erkrankungen der Atemwege.

Nebenwirkungen: Dieses Arzneimittel 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 Zusammenwirken mit Alkohol. — Codyl N Depot Perlongetten und Codyl N Depot Saft können außerdem zu Obstipation führen.

Gegenanzeigen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungshinweise: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahre: Morgens vor dem Frühstück 1 Retardkapsel für den Tag und ebens vor dem Schlafengehen eine Retardkapsel für die Nacht oder 2 x täglich 1 Eßlöffel Saft (ca. 15 ml).

Kinder von 7 bis 11 Jahren: 2 x täglich 1 1/2 bis 2 Teelöffel Saft (ca. 7,5 bis 10 ml)

Kinder von 4 bis 6 Jahren: 2 x täglich 1 Teelöffel Saft (ca. 5 ml)

Kinder von 1 bis 3 Jahren: 2 x täglich 1/2 Teelöffel Saft (ca. 2,5 ml)

Die Retardkapseln sind unbedingt unzerkernt, am besten mit etwas Flüssigkeit, zu schlucken. — Codyl N Depot Saft ist vor Gebrauch kräftig zu schütteln! Codyl N Depot Saft ist auch für Diabetiker geeignet.

Handelstornen und Preise: Depot Perlongetten 10 Stück DM 8,50 — (5 Retardkapseln für den Tag, 5 Retardkapseln für die Nacht)

Depot Perlongetten 20 Stück DM 15,70 — (10 Retardkapseln für den Tag, 10 Retardkapseln für die Nacht); Klinikpackungen

Depot Saft 90 ml DM 8,50; Klinikpackungen

Hersteller: C. H. Boehringer Sohn, 6507 Ingelheim

## Froben®

Zusammensetzung: Flurbiprofen = 2-(2-Fluoro-4-biphenyl)-propionsäure; Dregees zu 50 mg; Dregees zu 100 mg

Anwendungsgebiete: Entzündliche Gelenkerkrankungen, wie fortschreitende chronische Polyarthrit (rheumatoide Arthritis); chronisch entzündliche Wirbelsäulenerkrankung: Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew); degenerative Gelenkerkrankungen des Hüft-, Knie- und Schultergelenks; degenerative Wirbelsäulenerkrankungen: Spondylarthrose; Hexenschuß, ischias, Muskelrheumatismus, schmerzhafte Schultersteife (Periarthritis humeroscapularis), Nervenentzündung im Bereich der Rückenmarkswurzeln (Radikulitis), anfallsweise auftretende Schmerzen im Bereich der Hals- und Arme (Neuralgia cervico-brachialis); nichtrheumatische Schmerzzustände, wie Schmerzen und Schwellungen nach Verletzungen, Schmerzen nach operativen Eingriffen.

Nebenwirkungen: Froben ist im allgemeinen gut verträglich, doch können Verdauungsstörungen, wie Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, auftreten. Auch Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Müdigkeit, Schwindel und Hautausschläge wurden beobachtet. Während der klinischen Prüfung wurde ein Fall von Verminderung der Blutplättchen (reversible idiosynkretische Thrombozytopenie) beobachtet, die durch eine Überempfindlichkeitsreaktion des Patienten hervorgerufen wurde. Überdosierungen sollen durch Magenspülungen und — falls erforderlich — durch Ersatz der Serumelektrolyte behandelt werden. Ein spezifisches Gegenmittel gegen Flurbiprofen ist nicht bekannt.

Gegenanzeigen, Warnhinweis, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Eigenschaften: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Die Tagesdosis beträgt 150–200 mg Flurbiprofen, d. h. 3–4 mal täglich 1 Dragee Froben 50 mg. Bei Patienten mit schweren Krankheitssymptomen oder während akuter Krankheitsschübe kann die Tagesdosis auf 300 mg Flurbiprofen in verteilten Einzeldosen erhöht werden, z. B. 3 x 2 Dregees Froben 50 mg oder 3 x 1 Dragee Froben 100 mg. Die Dregees sind unzerkernt zu oder nach den Mahlzeiten einzunehmen.

Darreichungsstornen und Packungsgrößen: Froben 50 mg: Originalpackung mit 20 Dregees DM 13,90; Originalpackung mit 50 Dregees DM 29,50; Originalpackung mit 100 Dregees DM 54,15. Froben 100 mg: Originalpackung mit 20 Dregees DM 23,90; Originalpackung mit 50 Dregees DM 50,95; Originalpackung mit 100 Dregees DM 92,55; Klinikpackungen.

Hersteller: Dr. Karl Thomee GmbH, 7950 Biberach an der Riss

# Kongreßkalender

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

## Januar 1981

- 9.-10. **Schwarzenbruck:** Fortbildungsseminar II „Praktische Elektrokardiographie“. — Auskunft: Dr. A. Werning, Krankenhaus Rummelsberg, 8501 Schwarzenbruck.
- 12.-16. **Amsterdam:** 6. Fortbildungskurs „Gefäßchirurgie“ mit Praktikum. — Auskunft: Freu M. van Westing, Sekretariat Abteilung für Gefäßchirurgie, Wilhelmine Gasthuis, Eerste Helmersstraat 104, NL - 1054 EG Amsterdam.
- 13.-16. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 14.-17. **Köln:** V. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 16.-17. **Oberaudorf:** Klinisch-onkologisches Wochenende. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlfeldstraße 16, 8000 München 80.
- 19.-22. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 19.-24. **München:** Fortbildungsveranstaltung „Physikalische Therapie“ (4. Kurswoche). — Auskunft: Professor Dr. H. Drexel, Merchioninstraße 17, 8000 München 70.
21. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
24. **Würzburg:** Tagung der Universitäts-Hautkliniken Würzburg und Erlangen. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. Röckf, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 24.-31. **Oberaudorf:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzteverbandes (Ski- und Eislaufseminar). — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
24. 1.-7. 2. **Süden/Südtirol:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

- 26.-29. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 26.-31. **Kitzbühel:** Kieterorthopädische Fortbildungstagung. — Auskunft: Med. Rat Dr. H. Kinast, Skodagasse 1, A-1080 Wien.
31. 1.-1. 2. **Bad Neustadt:** 3. Ernährungsmedizinisches Seminar. — Auskunft: Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saale.

## Februar 1981

- 2.-7. **Badgastein:** „Gasteiner Fortbildungswoche“. — Auskunft: Doz. Dr. F. Moser, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Landeskronenhaus, A-8036 Graz.
- 2.-27. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
4. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
9. 2.-6. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 18.-27. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. 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. Gemeinsame Anschrift: Mühlfeldstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

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 monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 8 1/2 % = DM 0,33 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 (089) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., Augsburg, Straße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofilmographie 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

## Im Kreiskrankenhaus Bad Aibling

Ist ab 1. Januar 1981 die Stelle eines

### Oberarztes

als Arzt für Innere Medizin

neu zu besetzen.

Voraussetzung ist die Beherrschung der Gastroenterologie (Gastroskopie, Koloskopie) und eventuell Kenntnisse in der Internen Röntgenologie.

Die Innere Abteilung umfaßt derzeit 65 Krankenbetten einschließlich eines Intensivzimmers.

Das Krankenhaus Bad Aibling ist ein Haus der Grundversorgung mit vier Fachabteilungen (Intern 65 Betten, Chirurgie 87 Betten, Gynäkologie/Geburtshilfe 21 Betten und HNO sieben Betten).

Die Vergütung erfolgt nach BAT Ib, Poolbeteiligung und Bereitschaftsdienstzulage.

Bad Aibling hat rund 10 000 Einwohner, liegt ca. 50 km von München und ca. 80 km von Salzburg entfernt und bietet schulisch sowie in der Freizeitgestaltung die allerbesten Voraussetzungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an die

**Verwaltung des Kreiskrankenhauses Bad Aibling,  
Harthausener Straße 16, 8202 Bad Aibling, Telefon (0 80 61) 40 26**

Der Landkreis Straubing-Bogen/Niederbayern sucht für das Kreiskrankenhaus Mallersdorf (200 Betten) für die Urologische Abteilung

### 1 Oberarzt

(zum 1. April 1981)

### 1 Assistenzarzt

zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die neu genehmigte Assistentenstelle (Besetzung der Abteilung: Chefarzt, Oberarzt, zwei Assistenzärzte).

Das Krankenhaus hat fünf Fachabteilungen bestens ausgestattet, selbständige Anästhesieabteilung, sechs Betten Intensivstation. Die Urologische Abteilung des Kreiskrankenhauses (völlig neu erbaut) ist modernst eingerichtet mit Resektionsraum, Operationsräumen und reichlicher urologischer Apparatur. Es werden eine große Zahl von urologischen Operationen (auch Kinderurologie) durchgeführt. Mitarbeiter in der Ambulanz ist gegeben. Die Urologische Abteilung arbeitet in enger Zusammenarbeit mit der Urologischen Universitätsklinik in München, wissenschaftliche Aktivität, Teilnahme an verschiedenen Fortbildungskursen, Farbfernsehübertragung von endoskopischen Operationen.

Wir bieten tarifgemäße Vergütung einschließlich Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst. Der Oberarzt erhält Vertretungspauschale für den Chefarzt, Zulage vom Chefarzt selbst. Außerdem preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung, Unterbringungsmöglichkeit im modernen Appartement des Personalwohnheims, auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnungssuche.

Der aufstrebende Markt Mallersdorf-Paffenberg – Gymnasium am Ort – liegt verkehrsgünstig zwischen der Universitätsstadt Regensburg und den Städten Straubing und Landshut, 100 km nordöstlich von München.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen oder Rückfragen direkt bei Chefarzt Dr. med. I. V. Albescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Mallersdorf, Telefon (0 87 72) 7 11 oder (0 87 74) 3 43.

## Kreiskrankenhaus Auerbach i. d. Opf.

In der Inneren Abteilung (40 Betten) ist die Stelle

### 1 Assistenzarztes

sofort zu besetzen. Der Chefarzt ist für zwei Jahre zur Weiterbildung ermächtigt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisabschriften) sind erbeten an das

**Personalamt des Landkreises Amberg-Weilburg,  
Postfach 211, 8450 Amberg.**

Fremdmündliche Anfragen unter (0 96 43) 14 03.

## KREISKRANKENHAUS



# Zwiesel

Bayerischer Wald (218 Betten), mit den Abteilungen:  
Chirurgie, Innere, Gynäkologie-Geburtshilfe, Anästhesie.

Wir suchen zum 1. April 1981 oder früher für die

### Anästhesieabteilung

(Chefarzt Dr. med. Auer)

einen

### Oberarzt

und einen

### Assistenzarzt

Die Abteilung versorgt die Chirurgische Abteilung mit 102 Betten und die Gynäkologische Abteilung mit 36 Betten. Ausgeführt werden alle Verfahren in Allgemein- und Regionalleitungsanästhesie. Die Zahl der Narkosen beläuft sich auf ca. 2000 jährlich. Die technische Ausrüstung der Abteilung ist den neuesten Anforderungen angepaßt. Eine Intensivstation ist in Planung und wird nach Erstellung des Erweiterungsbaues eröffnet. Weitere Auskünfte erteilt der Chefarzt, der derzeit zur Arztweiterbildung für ein Jahr ermächtigt ist.

Die Vergütung erfolgt nach I bzw. II BAT (KAV) mit den für den öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Chefarztzulage. Für ledige Bewerber stehen Einzelzimmer zur Verfügung. Verheirateten sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Umzugskosten werden bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen gewährt.

Die Stadt Zwiesel hat Gymnasium, Realschule, Hallen- und Freibad und bietet im Sommer und Winter ausgezeichnete Sportmöglichkeiten. Bewerbungen mit den nötigen Unterlagen erbeten an die Verwaltung des

**Kreiskrankenhauses, Waldschmidtweg 40  
8372 Zwiesel**

Die

## Bundesanstalt für Arbeit

sucht



### 2 Ärzte oder Ärztinnen

für eine verantwortungsvolle Tätigkeit in ihrer Hauptstelle in Nürnberg

Einstellungsbedingung: möglichst vierjährige ärztliche Tätigkeit nach der Approbation; Bewerber mit arbeitsmedizinischen, internistischen oder allgemeinmedizinischen Kenntnissen werden bevorzugt.

Leistungen: Vergütung nach dem Mantelvertrag für die Angestellten der Bundesanstalt für Arbeit (MTA) – entspricht BAT; Eingruppierung erfolgt nach VergGr. I e;

bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis – mit Beförderung bis zum Medizinaldirektor (Besoldungsgruppe A 15) – möglich;

alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen; Hauptstellenzulage; 5-Tage-Woche, gleitende Arbeitszeit;

arbeitsmedizinische Weiterbildung wird gefördert; wissenschaftliche Fortbildung durch Entsendung zu Kongressen und anderen Veranstaltungen;

privatärztliche Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen erbeten an:

**Präsident der Bundesanstalt für Arbeit  
Regensburger Straße 104, 8500 Nürnberg 30**

Telefonische Auskunft erteilt:

**MedDir. Dr. med. Mentzel  
Telefon (09 11) 17-21 80**

Das Kreiskrankenhaus Trostberg (Chiemgau-Oberbayern) sucht

a) für die Anästhesie-Abteilung zum baldmöglichsten Eintritt

### 1 Anästhesisten als Oberarzt

zum 1. 1. 1981 oder zum 1. 4. 1981

### 1 Assistenzarzt

Das Krankenhaus verfügt im operativen Bereich über 96 Betten für Chirurgie, 49 Betten für Geburtshilfe-Gynäkologie. Im Krankenhaus sind ein HNO-Arzt und ein Orthopäde als Belegarzt tätig.

b) für die Chirurgische Abteilung zum baldmöglichsten Eintritt und 1. 1. 1981

### 1 Assistenzarzt

Vergütung nach BAT. Bereitschaftsdienstvergütung. Beihilfe in Krankheitsfällen.

Das in schöner Landschaft auf der Siegerhöhe (einem Hochplateau oberhalb der Stadt) gelegene Krankenhaus mit 213 Planbetten ist nach modernsten Gesichtspunkten ausgerichtet. Chiemsee-Nähe, günstige Verbindungen ins Gebirge, alle Schulen am Ort (Realschule, Gymnasium). Wohnungen können vermittelt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Trostberg, Siegerhöhe 1, 8223 Trostberg, Telefon (08621) 871.**

Das Kreiskrankenhaus Vilsbiburg (200 Betten) sucht für sofort oder später

### 1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung.

Besetzung 1/1/5.

Unser Haus verfügt über vier Fachabteilungen: Chirurgie – Innere – Gynäkologie – Anästhesie mit Intensivstation.

Das Kreiskrankenhaus ist zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaften zugelassen.

Wir bieten: Vergütung nach Tarif • sowie alle üblichen Sozialleistungen • ein abgeschlossenes Neubau-Appartement steht zur Verfügung.

Vilsbiburg liegt verkehrsgünstig. Die Großstädte München und Salzburg sind in ca. einer Autostunde zu erreichen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an: **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8313 Vilsbiburg.** Mündliche Anfragen an **Chefarzt Dr. Hohenbleicher, Telefon (0 87 41) 538.**

Der Landkreis Kitzingen beabsichtigt, den

### Chefarzt der Röntgen- und Nuklearmedizin

für das neue Kreiskrankenhaus in Kitzingen/Main schon jetzt zu bestellen (Diensttritt etwa Ende 1982). Das Krankenhaus ist gegenwärtig im Bau und soll bis 1983 den Betrieb aufnehmen. Es umfaßt 260 Betten mit den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie-Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Anästhesie mit interdisziplinärer Intensivabteilung.

Die Radiologische Abteilung wird für die konventionelle Röntgendiagnostik einschließlich Angiographie, Mammographie, Ultraschall- und Nuklearmedizin ausgestattet. Der künftige Chefarzt erhält Gelegenheit, an der Detailplanung der Abteilung, insbesondere an der Auswahl der Einrichtungen und Geräte, mitzuwirken. Bewerber sollen über eine umfassende klinische Ausbildung und mehrjährige Erfahrung in den genannten Teildisziplinen verfügen.

Der Chefarzt erhält eine feste Vergütung entsprechend BAT I. Daneben wird das Liquidationsrecht bei stationären Patienten mit Arztwahl gewährt.

Kitzingen liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen Main und Steigerwald (Weinlandkreis). Am Ort sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. Zur Universitätsstadt Würzburg (18 km) bestehen gute Verkehrsverbindungen.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise) bis sechs Wochen nach Veröffentlichung dieser Anzeige beim **Landratsamt, Kaiserstraße 4, 8710 Kitzingen, anzureichen.**

### Das KREISKRANKENHAUS WUNSIEDEL

im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 70 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

### Assistenzarzt oder -ärztin

Die **Kreisstadt Wunsiedel** im Naturpark Fichtelgebirge (10 500 Einwohner) ist Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Hallenbäder, Tennisplätze und -hallen sowie eine Eisbahnhalle sind vorhanden. Die Rosenthal-Felersabende in Selb, die Luisenburg-Festspiele in Wunsiedel und die Wagner-Festspiele in Bayreuth sind kulturelle Angebote in unmittelbarer Nähe.

Das Kreiskrankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT, zuzüglich **Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C** und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an

**Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus Postfach 146, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 35 77**

oder

**Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1**

### Gynäkologin/München

sucht Gynäkologin mit persönlichem und fachlichem Format für moderne, gutgehende und anspruchsvolle Praxis als Partnerin.

Anfragen unter Chiffre 2064/360.

# MYKOSEX

DAS HERVORRAGEND BEWÄHRTE ANTIMYCOTICUM

APOTHEKER BERNSDORF K.-G., 8132 TUTZING – OBB.

SALBE  
PUDER  
FLÜSSIG

BEI ONYCHO- UND BLASTOMYKOSEN, DERMATOMYKOSEN MYKOTISCHEN EKZEMEN, EPIDERMOPHYTIEN, MIKROSPORIE, TRICHOPHYTIEN, ERYTHRASMA U. MISCHINFESTIONEN.

### MYKOSEX-FUSS-SPRAY

mit der Doppelwirkung für die Fuß-, Körper- u. Schuh-Hygiene. Desinfiziert und desodoriert! Verkauf nur DM 9.35

Bitte beachten Sie unser

### DERMAREX WAS

die alkalifreie, außerordentlich milde, flüssige Seife, auf Basis waschaktiver Stoffe mit fungizid und bakterizid. Wirkstoffen, die ideale „Ekzemwäsche“ selbst in desalzierten Fällen, auch für besonders empfindliche, wunde, trackene und spröde Haut das überzeugende Waschmittel!



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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Sondernummer
35. Jahrgang
Dezember 1980

## Sondernummer

# Arztrecht in Bayern

**Sewering: Vorwort**  
(Seite 1)

### I. Arztrecht:

**Bundesärzteordnung**  
(Seite 2)

**Kammergesetz**  
(Seite 8)

**Berufsordnung**  
(Seite 26)

**Weiterbildungsordnung**  
(Seite 33)

**Satzung der Bayerischen Landesärztekammer**  
(Seite 55)

**Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer**  
(Seite 59)

**Mustersatzung der Ärztlichen Kreisverbände**  
(Seite 63)

### II. Kassenarztrecht:

**Reichsversicherungsordnung**  
(Seite 66)

**Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**  
(Seite 79)

**Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**  
(Seite 83)

**Zulassungsordnung für Kassenärzte**  
(Seite 87)



*Ausgeglichenheit*

Ausgeglichenheit  
ist mehr als nur Beruhigung

# Tranxilium®

**Zusammensetzung:** Eine Kapsel Tranxilium enthält je nach Ziffernkennzeichnung 5 mg, 10 mg bzw. 20 mg Dikaliumclorazepat. **Indikationen:** Psychovegetative Allgemeinstörungen und psychische Dysregulationen wie Angst-, Spannungs-, Erregungs- und Reizzustände, funktionelle Organbeschwerden und psychosomatische Störungen, Psychogene Schlafstörungen. Als Zusatztherapie bei Epilepsie, Migräne, depressiven Syndromen und Schizophrenien. **Kontraindikationen:** Myasthenia gravis. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu einer Änderung der Libido, Schwindel, Muskelrelaxationen und bei hohen Dosen bei der Langzeitbehandlung zu Artikulationsstörungen kommen. Bei Epilepsie ist eine mögliche Sedierung zu beachten.

**Hinweise:** Die Anwendung von Tranxilium sollte im ersten Trimenon der Schwangerschaft und während der Stillzeit nur bei zwingender Indikation verordnet werden. Tranxilium kann die Wirkung anderer beruhigender Arzneimittel verstärken und die Alkoholtoleranz herabsetzen. In seltenen Fällen kann es in Abhängigkeit von der Verfassung und Konstitution des Patienten zu einer Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. im Straßenverkehr) kommen. **Dosierung:** Die Normaldosierung für Erwachsene beträgt 15–20 mg pro Tag, entweder über den Tag verteilt oder als Einmaldosis abends. **Handelsformen und Preise:** Tranxilium 5, O.P. mit 20 Kapseln DM 6,35, O.P. mit 50 Kapseln DM 14,90, Tranxilium 10, O.P. mit 20 Kapseln DM 9,90, O.P. mit 50 Kapseln DM 23,75, Tranxilium 20, O.P. mit 20 Kapseln DM 17,05, O.P. mit 50 Kapseln DM 38,75.

Stand Februar 1980  
MACK-MIDY Arzneimittel GmbH, 8000 München 2





# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Sondernummer

Im Dezember 1977 haben wir den bayerischen Ärzten ein Sonderheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ übergeben, das die wesentlichen Rechtsvorschriften enthielt, welche das ärztliche Verhalten und Handeln bestimmen und die Grundlagen der ärztlichen Selbstverwaltung darstellen. In den zurückliegenden drei Jahren hat sich wieder einiges geändert.

Nachdem die Nachfrage nach unserem Sonderheft recht groß ist und jeder Leser nach dem neuesten Stand informiert sein soll, möchten wir nunmehr erneut ein Sonderheft „Arztrecht in Bayern“ herausgeben. Dem bisherigen Inhalt wurden noch einige Satzungen und Ordnungen, welche uns für die Kollegen wesentlich erschienen, hinzugefügt.

Alle Kolleginnen und Kollegen werden herzlich gebeten, dieses Heft „Arztrecht in Bayern“ als Nachschlagewerk zu betrachten und aufzubewahren.

Wir würden uns freuen, wenn dieses Sonderheft den gleichen Anklang fände wie sein Vorgänger vor drei Jahren!

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 Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

#### § 2

(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.

(2) Die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs im Geltungsbereich dieses Gesetzes ist auch auf Grund einer Erlaubnis zulässig.

(3) Ärzte, die Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft sind, dürfen den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Approbation als Arzt oder ohne Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ausüben, 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 Anzeigepflicht nach diesem Gesetz.

(4) Für die Ausübung des ärztlichen Berufs in Grenzgebieten durch im Inland nicht niedergelassene Ärzte gelten die hierfür abgeschlossenen zwischenstaatlichen Verträge.

(5) Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“.

#### § 2 a

Die Berufsbezeichnung „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 Wirtschaftsgemeinschaft oder heimatloser Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer vom 25. April 1951 (BGBl. I S. 269), geändert durch das Urheberrechtsgesetz vom 9. September 1965 (BGBl. I S. 1273), ist,

2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus 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. nach einem Studium der Medizin von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenanstalten entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat.

Eine in einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft abgeschlossene ärztliche Ausbildung gilt als Ausbildung im Sinne der Nummer 4, wenn sie durch Vorlage eines nach dem 20. Dezember 1976 ausgestellten, in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten ärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungszeugnisses des betreffenden Mitgliedstaates nachgewiesen 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, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungszeugnisse 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) aufgeführten entsprechenden Bezeichnungen anzupassen. Eine in den Ausbildungsstätten in der Deutschen Demokratischen Republik oder in Berlin (Ost) erworbene abgeschlossene Ausbildung für 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 Antragsteller

1. eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossene Ausbildung für die Ausübung des ärztlichen Berufs erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist oder
2. in der Bundesrepublik Deutschland eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes bis zum Abschluß des Hochschulstudiums durchgeführte, hierdurch jedoch nicht vollständig abgeschlossene ärztliche Ausbildung nach Maßgabe der Vorschriften der Rechtsverordnung nach § 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.

Abatz 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-

zelfällen oder aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsinteresses erteilt werden. Sofern der Antragsteller zugleich die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 nicht erfüllt, ist die Erteilung der Approbation nur zulässig, wenn er eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes erlangte Ausbildung für die Ausübung des ärztlichen Berufs erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. Absatz 1 Satz 2 bis 4 bleibt unberührt.

(4) Soll die Erteilung der Approbation wegen Fehlens einer der Voraussetzungen 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 Antragsteller wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet, so kann die Entscheidung über den Antrag auf Erteilung der Approbation bis zur Beendigung des Verfahrens ausgesetzt werden.

#### § 4

(1) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Approbationsordnung für Ärzte die Mindestanforderungen an das Studium der Medizin einschließlich der praktischen Ausbildung in Krankenanstalten sowie des Näheren über die ärztliche Prüfung und die Approbation. In der Rechtsverordnung ist das Verfahren bei der Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bei Antragstellern, die Staatsangehörige eines der übrigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft sind, und der Frist für die Erteilung der Approbation als Arzt an solche Personen zu regeln, insbesondere die Vorlage der vom Antragsteller vorzuliegenden 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 unterrichtsfreien Zeiten des vorklinischen Studiums abzustandender Krankenpflagedienst, eine Ausbildung in Erster Hilfe sowie eine während der unterrichtsfreien Zeiten des klinischen Studiums abzuleistende Famulatur vorgeschrieben werden. Die Zulassung zur ärztlichen Prüfung darf vom Bestehen höchstens zweier Vorprüfungen abhängig gemacht werden. Es soll vorgesehen werden, daß die ärztliche Prüfung in zeitlich getrennten Abschnitten abzulegen ist. Dabei ist sicherzustellen, daß der letzte Abschnitt innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des Studiums abgelegt werden kann. Für die Meldung zur ärztlichen Prüfung und zu den Vorprüfungen sind Fristen festzulegen.

(2) In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß die Auswahl der Krankenanstalten durch die Hochschulen im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde erfolgt; dies gilt nicht für Einrichtungen der Hochschulen.

(3) In der Rechtsverordnung ist ferner die Anrechnung von Hochschulbildungen und Prüfungen, die innerhalb oder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgelegt werden, zu regeln. Außerdem können in der Rechtsverordnung auch die fachlichen und zeitlichen Ausbildungsanforderungen 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 aber 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 nach § 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 Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 nicht vorlag. Eine nach § 3 Abs. 1 Satz 4, Abs. 2 oder 3 erteilte Approbation kann zurückgenommen werden, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben war.

(2) Die Approbation ist zu widerrufen, wenn nachträglich die Voraussetzung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 weggefallen ist. Sie kann widerrufen werden, wenn nachträglich die Voraussetzung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggefallen ist.

#### § 5 a

(weggefallen)

#### § 6

(1) Das Ruhen der Approbation kann angeordnet werden, wenn

1. gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist,
2. nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggefallen ist oder
3. Zweifel bestehen, ob die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 noch erfüllt sind und der Arzt sich weigert, sich einer von der zuständigen Behörde angeordneten arzt- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

(2) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

(3) Der Arzt, dessen Approbation ruht, darf den ärztlichen Beruf nicht ausüben.

(4) Die zuständige Behörde kann zulassen, daß die Praxis eines Arztes, dessen Approbation ruht, für einen von ihm zu bestimmenden Zeitraum durch einen anderen Arzt weitergeführt 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 Fahrlässigkeit oder späterer Wegfalls 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 Approbation gestellt hat, kann die Entscheidung über diesen Antrag zurückgestellt und zunächst eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs bis zu einer Dauer von zwei Jahren erteilt werden.

(2) Die Erlaubnis wird nur widerruflich und befristet erteilt; sie kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Personen, denen die Erlaubnis erteilt worden ist, haben im übrigen die Rechte und Pflichten eines Arztes.

## § 9

Auf die Approbation 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 kann auf Antrag Personen erteilt werden, die eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachweisen.

(2) Die Erlaubnis kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Sie darf nur widerrufen 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 erforderlich 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 abgeschlossen wird; sie darf den Zeitraum von drei Jahren nicht überschreiten.

(3) Eine Erlaubnis darf ausnahmsweise 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 Antragsteller asylberechtigt ist.

(4) In Ausnahmefällen kann eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs auf Antrag auch Personen erteilt werden, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine ärztliche Ausbildung erworben, diese Ausbildung aber noch nicht abgeschlossen 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 auf Grund der Erlaubnis auszuübende Tätigkeit zum Abschluß einer ärztlichen Ausbildung erforderlich ist.

Die Erlaubnis 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 Erlaubnis nach § 10 Abs. 1 besitzt, erfolgt. Sie darf nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs und nur bis zu einer Gesamtdauer der ärztlichen Tätigkeit erteilt werden, deren es zum Abschluß der Ausbildung bedarf. Sie kann an Personen, die weder Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes noch Staatsangehörige 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 Deutschland auf Grund einer Erlaubnis im Sinne dieser Vorschrift abgeleitete 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 Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, die zur Ausübung des ärztlichen Berufs in einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft auf Grund einer nach deutschen Rechtsvorschriften abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung oder auf Grund eines in der Anlage zu § 3 Abs. 1 Satz 2 oder in § 14 b genannten ärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises berechtigt sind, dürfen als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben.

(2) Ein Dienstleistungserbringer im Sinne des Absatzes 1 hat das Erbringen der Dienstleistung der zuständigen Behörde vorher anzuzeigen. 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 als zwölf Monate sein.

(3) Der Dienstleistungserbringer hat beim Erbringen der Dienstleistung im Geltungsbereich dieses Gesetzes die Rechte und Pflichten eines Arztes. Verstößt ein Dienstleistungserbringer gegen diese Pflichten, so hat die zuständige Behörde unverzüglich die zuständige Behörde des Herkunftsstaates dieses Dienstleistungserbringers hierüber zu unterrichten.

(4) Einem Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten 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 Dienstes ausübt, sind auf Antrag für Zwecke der Dienstleistungserbringung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft Bescheinigungen darüber auszustellen, daß er

1. den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes rechtmäßig ausübt und
2. den erforderlichen Ausbildungsnachweis 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 Approbation erteilt in den Fällen des § 3 Abs. 1 Satz 1 die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller die ärztliche Prüfung abgelegt hat.

(2) Die Entscheidungen nach § 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 Landes, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt werden soll. Die Entscheidungen nach den §§ 5 und 6 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder zuletzt ausgeübt worden ist. Satz 2 gilt entsprechend für die Entgegennahme der Verzichtserklärung nach § 9.

(3) Die Entscheidung nach § 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 Herkunftsstaates 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 nach § 10 e Abs. 4 stellt die zuständige Behörde des Landes aus, in dem der Antragsteller den ärztlichen Beruf ausübt.

(5) Die Entscheidungen über die Erteilung oder Versegelung 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 Satz 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 angeordnet ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

## VIII. Übergangs- und Schlußvorschriften

### § 14

(1) Eine Approbation oder Bestellung, die bei Inkrafttreten dieser Vorschrift in ihrem Geltungsbereich zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt, gilt als Approbation im Sinne dieses Gesetzes.

(2) Eine vor Inkrafttreten dieser Vorschrift erteilte Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs gilt mit ihrem bisherigen Inhalt als Erlaubnis nach § 10 dieses Gesetzes.

### § 14 a

(1) Antragsteller, die das Studium der Medizin im Jahre 1970 oder im Sommersemester 1971 aufgenommen haben, weisen

an 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 Prüfung durchzuführenden einjährigen Medizinalessistentenzeit 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 kann auch vorgesehen werden, daß Antragsteller, die vor dem Jahre 1970, im Jahre 1970 oder im Sommersemester 1971 das Studium der Medizin aufgenommen haben, eine ärztliche Ausbildung nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 nachzuweisen 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 Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft beibringen, 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 Antragstellers 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, kann die zuständige Behörde die Vorlage einer Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates des Antragstellers verlangen, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den ärztlichen Beruf ausgeübt hat.

### § 15

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

### § 16

(Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

### Anlage zu § 3 Absatz 1 Satz 2

Ärztliche Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnachweise der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft:

#### a) Belgien

„diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements/het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde“ (staatliches Diplom eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe), ausgestellt von der medizinischen Fakultät einer Universität oder vom Hauptprüfungsausschuß oder von den staatlichen Prüfungsausschüssen der Hochschulen;

#### **b) Dänemark**

„bevis vor bestået lægevidenskabeling embedseksamen“ (Zeugnis über das ärztliche Staatsexamen), ausgestellt von der medizinischen Fakultät einer Universität, sowie die „dokumentation for gennemført praktisk uddannelse“ (Bescheinigung über eine abgeschlossene praktische Ausbildung), ausgestellt von der Gesundheitsbehörde;

#### **c) Frankreich**

„diplôme d'Etat de docteur en médecine“ (staatliches Diplom eines Doktors der Medizin), ausgestellt von der medizinischen oder medizinisch-pharmazeutischen Fakultät 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 staatliche Diplom eines Doktors der Medizin vorgeschrieben ist;

#### **d) Irland**

„primary qualification“ (Bescheinigung über eine ärztliche Grundausbildung), die nach Ablegen einer Prüfung vor einem dafür zuständigen Prüfungsausschuß ausgestellt wird, und eine von dem genannten Prüfungsausschuß ausgestellte Bescheinigung über die praktische Erfahrung, die zur Eintragung als „fully registered medical practitioner“ (endgültig eingetragener Arzt) befähigen;

#### **e) Italien**

„diploma di abilitazione all'esercizio delle 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“ (staatliches Diplom eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe), ausgestellt und abgezeichnet vom Minister für Erziehungswesen, und „certificat de stage“ (Bescheinigung über eine abgeschlossene praktische Ausbildung), abgezeichnet vom Minister für Gesundheitswesen oder die Diplome über die Erlangung eines Hochschulgrades in Medizin, die in einem Mitgliedstaat der Gemeinschaft ausgestellt worden sind und in diesem Land zum Antritt der praktischen Ausbildungszeit, nicht eber zur Aufnahme des Berufs berechtigen und die gemäß dem Gesetz vom 18. Juni 1969 über das Hochschulwesen und die Anerkennung ausländischer Hochschultitel und -grade vom Minister für Erziehungswesen anerkannt worden sind, zusammen mit der vom Minister für Gesundheitswesen abgezeichneten Bescheinigung über eine abgeschlossene praktische Ausbildung;

#### **g) Niederlande**

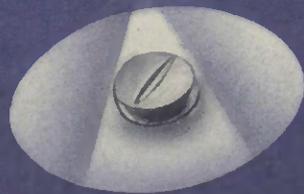
„universitair getuigschrift van arts“ (das Universitätsabschlußzeugnis eines Doktors der Medizin), ausgestellt von einer Universität;

#### **h) Vereinigtes Königreich**

„primary qualification“ (Bescheinigung über eine ärztliche Grundausbildung), die nach Ablegen einer Prüfung vor einem dafür zuständigen Prüfungsausschuß ausgestellt wird, und eine von dem genannten Prüfungsausschuß ausgestellte Bescheinigung über die praktische Erfahrung, die zur Eintragung als „fully registered medical practitioner“ (endgültig eingetragener praktischer Arzt) befähigen.

# uricovac m

Der einzige Harnsäuresenker  
mit mikronisierter Substanz:  
ausgezeichnet verträglich,  
ursachengezielt wirkend.



**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 80 mg Benzbromaron mikronisiert. **Anwendungsgebiete:** Erhöhung der Harnsäure im Blut aus verschiedenen Ursachen – Primäre Erhöhung der Harnsäure, wie z. B.: verminderte Harnsäureausscheidung (renale Genese); ohne oder mit chronischer Gelenkbeteiligung (Gicht); unbekannte Ursache (idiopathisch) – Sekundäre Erhöhung der Harnsäure wie z. B.: bei rheumatischen Erkrankungen; bei Hochdruckkrankheit (art. Hypertonie); infolge Therapie mit harntreibenden Mitteln (Diuretika); bei bestimmten Blutkrankheiten; bei erhöhtem Eiweißabbau infolge medikamentöser Tumor- oder Strahlenbehandlung. **Gegenanzeigen:** Das Arzneimittel soll nicht angewendet werden bei mittelschweren bis schweren Nierenfunktionsstörungen. Obwohl Uricovac M in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, soll das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Unter einer Uricovac-Behandlung können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kalium-Werte im Blut zu kontrollieren. Der Arzt entscheidet dann, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Zu Beginn jeder harnsäuresenkenden Therapie kann es zu Gichtanfällen kommen; hier wird die zusätzliche Gabe von Colchizin empfohlen.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind bisher nicht bekannt geworden. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 1 Tablette Uricovac M täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während oder nach einer Mahlzeit einnehmen. Wie bei jeder harnsäuresenkenden Therapie sollte bis zur Normalisierung der Serum-Harnsäurewerte für eine ausreichende Diurese und für eine Harnalkalisierung Sorge getragen werden. Die Dauer der Therapie wird je nach Grundleiden vom Arzt bestimmt. Die primäre (idiopathische) Harnsäureerhöhung und Gicht verlangen ihrem Wesen nach eine Dauerbehandlung. Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind auch bei langfristiger Anwendung über Jahre keine unverträglichen Nebenwirkungen bekannt geworden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 30 Tabletten zu 80 mg, DM 32,78 · 90 Tabletten zu 80 mg, DM 84,34 · 300 Tabletten zu 80 mg, AP · Stand 10/1980.

LABAZ GmbH  
Pharmazeutische Präparate  
Heinrich-Hertz-Straße 44  
4055 Erkrath

# Kammergesetz

Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1978 (BeyGVBl. 1978/67)

## Erster Teil. Ärzte

### Abschnitt I

#### Organisation der Berufsvertretung

##### Art. 1

Die Berufsvertretung der Ärzte besteht aus den ärztlichen Kreisverbänden, den ärztlichen Bezirksverbänden und der Landesärztekammer.

##### Art. 2

(1) Die Berufsvertretung hat die Aufgabe, im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, 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 Aufgabenbereichs Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten; sie ist verpflichtet, diesen Behörden auf Verlangen Gutachten zu erstatten. Die Behörden sollen die Berufsvertretung vor der Regelung wichtiger einschlägiger Fragen hören und auf Anfragen der Berufsvertretung Auskunft erteilen, soweit nicht 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 Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie führen ein Dienstseal.

##### Art. 4

(1) Ordentliche Mitglieder 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. Ob 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 Bayerns ärztlich tätig sind oder als Medizinalassistenten dort ihre Ausbildung ableisten, können von der Mitgliedschaft entbunden werden, wenn sie außerhalb Bayerns Mitglieder einer vergleichbaren ärztlichen Berufsvertretung sind. Personen, deren Mitgliedschaft bei einer vergleichbaren ärztlichen Berufsvertretung außerhalb Bayerns wegen gelegentlicher oder vorübergehender ärztlicher Tätigkeit oder Medizinalassistentenausbildung in Bayern erlischt, werden Mitglieder eines ärztlichen Kreisverbandes.

(4) Mitglieder eines ärztlichen Kreisverbandes, die ihre ärztliche Tätigkeit außerhalb des Geltungsbereichs der Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1885) 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 des Strafgesetzbuches). Das Ruhen der Mitgliedschaft endet im Falle des § 6 BÄO mit Aufhebung der Ruhensordnung, im Falle des § 70 des Strafgesetzbuches 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 Berechtigungsbescheinigung zu melden. Zuständig sind der ärztliche Kreisverband und das Gesundheitsamt, für die die Voraussetzungen des Absatzes 2 zutreffen.

##### Art. 5

(1) Die ärztlichen Kreisverbände regeln ihre Vertretung und ihre sonstigen Verhältnisse durch eine Satzung, die der Zustimmung der Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung bedarf. Zustimmung und Genehmigung sind entbehrlich, wenn der ärztliche Kreisverband ein mit Genehmigung des Staatsministeriums des Innern erlassenes Satzungsmuster der Landesärztekammer übernimmt.

(2) In der Satzung sind auch die Rechte und Pflichten der außerordentlichen 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 allen Mitgliedern Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände 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 Dienststatut.

(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 der Gemeindeordnung für den Freistaat Bayern 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 Dienststatut.

(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

1. von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände durch geheime und schriftliche Abstimmung aus der Zahl ihrer Mitglieder gewählt (Absatz 3),
2. 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 Straffhaft 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 Freistaates 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 Landesärztekammer ist berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von allen Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von der Landesärztekammer zu erlassen ist und der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf.

(3) Die Beiträge sind nach Maßgabe des Art. 35 beizutreiben.

#### **Art. 16**

(1) Die Landesärztekammer steht unter der Aufsicht des Staatsministeriums des Innern. Dieses kann insbesondere zu den Kammersitzungen Vertreter entsenden, denen auf Verlangen jederzeit das Wort erteilt werden muß. Art. 9 Sätze 2 und 3 findet entsprechende Anwendung.

(2) Das Staatsministerium des Innern kann der Landesärztekammer besondere Aufgaben übertragen.

### **Abschnitt II**

#### **Berufsausübung**

##### **Art. 17**

Die Ärzte sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

##### **Art. 18**

(1) Die Ärzte, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht,

1. sich im fachlichen Rahmen ihrer Berufsausübung beruflich fortzubilden und sich dabei über die für ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten,
2. soweit sie in eigener Praxis tätig sind, am Notfall- und Bereitschaftsdienst teilzunehmen,
3. über in Ausübung ihres Berufs gemachte Feststellungen und getroffene Maßnahmen Aufzeichnungen zu fertigen.

(2) Das Nähere zu Absatz 1 regelt die Berufsordnung. Sie hat zu Absatz 1 Nr. 2 vorzusehen, daß die Teilnahmeverpflichtung nur für einen bestimmten regionalen Bereich gilt und Befreiung von der Teilnahme am Notfall- und Bereitschaftsdienst aus schwerwiegenden Gründen, insbesondere wegen körperlicher Behinderungen, besonders belastender familiärer Pflichten oder wegen Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung auf Antrag ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden kann.

##### **Art. 19**

Die Berufsordnung kann weitere Vorschriften über Berufspflichten im Rahmen des Art. 17 enthalten, insbesondere über

1. die Einhaltung der Schweigepflicht und der sonst für die Berufsausübung 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 Nechprüfbarkeit des Honorars,
7. die Werbung,
6. die Verordnung und Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln,
9. das berufliche Verhalten gegenüber anderen Berufsehörigen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe,
10. die Beschäftigung von Vertretern, Assistenten und sonstigen Mitarbeiter und
11. die Ausbildung von Personal.

#### **Art. 20**

Die Berufsordnung wird von der Landesärztekammer erlassen und bedarf 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 führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten medizinischen Gebiet (Gebietsbezeichnung) oder Teilgebiet (Teilgebietsbezeichnung) oder auf andere zusätzlich erworbene Kenntnisse (Zusatzbezeichnung) hinweisen.

##### **Art. 22**

(1) Die Bezeichnung nach Art. 21 bestimmt die Landesärztekammer in den Fachrichtungen

1. Konservative Medizin,
2. Operative Medizin,
3. Nervenheilkundliche Medizin,
4. Theoretische Medizin,
5. Ökologische Medizin,
6. Methodisch-technische Medizin und in Verbindung dieser Fachrichtungen,

wenn dies im Hinblick auf die medizinische Entwicklung und eine angemessene ärztliche Versorgung erforderlich ist.

(2) Die Bestimmung von Bezeichnungen ist aufzuheben, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

(3) Gebietsbezeichnungen sind auch die Bezeichnungen „Allgemeinmedizin“ und „Öffentliches Gesundheitswesen“.

##### **Art. 23**

(1) Eine Bezeichnung nach Art. 21 darf führen, wer eine Anerkennung erhalten hat. Die Anerkennung erhält der Arzt, der die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat.

(2) Mehrere Gebietsbezeichnungen dürfen auf verwandten Gebieten nebeneinander geführt werden. Die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ darf nicht neben einer anderen Gebietsbezeichnung geführt werden. Das gilt für die Führung der Bezeichnung „praktischer Arzt“ entsprechend.

(3) Teilgebietsbezeichnungen dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung des Gebietes geführt 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 Jahre nicht überschreiten.

(3) Die Weiterbildung in den Teilgebieten kann im Rahmen der Weiterbildung in dem Gebiet durchgeführt 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 Weiterzubildende wenigstens einmal zu wechseln. Zeiten bei einer Weiterbildungsstätte und einem Weiterzubildenden unter sechs Monaten werden nur angerechnet, wenn sie vorgeschrieben sind. Die Landesärztekammer kann von den Sätzen 2 und 3 abweichende Bestimmungen für die Weiterbildung in einzelnen Gebieten und Teilgebieten treffen sowie im einzelnen Ausnahmen zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist.

(5) Wenn eine ganztägige Weiterbildung aus persönlichen Gründen unzumutbar ist, kann die Weiterbildung für eine Zeit von höchstens vier Jahren halbtägig erfolgen, wobei diese Zeit bis zur Hälfte anrechnungsfähig ist. Die Entscheidung trifft die Landesärztekammer.

(6) Eine Zeit beruflicher Tätigkeit, in der auch eine eigene Praxis ausgeübt wird, ist auf Weiterbildungszeiten für die Gebiete und Teilgebiete nicht anrechnungsfähig.

(7) Die Weiterbildung umfaßt insbesondere die für 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 Menschen und Umwelt, sowie in den notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation.

(8) Für den Inhalt und die Dauer der Weiterbildung in dem Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ gelten unbeschadet des Absatzes 2 die dafür maßgeblichen Bestimmungen des Staatsministeriums des Innern.

## Art. 25

(1) Die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten wird unter verantwortlicher Leitung ermächtigter Ärzte in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelassenen Krankenhausabteilungen oder in zugelassenen Instituten oder vergleichbaren Einrichtungen (Weiterbildungsstätten) durchgeführt. Die Weiterbildung im Gebiet „Allgemeinmedizin“ sowie in Gebieten, auf die sich das Recht der Europäischen Gemeinschaften nicht bezieht, kann teilweise auch bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt durchgeführt werden. In den übrigen Gebieten kann für die Zeit, die die nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften geforderte Weiterbildungszeit übersteigt, die Weiterbildung ganz oder teilweise bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt durchgeführt werden. Die Weiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird in besonderen, vom Staatsministerium des Innern bestimmten Einrichtungen durchgeführt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung nach Absatz 1 kann nur erteilt werden, wenn der Arzt fachlich und persönlich geeignet ist. Sie kann für ein Gebiet oder Teilgebiet nur

erteilt werden, wenn der Arzt die entsprechende Bezeichnung führt; sie kann mehreren Ärzten gemeinsam erteilt werden. Satz 2 Heißsatz 1 gilt für eine in der Weiterbildungsordnung festzulegende engemessene 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 Einzelfall ein Zeugnis auszustellen.

(4) Die Zulassung einer Krankenhausabteilung als Weiterbildungsstätte setzt voraus, daß

1. Patienten in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, daß der weiterzubildende Arzt die Möglichkeit hat, sich mit den typischen Krankheiten des Gebiets, Teilgebiets oder Bereichs, auf das sich die Bezeichnung nach Art. 21 bezieht, vertretbar zu machen.
  2. Personal und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen und
  3. regelmäßige Konsiliartätigkeit ausgeübt 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 Widerruf der Ermächtigung entscheidet die Landesärztekammer. Die Ermächtigung bedarf eines Antrages.

(2) Die Landesärztekammer führt ein Verzeichnis der ermächtigten Ärzte, aus dem hervorgeht, in welchem Umfang sie zur Weiterbildung ermächtigt sind. Das Verzeichnis ist bekanntzumachen.

(3) Über die Zulassung der Weiterbildungsstätte und den Widerruf der Zulassung entscheidet die Landesärztekammer; über die Zulassung von Krankenhausabteilungen und über den Widerruf der Zulassung entscheidet das Staatsministerium des Innern nach Anhörung der Landesärztekammer im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Die Zulassung bedarf eines Antrages. Die zugelassenen Weiterbildungsstätten sind bekanntzumachen.

## Art. 27

(1) Die Anerkennung nach Art. 23 Abs. 1 ist bei der Landesärztekammer zu beantragen. Diese entscheidet über den Antrag auf Grund einer Prüfung der vorgelegten Zeugnisse über den Inhalt, den Umfang und das Ergebnis der nach abgeschlossener Berufsausbildung durchlaufenen Weiterbildung in dem vom Antragsteller 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 Zusatzbezeichnung wird in der Regel auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise entschieden.

(2) Der Ausschuß wird bei der Landesärztekammer gebildet. Bei Bedarf sind mehrere Ausschüsse zu bilden. Jedem Ausschuß gehören mindestens drei von der Landesärztekammer zu bestimmende Mitglieder an. Das Staatsministerium des Innern kann ein weiteres Mitglied bestimmen. Das Fach-

gespräch 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 Verfahrens 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 hat, 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 Landesärztekammer.

(5) Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften ein Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Betätigungsnachweis des Facharztes besitzt, die nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften gegenseitig anerkannt werden, erhält auf Antrag die entsprechende Anerkennung nach Art. 23 Abs. 1 Satz 1. Die Bezeichnung ist in deutscher Sprache zu führen.

(6) Im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird der erfolgreiche Abschluß der Weiterbildung durch das Bestehen der Prüfung an einer Akademie 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 Voraussetzungen nicht gegeben waren.

#### **Art. 29**

(1) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in dem Gebiet, in dem eine Teilgebietsbezeichnung führt, tätig werden, dessen Bezeichnung er führt.

(2) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, soll sich in der Regel nur durch Berufsangehörige vertreten lassen, die dieselbe Gebietsbezeichnung führen.

(3) Wer eine Bezeichnung nach Art. 21 führt, hat sich in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich, auf das sich die Bezeichnung bezieht, und, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme nach Art. 18 Abs. 1 Nr. 2 vorliegen, auch für eine Tätigkeit im Rahmen des Notfall- und Bereitschaftsdienstes fortzubilden.

#### **Art. 30**

(1) Die Landesärztekammer erläßt eine Weiterbildungsordnung, die der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf.

(2) In der Weiterbildungsordnung sind insbesondere zu regeln

1. der Inhalt und Umfang der Gebiete, Teilgebiete und Bereiche, auf die sich die Bezeichnungen nach Art. 21 beziehen,
2. die Bestimmung und die Aufhebung von Bezeichnungen nach Art. 22,

3. die Festlegung der verwendeten Gebiete, deren Bezeichnung nach Art. 23 Abs. 2 nebeneinander geführt werden darf,

4. der Inhalt und die Mindestdauer der Weiterbildung nach Art. 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 Dauer und besondere Anforderungen der verlängerten Weiterbildung nach Art. 27 Abs. 3,

5. die Voraussetzungen für die Ermächtigung und Zulassung, mit Ausnahme von Krankenhauseinheiten, nach Art. 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 Mitgliedstaaten gebotenen besonderen Weiterbildungs- und Anerkennungsbedingungen und -verfahren.

In der Weiterbildungsordnung können auch besondere Vorbildungsbedingungen für die Weiterbildung in berufsübergreifenden Gebieten festgelegt werden.

#### **Art. 31**

Die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärztekammer erteilte Anerkennung, eine Bezeichnung im Sinne des Art. 21 zu führen, gilt auch im Freistaat Bayern.

### **Abschnitt IV**

#### **Berufsaufsicht**

#### **Art. 32**

(1) Zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Ärzten sowie zwischen einem Arzt und einem Nichtarzt, die sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, hat der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes einen Vermittler zu bestellen.

(2) Bei Streitigkeiten zwischen Ärzten untereinander unternimmt der Vermittler des ärztlichen Kreisverbandes von sich aus oder auf Antrag 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 Nichtarzt wird der Vermittler des ärztlichen Kreisverbandes nur auf Antrag eines Beteiligten mit ausdrücklicher Zustimmung des anderen Beteiligten tätig.

(4) Der Vermittler hat innerhalb von vier Wochen nach Anrufung tätig zu werden. Er kann von den Beteiligten Auskunft verlangen, soweit nicht das ärztliche Berufsgeheimnis oder eine dienstliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit entgegensteht, sowie persönliches Erscheinen verlangen.

(5) Kommt ein Ausgleich nicht zustande, ist die Tätigkeit des Vermittlers beendet.

(6) Zuständig zur Durchführung des Vermittlungsverfahrens ist der ärztliche Kreisverband, dem die beteiligten Ärzte angehören. Gehören die beteiligten Ärzte verschiedenen Kreisverbänden an, so ist der zunächst um Vermittlung angegangene Kreisverband zuständig.

### Art. 33

(1) Der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes kann ein Mitglied, das die ihm obliegenden Berufspflichten verletzt hat, rügen, wenn die Schuld gering ist und der Antrag auf 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 Sechverhaltens ein berufsgerichtliches Verfahren gegen das Mitglied eingeleitet ist. Abweichend von Satz 1 kann in den Fällen des Art. 68 Abs. 1 Satz 2 und des Art. 72 Abs. 2 Satz 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 das Verhalten des Mitglieds gerügt wird, ist zu begründen. Er ist dem Mitglied mit Rechtsmittelbelehrung zuzustellen. Eine Zweitschrift des Bescheides ist der Landesärztekammer und der Regierung zu übersenden.

(4) Gegen den Bescheid kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach Zustellung Beschwerde bei der Landesärztekammer erheben. Über die Beschwerde entscheidet der Vorstand der Landesärztekammer; Absatz 3 Sätze 2 und 3 gilt entsprechend. Eine Zweitschrift des Beschwerdebescheides ist dem ärztlichen Kreisverband, der den Rügebescheid erlassen hat, und der Regierung zu übersenden.

(5) Wird die Beschwerde gegen den Rügebescheid ganz oder teilweise zurückgewiesen, so kann das Mitglied insoweit innerhalb eines Monats nach der Zustellung Antrag auf gerichtliche Entscheidung durch das Berufsgericht stellen. Werden neue Tatsachen oder Beweismittel bekennt, so kann das Mitglied noch innerhalb eines Jahres nach Zustellung des Beschwerdebescheides den Antrag stellen. Der Antrag kann bis zu Beginn der mündlichen Verhandlung oder, wenn das Beschlußverfahren nach Art. 73 Abs. 3 durchgeführt wird, bis zur Entscheidung des Gerichts zurückgenommen werden.

(6) Das Berufsgericht bestätigt den Beschwerdebescheid, soweit es eine Berufsverfehlung für nachgewiesen hält, endernteils hebt es Beschwerdebescheid und Rügebescheid auf. Der Rügebescheid kann nicht deshalb aufgehoben werden, weil der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes zu Unrecht angenommen hat, daß die Schuld des Mitglieds nur gering und der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich sei. Im übrigen sind auf das Verfahren die Vorschriften des Fünften Teils entsprechend anzuwenden mit Ausnahme der Art. 56, 68 bis 72 und 79 bis 81.

(7) Die Erteilung einer Rüge steht einem berufsgerichtlichen Verfahren wegen desselben Sechverhaltens auf Antrag gemäß Art. 66 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 nicht entgegen. Jedoch kann der ärztliche Kreisverband und nach Ablauf von einem Monat nach Zugang des Rügebescheides auch die Regierung die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens nur noch beantragen, wenn nach Erteilung der Rüge neue Tatsachen oder Beweismittel bekannt geworden sind, die die Berufsverfehlung eis durch eine Rüge nicht genügend geahndet erscheinen lassen. Der Antrag kann nur innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Rüge gestellt werden.

(8) Bei einem Verfahren nach Absatz 7 wird die Rüge mit Rechtskraft der Entscheidung des Berufsgerichts gegenstandslos. Hält das Berufsgericht die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens wegen Geringfügigkeit der erhobenen Beschuldigungen nicht für erforderlich oder stellt es wegen der Geringfügigkeit der Berufspflichtverletzung das Verfahren ein, so hat es in seinem Beschuß die Rüge eutrechtzuerhalten, 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 beanstandenden Verhaltens bei einem Gericht oder einer Behörde gegen das Mitglied bereits der Antrag auf Einleitung eines Straf-, Bußgeld- oder Disziplinarverfahrens gestellt worden, so kann der Vorstand des ärztlichen Kreisverbandes den Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluß des anderen Verfahrens zurückstellen. Nach Abschluß dieses Verfahrens kann er von dem Antrag nach Absatz 1 absehen, wenn nicht Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nr. 3 oder Nr. 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 Verfahrens 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 anderen ärztlichen Kreisverband oder einer vergleichbaren Berufsvertretung eines anderen Landes der Bundesrepublik Deutschland oder des Landes Berlin angehört, so gibt er dem anderen Kreisverband oder dem anderen zuständigen Organ der Berufsvertretung davon Kenntnis.

### Art. 35

(1) Die ärztlichen Kreisverbände, die ärztlichen Bezirksverbände und die Landesärztekammer haben für die von ihnen festgesetzten Beiträge und sonstigen auf Grund der Satzung oder von Gesetzen einzuhebenden Geldforderungen gegenüber den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände das Vollstreckungsrecht.

(2) Der Vorstand der zuständigen Berufsvertretung hat die Vollstreckung nach Maßgabe der Vorschriften des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes und des Vollstreckungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung bewirken zu lassen.

### Art. 36

(1) Ärzte, die Staatsangehörige eines anderen Mitgliedstaates 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 Mitgliedschaft zu einem ärztlichen Kreisverband befreit, solange sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen

Gemeinschaften außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Die in Absatz 1 genannten Ärzte sind verpflichtet, die beabsichtigte Ausübung des ärztlichen Berufs der Landesärztekammer anzuzeigen, wenn damit ein vorübergehender Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes verbunden ist. In dringenden Fällen kann die Anzeige unverzüglich nachträglich erfolgen.

(3) Art. 17, 33 und 34 sowie der Fünfte Teil finden für die in Absatz 1 genannten Ärzte entsprechende Anwendung. Dasselbe gilt hinsichtlich des Art. 18 und der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, soweit es sich nicht um Rechte und Pflichten handelt, die einen gewöhnlichen Aufenthalt des Arztes im Geltungsbereich dieses Gesetzes voraussetzen.

## Zweiter Teil. Zahnärzte

### Art. 37

Die Berufsvertretung der Zahnärzte besteht aus den zahnärztlichen Bezirksverbänden und der Landes Zahnärztekammer.

### Art. 38

(1) Die zahnärztlichen Bezirksverbände sind für den Bereich eines Regierungsbezirks zu bilden; sie umfassen diesen Bereich in seinem jeweiligen Gebietsumfang. Die in der Stadt und im Landkreis München ansässigen Zahnärzte bilden einen eigenen Bezirksverband. Die Bezirksverbände stehen unter der Aufsicht der Landes Zahnärztekammer und der für den Sitz des Verbandes zuständigen Regierung. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie führen ein Dienstsiegel.

(2) Mitglieder der zahnärztlichen Bezirksverbände sind alle zur Berufsausübung berechtigten Zahnärzte, die

1. in Bayern zahnärztlich tätig sind oder,
2. ohne zahnärztlich tätig zu sein, in Bayern ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

### Art. 39

(1) Die Landes Zahnärztekammer besteht aus 70 Delegierten der zahnärztlichen Bezirksverbände.

(2) Der Vorstand der Landes Zahnärztekammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem oder zwei stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten), den ersten Vorsitzenden der zahnärztlichen Bezirksverbände sowie drei aus der Mitte der Delegierten zu wählenden Mitgliedern und einem von den medizinischen Fachbereichen der Landesuniversitäten zu entsendenden Lehrer der Zahnheilkunde.

(3) Der Landes Zahnärztekammer gehören weiter diejenigen 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 Teils entsprechend, soweit sich aus den folgenden Absätzen nichts anderes ergibt.

(2) Zahnärzte dürfen neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten Gebiet der Zahnheilkunde (Gebietsbezeichnung) hinweisen. Mehrere Gebietsbezeichnungen dürfen nebeneinander geführt werden. Abweichend von Art. 29

Abs. 1 kann die Landes Zahnärztekammer in der Weiterbildungsordnung Ausnahmen vorsehen, wenn anzunehmen ist, daß der Zahnarzt in seiner auf ein Gebiet beschränkten Tätigkeit keine ausreichende wirtschaftliche Lebensgrundlage findet.

(3) Gebietsbezeichnungen bestimmt die Landes Zahnärztekammer in den Fachrichtungen

1. Konservative Zahnheilkunde,
2. Operative Zahnheilkunde,
3. Präventive Zahnheilkunde und

In Verbindungen dieser Fachrichtungen unter den in Art. 22 Abs. 1 genannten Voraussetzungen.

(4) Gebietsbezeichnung ist auch die Bezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“.

(5) Die Weiterbildung kann auch bei einem ermächtigten niedergelegenen Zahnarzt durchgeführt werden. Art. 25 Abs. 4 Nr. 3 findet keine Anwendung.

### Art. 41

(1) Im übrigen finden auf die Berufsvertretungen der Zahnärzte die Vorschriften des Ersten Teils sinngemäß Anwendung.

(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

Die Berufsvertretung der Tierärzte besteht aus den tierärztlichen Bezirksverbänden und der Landes Tierärztekammer.

### Art. 43

(1) Die tierärztlichen Bezirksverbände sind für den Bereich eines Regierungsbezirks zu bilden; sie umfassen diesen Bereich in seinem jeweiligen Gebietsumfang. Sie stehen unter der Aufsicht der Landes Tierärztekammer und der für den Sitz des Bezirksverbandes zuständigen Regierung. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie führen ein Dienstsiegel.

(2) Mitglieder der tierärztlichen Bezirksverbände sind alle zur Berufsausübung berechtigten Tierärzte, die

1. in Bayern tierärztlich tätig sind oder,
2. ohne tierärztlich tätig zu sein, in Bayern ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

### Art. 44

(1) Die Landes Tierärztekammer besteht aus 50 Delegierten der tierärztlichen Bezirksverbände.

(2) Der Vorstand der Landes Tierärztekammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem oder zwei stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten), 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 Landes Tierärztekammer gehören weiter diejenigen Mitglieder des Vorstands, die nicht aus der Zahl der Delegierten gewählt wurden.

# Tylox<sup>®</sup>

Tabletten und Saft

**packt Grippe,  
Schnupfen,  
Erkältung**



**Tylox<sup>®</sup> wirkt rasch** ● schleimhautabschwellend ● sekretionshemmend  
● antiallergisch ● fiebersenkend ● schmerzlindernd

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 2 mg Carbinoxamin-maleat, 300 mg Paracetamol, 10 mg Phenylephrin-hydrochlorid. 100 ml Saft enthalten 40 mg Carbinoxamin-maleat, 2400 mg Paracetamol, 100 mg Phenylephrin-hydrochlorid. **Indikationen:** Fieberhafte Erkältungskrankheiten, Rhinitis simplex, akute Rhinitis, Rhinitis allergica (Heuschnupfen), Rhinitis vasomotorica, Sinusitis, Nebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen infolge Erkältungskrankheiten. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen, Erkrankungen infolge Hyperthyreose, hämolytische Anämie infolge Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Phäochromocytom, Glaukom. Keine Monoaminoxidase-Hemmer gleichzeitig einnehmen. **Nebenwirkungen:** Selten Müdigkeit, Herzklopfen, Herzrhythmusstörungen, sehr selten pektanginöse Beschwerden; bei Überdosierung Leberzellschädigungen und Hypokaliämie. **Darreichungsformen und Packungsgrößen (AV mit MwSt.):** OP mit 20 Tabletten DM 10,51, Reg.-Nr. 49240; OP mit 100 ml Saft DM 8,75, Reg.-Nr. 48829. Apothekenpflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an. ◆ Cilag-Chemie

## **Tylox<sup>®</sup> - mehr ist kaum zu machen.**

#### 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 Landestierärztekammer bestimmt Bezeichnungen nach Art. 21 in den Fachrichtungen

1. Theoretische Veterinärmedizin,
2. Tierhaltung und Tiervermehrung,
3. Lebensmittel tierischer Herkunft,
4. Klinische Veterinärmedizin,
5. Methodisch-theoretische Veterinärmedizin,
6. Ökologische Veterinärmedizin und

in Verbindungen dieser Fachrichtungen unter den in Art. 22 Abs. 1 genannten entsprechend anwendbaren Voraussetzungen.

(3) Gebietsbezeichnungen sind auch 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“ darf zusammen mit nicht mehr als zwei Gebietsbezeichnungen geführt werden.

(5) Die Landestierärztekammer 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 Ausnahmen zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist.

(6) Die Weiterbildung kann teilweise auch bei einem ermächtigten 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 hierfür geltenden vom Staatsministerium des Innern zu erlassenden besonderen Bestimmungen erfolgreich abgeleistet hat.

#### Art. 46

(1) Im übrigen finden auf die Berufsvertretungen der Tierärzte die Vorschriften des Ersten Teils sinngemäß Anwendung.

(2) Die berufsaufsichtlichen Verfahren nach Art. 32 bis 34 werden vom Vorstand oder dem hierfür bestellten Ausschuß des zuständigen tierärztlichen Bezirksverbandes durchgeführt.

(3) Im Falle des Art. 4 Abs. 6 tritt an 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 Dienstlegel. Sie hat ihren Sitz in München.

#### Art. 48

(1) Mitglieder der Landesapothekerkammer sind alle Personen, die in Bayern den Beruf als Apotheker entweder in selbständiger (Gruppe 1) oder in nichtselbständiger Stellung (Gruppe 2) ausüben.

(2) Sie sind verpflichtet, sich bei der Landesapothekerkammer an- und abzumelden.

#### 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 Landesapothekerkammer in geheimer, schriftlicher Wahl für vier Jahre in Wahlbezirken, 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 Delegiertenversammlung wählt den Vorstand. Sie beschließt insbesondere über die Berufsordnung, die Beltragsordnung, die Satzung und die Wahlordnung.

(3) Die Delegiertenversammlung ist vom Vorstand mindestens einmal im Jahr zu einer ordentlichen Sitzung einzuberufen. Darüber hinaus muß sie auf Anordnung des Staatsministeriums des Innern oder auf Antrag von mindestens fünfzehn Delegierten einberufen werden.

(4) Außer in den Fällen des Art. 12 verliert ein Delegierter seinen Sitz in der Landesapothekerkammer, wenn er aus der Gruppe der Apotheker, für die er als Delegierter gewählt ist, ausscheidet.

#### Art. 52

(1) Der Vorstand der Landesapothekerkammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten) und seinem Stellvertreter (Vizepräsidenten), dem zweiten Vorsitzenden und seinem Stellvertreter sowie vier Beisitzern.

(2) Die Mitglieder des Vorstandes 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 Bundesärzterordnung begangen haben. Endet die Mitgliedschaft nach Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens, so kann dieses fortgesetzt werden, sofern die Approbation (Bestellung) 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 Strafgesetzbuches 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 Deutsche Mark,
3. Entziehung der Delegierteneigenschaft oder der Mitgliedschaft in Organen der Berufsvertretung,
4. Entziehung der Wahlbarkeit zum Delegierten oder in Organen 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 anzuhelfen 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, des weiteren 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 Gerichtsbarkeit sein. Ihr Amt erlischt, wenn die Voraussetzung des Satzes 1 nachträglich wegfällt.

(3) Das Staatsministerium der Justiz bestimmt nach Anhörung der jeweiligen Landeskammer 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 Staatsministerium der Justiz einreichen. Die Vorschlagsliste muß mindestens um die Hälfte mehr Mitglieder der Berufsvertretung enthalten, als ehrenamtliche Richter zu bestellen sind. Scheidet ein ehrenamtlicher Richter vor Ablauf der Amtszeit aus, so ist für den Rest seiner Amtszeit ein Nachfolger nur zu bestellen, wenn hierfür ein Bedürfnis besteht.

### Art. 60

(1) Die Bestellung zum ehrenamtlichen Richter kann nur aus wichtigem Grund abgelehnt werden; als solcher gilt insbesondere

1. Vollendung des 65. Lebensjahres,
2. Krankheit oder Gebrechen,
3. andere ehrenamtliche Tätigkeit, wegen der die Übernahme des Amtes nicht zugemutet werden kann,

4. Tätigkeit als ehrenamtlicher Richter in den vorhergehenden fünf Jahren.

Über die Berechtigung der Ablehnung entscheidet das Staatsministerium der Justiz. In den Fällen des Satzes 1 Nrn. 2 und 3 ist die zuständige Landeskommission 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 in Organe der Berufsvertretung nicht besitzt,
7. wegen einer vorsätzlichen Tat zu einer Freiheitsstrafe rechtskräftig verurteilt worden ist, sofern die Strafe nicht getilgt ist,
8. nach Absatz 4 gehindert ist, das Richteramt auszuüben.

Werden Gründe, die einer Bestellung entgegenstehen, erst nachträglich bekannt, 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 ausüben,

1. solange seine Approbation, Bestellung 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 Disziplinerfahrens, sofern dieses eine Berufsverfehlung im Sinne dieses Gesetzes betrifft,
5. während der Dauer eines gegen ihn eröffneten Strafverfahrens, sofern das Verfahren ein vorsätzliches Vergehen oder ein Verbrechen zum Gegenstand hat.

(5) Stimmt ein ehrenamtlicher Richter dem Widerruf seiner Bestellung nach Absatz 2 Satz 2 nicht zu oder hält er die Voraussetzungen für das Erlöschen seines Richteramtes nach 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 Verfahren ist gebührenfrei.

#### Art. 61

Die Bestimmungen der Strafprozeßordnung (StPO) über die Ablehnung und Ausschließung von Gerichtspersonen gelten sinngemäß. Von der Ausübung des Amtes des berufsrichterlichen oder ehrenamtlichen Mitglieds eines Berufsgerichts ist auch ausgeschlossen, wer mit dem Sachverhalt, der Gegenstand eines berufsgerichtlichen Verfahrens ist, in einem anderen Verfahren, insbesondere als Mitglied eines Organs einer kassenärztlichen oder kassenärztlichen 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 Fassung.

#### Art. 63

(1) Alle Gerichte und Behörden sowie alle Körperschaften des öffentlichen Rechts heben den Berufsgerichten, dem Landesberufsgericht und dem Untersuchungsführer Amts- und Rechtshilfe zu leisten.

(2) Das Berufsgericht kann das Amtsgericht um die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen ersuchen.

#### Art. 64

Die Verteidigung von Zeugen und Sachverständigen ist im berufsgerichtlichen Verfahren nur zulässig, wenn es das Gericht zur Sicherung des Beweises oder wegen der ausschlaggebenden Bedeutung der Aussage oder zur Herbeiführung einer wahren Aussage für erforderlich hält.

#### Art. 65

Der Beschuldigte darf zur Durchführung des berufsgerichtlichen Verfahrens weder vorläufig festgenommen, noch verhaftet oder vorgeführt werden. Er kann nicht zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen psychischen Zustand in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht werden.

#### Art. 66

(1) Das berufsgerichtliche Verfahren wird eingeleitet auf Antrag

1. der zuständigen Berufsvertretung der untersten Ebene,
2. der Regierung,
3. eines Mitglieds der Berufsvertretung gegen sich selbst.

(2) Die Antragsteller haben die Tatsachen aufzuführen, 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 Berufsgericht die Zuständigkeit eines anderen Berufsgerichtes für gegeben, so verweist es die Sache durch Beschluß an dieses Gericht. Hält sich kein Berufsgericht für zuständig, so bestimmt das Landesberufsgericht das zuständige Berufsgericht. Die bei Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens begründete Zuständigkeit des Berufsgerichtes wird durch eine spätere Veränderung der die Zuständigkeit begründenden Umstände nicht berührt.

(4) Der Beschuldigte kann sich in jeder Lage des Verfahrens eines Mitglieds seiner Berufsvertretung als Beistand oder eines bei einem deutschen Gericht zugelassenen Rechtsanwalts als Verteidiger bedienen.

#### Art. 67

(1) Der Beschuldigte und sein Verteidiger sind berechtigt, nach Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens die Akten, die dem Berufsgericht vorliegen, einzusehen sowie öffentlich verwehrt Beweisstücke zu besichtigen. Vor Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens kann der Vorsitzende und, solange das Untersuchungsverfahren andauert, auch der Untersuchungsführer die Akteneinsicht versagen, wenn dadurch der Untersuchungszweck gefährdet würde. § 147 Abs. 3 StPO gilt entsprechend. Nach Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens kann das Recht des Beschuldigten auf persönliche Akteneinsicht nur bei Vorliegen schwerwiegender Gründe eingeschränkt oder versagt werden.

# Von morgens bis morgens

zuverlässige Betablockade bei  
Koronarer Herzkrankheit  
Funktionellen Herzbeschwerden  
Hypertonie



Täglich  
**1x1**  
Tablette

Ausgeprägt kardioselektiv

**TENORMIN<sup>®</sup> 50**  
**TENORMIN<sup>®</sup> 100**

Der  $\beta_1$ -Blocker mit Langzeitwirkung



ICI-Pharma  
Arzneimittelwerk  
Plankstadt

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 50 bzw. 100 mg Atenolol.

**Indikationen:** Hypertonie, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, hyperkinetisches Herzsyndrom, Dyskardien, psychogene und vegetative Herzbeschwerden.

**Kontraindikationen:** AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.). Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

**Nebenwirkungen:** Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.

**Dosierung:** 1 mal täglich 1 Filmtablette Tenormin 50. Falls erforderlich, Steigerung auf 1 mal täglich 2 Filmtabletten Tenormin 50 oder 1 mal täglich 1 Filmtablette Tenormin 100.  
**Wechselwirkungen:** Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der Anaesthetist über eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.

**Hinweise:** Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

**Antidote:** Atropin (0,5–2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg i.v.).  
**Handelsformen und Preise:** 50 mg Filmtabletten: Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,29; mit 56 Filmtabletten DM 51,18; mit 98 Filmtabletten DM 83,22; Anstaltspackungen. 100 mg Filmtabletten: Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 46,45; mit 56 Filmtabletten DM 84,93; mit 98 Filmtabletten DM 133,34; Anstaltspackungen.

(2) Die zuständige Berufsvertretung und die Regierung sind berechtigt, die Akten des berufsgerichtlichen Verfahrens einzusehen. Im übrigen darf Akteneinsicht nur gewährt werden, wenn ein berechtigtes Interesse glaubhaft gemacht ist und vorrangige schutzwürdige Belange des Beschuldigten oder eines Dritten nicht entgegenstehen.

(3) Nach Abschluß des berufsgerichtlichen Verfahrens ist Absatz 2 mit der Maßgabe anzuwenden, daß über die Akteneinsicht der Präsident des die Akten verwahrenden Gerichts entscheidet.

#### **Art. 68**

(1) Erweist sich der Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens als unzulässig oder als offensichtlich unbegründet, so kann der Vorsitzende des Gerichts den Antrag durch Beschluß zurückweisen. Er kann den Antrag auch zurückweisen, wenn die Durchführung eines Verfahrens wegen der Geringfügigkeit der erhobenen Beschuldigung nicht erforderlich erscheint; hält der Vorsitzende die Voraussetzungen für das Verfahren nach Art. 33 für gegeben, so übersendet er nach Ablauf der Frist des Absatzes 2 die Akten für die Erteilung der Rüge zuständigen Berufsvertretung.

(2) Gegen die Zurückweisung des Antrages nach Absatz 1 kann der Antragsteller innerhalb von zwei Wochen nach der Zustellung die Beschlußfassung des Berufsgerichtes beantragen.

(3) Wird der Antrag nicht nach Absatz 1 zurückgewiesen oder hat das Berufsgericht den Beschluß des Vorsitzenden aufgehoben, so stellt der Vorsitzende den Antrag dem Beschuldigten und den übrigen Antragsberechtigten mit der Aufforderung zu, sich innerhalb eines Monats zu dem Antrag zu äußern. Die Antragsberechtigten können dem berufsgerichtlichen Verfahren durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Berufsgericht in jeder Lage des Verfahrens als Antragsteller beitreten. Die Beitrittserklärung ist dem Beschuldigten und dem Antragsteller mitzuteilen.

#### **Art. 69**

(1) Ergibt sich aus Grund der Äußerungen, daß eine Verletzung der Berufspflichten nicht vorliegt, so gibt das Berufsgericht dem Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens keine Folge.

(2) Werden weitere Ermittlungen für erforderlich gehalten, so beauftragt das Gericht den Untersuchungslührer mit der Durchführung eines Untersuchungsverfahrens.

#### **Art. 70**

(1) Der Beschuldigte und der Antragsteller sind zu allen Beweiserhebungen zu laden. Der Beschuldigte ist in jedem Falle durch den Untersuchungslührer oder durch ein Gericht zu vernehmen.

(2) Der Untersuchungslührer hat zu allen Beweiserhebungen einen Schrittlührer beizuziehen und ihn, wenn er nicht Beamter ist, auf diese Amtstätigkeit zu verpflichten.

#### **Art. 71**

Liegt nach dem Ergebnis des Untersuchungsverfahrens eine Verletzung der Berufspflichten nicht vor oder ist sie nicht nachzuweisen, so stellt das Berufsgericht das Verfahren ein.

#### **Art. 72**

(1) Ergeben sich hinreichende Anhaltspunkte dafür, daß der Beschuldigte seine Berufspflichten verletzt hat, so eröffnet

das Berufsgericht das berufsgerichtliche Verfahren durch einen Beschluß (Eröffnungsbeschluß), in dem die Verfehlungen anzuführen sind. Der Beschluß ist dem Beschuldigten und dem Antragsteller zuzustellen.

(2) Erweist sich die Verletzung der Berufspflichten als geringfügig, so kann das Berufsgericht das Verfahren in jeder Lage durch unantastbaren Beschluß einstellen. Sind die Voraussetzungen für das Verfahren nach Art. 33 gegeben, so übersendet der Vorsitzende die Akten der zuständigen Berufsvertretung.

#### **Art. 73**

(1) Der Termin der Hauptverhandlung wird von dem Vorsitzenden des Gerichts anberaumt.

(2) Dem Beschuldigten und seinem Verteidiger oder Beistand sowie dem Antragsteller muß die Ladung mindestens zwei Wochen vor der Hauptverhandlung zugestellt werden.

(3) In leichteren Fällen kann das Berufsgericht ohne Eröffnungsbeschluß und ohne Hauptverhandlung durch Beschluß auf Verweis oder Geldbuße bis zu 1000 Deutsche Mark erkennen (abgekürztes Verfahren). Gegen diesen Beschluß können der Beschuldigte und der Antragsteller binnen zwei Wochen Einspruch erheben. Es findet dann die Hauptverhandlung statt.

(4) In der Hauptverhandlung kann sich der Beschuldigte durch einen Verteidiger vertreten lassen. Gegen einen Beschuldigten, der nicht erschienen und nicht vertreten ist, kann die Hauptverhandlung durchgeführt werden, wenn er ordnungsgemäß geladen und in der Ladung darauf hingewiesen ist, daß in seiner Abwesenheit verhandelt werden kann.

#### **Art. 74**

(1) Das Berufsgericht kann unbeschadet seiner Aufklärungspflicht beschließen, daß

1. Niederschriften über die frühere Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen im berufsgerichtlichen Verfahren oder in einem anderen gesetzlich geordneten Verfahren gegen den Beschuldigten,

2. das schriftliche Gutachten eines Sachverständigen zu verlesen sind. Einem Antrag auf Vernehmung dieses Zeugen oder eines Sachverständigen in der Hauptverhandlung ist zu entsprechen, wenn nicht der Zeuge oder der Sachverständige am Erscheinen verhindert ist oder ihm das Erscheinen wegen großer Entfernung nicht zugemutet werden kann.

(2) Der Beschluß nach Absatz 1 muß das zu verlesende Gutachten 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 (Absatz 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 Sacheaufklärung erforderlich ist.

#### **Art. 75**

(1) Ist gegen den Beschuldigten wegen desselben Sachverhalts ein strafgerichtliches Verfahrenhängig, so kann ein berufsgerichtliches Verfahren zwar eröffnet werden, es ist aber bis zur Beendigung des strafgerichtlichen Verfahrens

auszusetzen. Gleiches gilt, wenn ein solches Verfahren während des Laufes des berufsgerichtlichen Verfahrens anhängig wird. Das berufsgerichtliche Verfahren kann von Amts wegen oder auf Antrag eines Berechtigten fortgesetzt werden, wenn die Sacheufklärung gesichert ist; das gleiche gilt, wenn im strafgerichtlichen Verfahren aus Gründen nicht verhandelt werden kann, die in der Person des Beschuldigten liegen.

(2) Wird der Beschuldigte im strafgerichtlichen Verfahren freigesprochen, so kann wegen des Sachverhalts, der Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung war, ein berufsgerichtliches Verfahren nur fortgesetzt werden, wenn dieser Sachverhalt, auch ohne den Tatbestand einer Straf- oder Bußgeldvorschrift zu erfüllen, eine Verletzung der Berufspflichten enthält.

(3) Die tatsächlichen Feststellungen eines rechtskräftigen Urteils im Strafverfahren oder Bußgeldverfahren, auf denen die Entscheidung beruht, sind im berufsgerichtlichen Verfahren, das denselben Sachverhalt zum Gegenstand hat, für das Gericht bindend. Das Gericht hat jedoch die nochmalige Prüfung 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 Verfehlung einen Entzug der Approbation oder Bestellung 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 Bestellung entzogen, so stellt das Gericht das berufsgerichtliche 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 aufgenommen werden.

#### Art. 76

(1) Wird gegen ein beamtetes Mitglied der Berufsvertretungen, das einer Verletzung der Berufspflichten 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 Berufspflichten nicht als Dienstvergehen mit einer Disziplinarmaßnahme geahndet worden ist,
2. neben der Disziplinarmaßnahme Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 zusätzlich erforderlich sind, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten einzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wehren, oder
3. neben der Disziplinarmaßnahme Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nr. 3 oder Nr. 4 in Frage kommen.

#### Art. 77

(1) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, sind die Vorschriften des Gerichtsverfassungsgesetzes über Öffentlichkeit, Sitzungspolizei und Gerichtsspreche auf das Verfahren vor dem Berufsgericht und dem Landesberufsgericht entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschriften über ärztliche Schweigepflicht finden Anwendung.

(3) Die Öffentlichkeit 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 auf Tatsachen und Beweisergebnisse gestützt werden, die Gegenstand der Hauptverhandlung waren.

(3) Auf die Beretung 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 schriftlich abzulesen und mit Gründen zu versehen. Das Urteil ist von dem Vorsitzenden und den Beisitzern zu unterzeichnen und mit Rechtsmittelbelehrung dem Beschuldigten, seinem Verteidiger, seinem Belstand sowie dem Antragsteller zuzustellen.

#### Art. 79

(1) Gegen die Urteile der Berufsgerichte können der Beschuldigte und der Antragsteller Berufung einlegen.

(2) Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Berufsgericht schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Landesberufsgericht eingeht.

#### Art. 80

Für das Verfahren vor dem Landesberufsgericht gelten die Vorschriften über das Verfahren vor dem Berufsgericht entsprechend, soweit nichts 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 Eröffnungsbeschluß 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 Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache zurückverweisen, wenn das Verfahren erster Instanz an einem wesentlichen verfahrensrechtlichen Mangel leidet.

(4) Das Urteil 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 Rechtszug erlassenen Beschlüsse und gegen die Verfügungen des Vorsitzenden ist, soweit sie bei sinngemäßer Anwendung der Strefprozeßordnung anfechtbar sind, die Beschwerde zulässig. Sie ist binnen zweier Wochen nach Bekanntmachung der Entscheidung beim Berufsgericht des ersten Rechtszuges einzulegen.

(2) Wird die Beschwerde vom Beruetsgericht des ersten Rechtszuges für begründet erachtet, so hilft es ihr eb. Andernfalls legt es die Beschwerde binnen einer Woche dem Landesberuetsgericht vor. Das Landesberuetsgericht entscheidet durch Beschluß.

#### **Art. 83**

Ein nach diesem Gesetz durch rechtskräftige Entscheidung beendetes Verfahren kann unter denselben Voraussetzungen wieder outgenommen werden wie ein Strafverfahren. Die Wiederaufnahme kann von dem Beschuldigten oder den gemäß Art. 66 Abs. 1 Berechtigten beantragt werden.

#### **Art. 84**

(1) In jeder Entscheidung, die des Verfehren der Instanz beendet, muß bestimmt werden, wer die Kosten des Verfehrens zu tragen hat.

(2) Für das berufsgerichtliche Verfehren werden Gebühren nur erhoben, wenn auf eine der in Art. 56 genannten Maßnahmen erkannt wird. Die Gebühren hat der Beschuldigte zu tragen. Sie betragen für jede Instanz 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 Verfehrens 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 Auslagen 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 Verfehren herbeigeführt hat.

#### **Art. 85**

(1) Die dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen sind im Falle der Antragstellung nach Art. 33 Abs. 5 Satz 1 oder Art. 66 Abs. 1 Nr. 1 der Berufsvertretung und im Falle der Antragstellung nach Art. 66 Abs. 1 Nr. 2 der Staatskasse aufzuerlegen, wenn der Beschuldigte freigesprochen oder das Verfahren eingestellt wird, nachdem der Beschuldigte aufgetordert worden ist, sich zu dem Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfehrens zu äußern. Im übrigen trägt der Beschuldigte die ihm erwachsenen Auslagen selbst. § 467 Abs. 2 bis 4 StPO findet sinngemäß Anwendung.

(2) Die dem Beschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen können nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 ganz oder teilweise der Berufsvertretung oder der Staatskasse aufzuerlegt werden, wenn die zur Last 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 einge-

legten 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 der Zivilprozeßordnung zu erstatten wären, sowie die Auslagen eines sonstigen Beistandes.

(7) Für die Festsetzung und die Vollstreckung der dem Beschuldigten zu erstattenden notwendigen Auslagen gelten die Vorschriften für das Strafverfahren sinngemäß.

#### **Art. 86**

(1) Die auf Grund dieses Gesetzes ergangenen Entscheidungen werden vollstreckbar, soweit sie rechtskräftig geworden sind.

(2) Der Verweis gilt mit Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung als erteilt. Zum gleichen Zeitpunkt werden die Entziehung der Delegierteneigenschaft und der Mitgliedschaft in Organen der Berufsvertretung sowie die Entziehung der Wählbarkeit nach Art. 56 Abs. 1 Nr. 4 wirksam.

#### **Art. 87**

Soweit das 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 nach Art. 56 Abs. 1 sind nach zehn Jahren zu tilgen. Die über diese berufsgerichtlichen Maßnahmen entstandenen Vorgänge sind aus den Personalakten zu entfernen und zu vernichten.

(2) Die Frist beginnt mit dem Tage, an dem die berufsgerichtliche Maßnahme unentgeltbar geworden ist.

(3) Die Frist endet nicht, solange gegen den Betreffenden ein Strafverfahren, ein berufsgerichtliches Verfehren oder ein Disziplinarverfahren anhängig ist, eine andere berufsgerichtliche Maßnahme noch nicht zu tilgen ist oder ein auf Geldbuße lautendes berufsgerichtliches Urteil noch nicht vollstreckt ist.

(4) Nach Ablauf der Frist dürfen die Berufspflichtverletzung und die Verurteilung dem Betreffenden im Rechtsverkehr nicht mehr vorgehalten und zu seinem Nachteil verwertet werden.

(5) Die Absätze 1 bis 4 finden bei berufsaufsichtlichen Maßnahmen nach Art. 33 entsprechend Anwendung, wobei die Tilgungsfrist fünf Jahre beträgt.

#### **Art. 90**

(1) Die persönlichen und sachlichen Kosten der Berufgerichtsbarkeit sind dem Freistaat Bayern am Schluß eines jeden Rechnungsjehres von den Landesammern im Verhältnis der Zahl der Berufgerichtsverfahren, die die Mitglieder der einzelnen Berufsvertretungen betreffen, zu erstatten.

(2) Soweit die Einnahmen des Berufsgerichts an Kosten und Geldbußen die nach Absatz 1 dem Freistaat Bayern zu erstattenden Kosten übersteigen, sind sie im nächsten Rechnungsjahr in dem in Absatz 1 genannten Verhältnis den Landesammern zur Verwendung für die bei ihnen bestehenden Wohlfahrtseinrichtungen zuzuführen.

(3) Das Staatsministerium der Justiz kann im Benehmen mit dem Staatsministerium des Innern mit den einzelnen Berufsvertretungen einstelle der in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Einzelberechnung Pauschalersatzungen vereinbaren.

#### **Art. 91**

Das Staatsministerium der Justiz führt die Aufsicht über die Berufgerichte und das Landesberufgericht.

## **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 Beitragsordnungen 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 Staatsministerien des Innern und der Justiz erlassen die zum Vollzug dieses Gesetzes erforderlichen Ausführungs- und Überleitungsvorschriften.

#### **Art. 94 \*)**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. August 1957 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft

1. die Abschnitte 2 (Die Deutsche Tierärzteschaft), 3 (Bestrafung von Berufsvergehen) und 4 (Staatsaufsicht) der Reichstierärzteordnung vom 3. April 1936 (RGBl I S. 347) in der Fassung 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 Reichstierärzteordnung vom 5. März 1937 (RGBl I S. 278) sowie die Verordnung über die Errichtung einer Tierärztekammer für den Staat Bayern vom 31. Mai 1946 (GVBl S. 191),
2. die Abschnitte 2 (Die Reichsapothekerkammer und die Bezirksapothekerkammern), 3 (Berufgerichtsbarkeit) und 4 (Staatsaufsicht) der Reichsapothekerordnung vom 18. April 1937 (RGBl I S. 457) sowie die Verfahrensordnung für die Apothekerberufgerichte vom 8. Oktober 1937 (RGBl I S. 1122).

\*) Diese Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Gesetzes in der ursprünglichen Fassung vom 15. Juli 1957 (GVBl S. 162, ber. S. 176). Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der späteren Änderungen ergibt sich aus den jeweiligen Änderungsgesetzen.

# Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 1. Januar 1978 (BayÄBl. 1977, Sondernummer Dezember, S. 22 ff.) in der Fassung des Beschlusses des 32. Bayerischen Ärztetages vom 14. Oktober 1979 (BayÄBl. 1979/1179)

## Gelöbnis

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 alle mir anvertrauten Geheimnisse 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, Nationalität, Rasse noch nach Parteilzugehörigkeit 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 nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(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 darf 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, daß das notwendige Ver-

treuensverhältnis 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 gutachterlichen Tätigkeit, außerhalb 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 Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt hat die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten.

(3) Der Arzt hat seine Gehilfen und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an 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 Verfahren.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im öffentlichen oder privaten Auftrag 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, als der Patient nicht etwas anderes bestimmt.

(7) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen 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 Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln.

**Herausforderungen  
haben wir immer schon angenommen**

**MSD**

**Das  
Rheuma-Programm**

Rheuma, eine Geißel der Menschheit.  
Im Kampf gegen sie gelang in Zusammenarbeit  
mit unseren Forschungslaboratorien die erste Cortison-  
Synthese – ein großer Fortschritt in der Medizin,  
eine echte Hilfe für die Therapie. In den Laboratorien  
von MSD aber leiten solche Entdeckungen immer  
neue Entwicklungen ein.

Vorläufige Höhepunkte dieser Forschung sind die  
nicht-hormonellen Antiphlogistika wie Indometacin  
oder das Sulindac. Diese Heilmittel machten  
Therapie-Geschichte, sie bedeuten  
Hoffnung für die wachsende Zahl  
der an Rheuma Leidenden.

**An der Seite  
des Arztes**



**Für den Fortschritt  
der Medizin**

(2) Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder den Patienten an einen anderen Arzt zu überwiesen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint und der Patient einverstanden oder sein Einverständnis anzunehmen ist.

Den Wunsch des Patienten 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 Befunde zu übermitteln und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwas anderes bestimmt. Dies gilt insbesondere auch bei der Krenkenhauseinweisung und Krankenhausentlassung. Originellunterlagen sind zurückzugeben.

#### § 4

##### Verpflichtung zur Weiterbildung

Der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter, unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

#### § 5

##### Erhaltung des ungeborenen Lebens

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Arzt kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

#### § 6

##### Sterilisation

Für Sterilisationen sind medizinische, genetische oder soziale Gründe zulässige Indikationen.

#### § 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:

- e) 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 audiovisueller 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 Landesärztekammer (Kemmer) 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 ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an 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 abzuhalten. Der zuständige Ärztliche Bezirksverband kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigpraxis (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 dürfen von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind. Dabei muß insbesondere sichergestellt sein, daß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen wird.

Sofern Weisungsbefugnis von Ärzten gegenüber Ärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verantwortung entbunden.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Kemmer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

#### § 11

##### Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztliche Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.

(3) Die Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll, auch wenn sie nach den Grundsätzen des § 2 zulässig ist, an nichtärztliche Stellen oder an Ärzte, die nicht an der Behandlung beteiligt sind, in der Regel nur in Verbindung mit der Erstattung 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 Absatzes 1 auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

## § 12

### Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind anzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

Dies gilt auch für die Ausstellung von Zeugnissen für Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung.

## § 13

### Ausbildung von Mitarbeitern

Der Arzt hat bei der Ausbildung seiner Mitarbeiter die für die Berufsausbildung bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

## § 14

### Ärztliches Honorar

(1) Die Honorarforderung des Arztes muß angemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt hat dabei die besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand, 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 kann 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 allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen. Sie sind aufgrund seiner Aufzeichnungen aufzugliedern, so daß eine Nachprüfung möglich ist.

(4) Der Arzt darf ein Gutachten über die Angemessenheit der Honorarforderung eines anderen Arztes nur im Auftrag von Gerichten, im amtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Kammer abgeben.

## § 15

### Kollegiales Verhalten

(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Satz 1 bleibt unberührt, bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine

ärztliche Überzeugung auszusprechen. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berufsunwürdig.

(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.

(3) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

(4) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

(5) Nachuntersuchungen erbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitstätigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder amtsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

## § 16

### Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Patienten behandeln. Wird der Arzt von einem Patienten in Anspruch genommen, der bereits in Behandlung eines anderen Arztes steht, so hat er darauf hinzuwirken, daß der vor ihm zuzugewogene 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 hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

(3) Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überweisung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet.

(4) Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

(5) Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen abhalten. Sie sollen 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 ausüben.

(2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(3) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung auslöst, insgesamt länger als drei Monate im Kalenderjahr dauert.

(4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt 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 anderen Arzt fortgeführt werden.

(6) Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelesenen Arzt voraus. Sie ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen.

## § 18

### Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere 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 gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ist der Kammer anzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

## § 20

### Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelesene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag kann ein Arzt aus schwerwiegenden Gründen vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend befreit werden. Dies gilt insbesondere

1. bei körperlichen Behinderungen,
2. bei besonders belastenden familiären Pflichten,
3. bei Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nach Absatz 1 Satz 2 ist der Ärztliche Kreisverband zuständig, dessen Mitglied der Antragsteller ist, soweit die Kammer einen Notfalldienst selbst eingerichtet hat. Satz 1 gilt auch, wenn der Notfalldienst von einem anderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller aber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Kammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(4) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(5) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist. § 7 gilt sinngemäß.

## § 21

### Werbung und Anpreisung

(1) Jegliche Werbung und Anpreisung ist dem Arzt untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig,

- a) öffentliche Danksagungen oder anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen,
- b) Arzneimittel, Heilmittel oder Verfahren 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) Standesunwürdig ist es auch, eine anerkannte Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich auf dem Praxisschild anzuzeigen, wenn der Arzt in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich nicht tätig ist.

(3) Dem Arzt ist auch jede mittelbare Werbung verboten, indem er Krankenhäuser, Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Arzneimittel, Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben. Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung, die ohne seine Mitwirkung erfolgt ist, auf das betreffende Unternehmen einzuwirken, damit eine Werbung in der durch diese Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

Als mittelbare Werbung sind solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen, in denen ein Krankenhaus, Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet lediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angibt. Diese Ausnahme liegt nicht vor, wenn sich aus den Umständen des Einzelfalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung des Krankenhauses, Sanatoriums, Instituts oder Klinik zum Zwecke der Umgehung des Werbeverbotes für seine Tätigkeit benutzt. Ein solches Verhalten ist verbundene Werbung nach Absatz 1 Satz 1.

(4) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

(5) In Veröffentlichungen ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verpflichtet.

## § 22

### Arzt und Öffentlichkeit

(1) Die Veröffentlichung wissenschaftlicher Berichte in Verbindung mit dem eigenen Namen in Fachzeitschriften sowie die Unterrichtung anderer Ärzte über die Möglichkeit, spezielle diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch den unterrichtenden Arzt durchführen zu lassen, sind zulässig.

(2) Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf 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 ärztliche 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 Nichterztes für notwendig hält und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

(3) Der Arzt darf sich durch einen Nichterzt 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 einzunehmen.

(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 sechlich gebotenen Grund keine Erzeugnisse bestimmter Hersteller nennen.

(5) Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie soll sich auf eine fachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungsweise von Arznei- und Hilfsmitteln 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 Firmennamen 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, heben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ anzuzeigen.

(2) Ärzte, welche Geburtshilfe ausüben, dürfen den Zusatz „Geburtsheifer“ 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 gestellt 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 Praxisschilder anbringen.

(3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Heus, 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. 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.

Die Änderungen aufgrund des Beschlusses des 32. Bayerischen Ärztetages traten am 1. Januar 1980 in Kraft.

# Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 1. Januar 1978

(„Bayerisches Ärzteblatt“ 1977, Sondernummer Dezember 1977, Seite 28 ff.) in der Fassung der Änderungen (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1978, Seite 1429, „Bayerischen Ärzteblatt“ 1979, Seite 1180, und „Bayerischen Ärzteblatt“ 1980, Seite 1183f.)

## § 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 Kardiovaskularchirurgie
  - 5.5 Unfallchirurgie
6. Dermatologie und Venerologie
7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Teilgebiet:
  - 8.1 Phoniatrie und Pädaudiologie
9. Innere Medizin  
Teilgebiete:
  - 9.1 Endokrinologie
  - 9.2 Gastroenterologie
  - 9.3 Hämatologie
  - 9.4 Kardiologie
  - 9.5 Lungen- und Bronchialheilkunde
  - 9.6 Nephrologie
  - 9.7 Rheumatologie
10. Kinderheilkunde  
Teilgebiet:
  - 10.1 Kinderkardiologie
11. Kinder- und Jugendpsychiatrie
12. Laboratoriumsmedizin
13. Lungen- und Bronchialheilkunde
14. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

15. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
16. Nervenheilkunde  
(Neurologie und Psychiatrie)
17. Neurochirurgie
18. Neurologie
19. Nuklearmedizin
20. Öffentliches Gesundheitswesen
21. Orthopädie  
Teilgebiet:
  - 21.1 Rheumatologie
22. Pathologie  
Teilgebiet:
  - 22.1 Neuropathologie
23. Pharmakologie  
Teilgebiet:
  - 23.1 Klinische Pharmakologie
24. Psychiatrie
25. Radiologie  
Teilgebiet:
  - 25.1 Strahlentherapie
26. Rechtsmedizin
27. 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. Flugmedizin
6. Homöopathie
7. Medizinische Genetik
8. Medizinische Informatik
9. Naturheilverfahren
10. Physikalische Therapie
11. Plastische Operationen
12. Psychoanalyse
13. Psychotherapie
14. Sportmedizin
15. Stimm- und Sprechstörungen
16. Transfusionsmedizin
17. 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 umfaßt insbesondere die 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 der Begutachtung und den notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation.

(3) Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Weiterbildungsordnung. Die dort angegebenen Weiterbildungszeiten sind Mindestzeiten. Tätigkeitsabschnitte unter 6 Monaten können nur dann auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn dies in der Anlage zur Weiterbildungsordnung vorgesehen ist. Eine Unterbrechung der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub, Wehrdienst usw. von mehr als 1 Monat oder von insgesamt mehr als 6 Wochen im Kalenderjahr kann grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

(4) Die Weiterbildung hat sich auf die Vermittlung und den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in dem für das Gebiet, das Teilgebiet oder für den Bereich in der Anlage zur Weiterbildungsordnung festgelegten Tätigkeitsbereichen zu erstrecken.

(5) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten ist ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Wenn eine ganztägige Weiterbildung aus persönlichen Gründen unzumutbar ist, kann die Weiterbildung für eine Zeit von höchstens 4 Jahren halbtägig erfolgen, wobei diese Zeit bis zur Hälfte anrechnungsfähig ist. Eine ganztägige Weiterbildung ist aus persönlichen Gründen insbesondere dann unzumutbar, wenn sie für den weiterzubildenden Arzt aus zwingenden familiären Gründen eine besondere Härte bedeuten würde. Eine Teilzeiterweiterbildung kann nur dann angerechnet werden, wenn sie vorher der Bayerischen Landesärztekammer (Kemmer) angezeigt und von dieser als anrechnungsfähig bestätigt worden ist.

(6) In den in der Anlage zur Weiterbildungsordnung genannten Gebieten sind der Weiterbildende und die Weiterbildungsstätte während der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit wenigstens einmal zu wechseln. Die Kammer kann im Einzelfall auf vorherigen Antrag Ausnahmen von dieser Verpflichtung zulassen, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist und die Erfüllung der Verpflichtung für den Weiterzubildenden eine besondere Härte bedeuten würde.

(7) Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher auch eigene Praxis ausgeübt wird, ist auf Weiterbildungszeiten für Gebiete und Teilgebiete nicht anrechnungsfähig.

(8) Anrechnungsfähige Zeiten für ein Gebiet sollen in der Regel am Anfang der Weiterbildungszeit abgeleistet werden. Dementsprechend soll die Weiterbildung in einem Teilgebiet auch in der Regel auf der Weiterbildung im zugehörigen Gebiet aufbauen; sie kann nach Maßgabe der Anlage zur Weiterbildungsordnung teilweise in dem Gebiet durchgeführt werden, dem das Teilgebiet zugehört.

(9) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit für ein Gebiet soll mindestens 1 Jahr unter Leitung eines Arztes abgeleistet werden, der im vollen Umfang zur Weiterbildung ermächtigt ist.

### § 4

#### Bezeichnungen

(1) Für die in § 2 genannten Gebiete werden die folgenden Bezeichnungen festgelegt:

1. Allgemeinarzt oder Arzt für Allgemeinmedizin
2. Anästhesist oder Arzt für Anästhesiologie
3. Arbeitsmediziner oder Arzt für Arbeitsmedizin
4. Augenarzt oder Arzt für Augenheilkunde
5. Chirurg oder Arzt für Chirurgie
6. Hautarzt oder Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
7. Frauenarzt oder Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8. Hals-Nasen-Ohrenarzt 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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie
12. Laborarzt oder Arzt für Laboratoriumsmedizin
13. Lungenarzt (Pneumologe) oder Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
14. Mikrobiologe und Infektionsepidemiologe oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
15. Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
16. Nervenarzt oder Arzt für Neurologie und Psychiatrie
17. Neurochirurg oder Arzt für Neurochirurgie
18. Neurologe oder Arzt für Neurologie
19. Nuklearmediziner oder Arzt für Nuklearmedizin
20. Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen
21. Orthopäde oder Arzt für Orthopädie
22. Pathologe oder Arzt für Pathologie
23. Pharmakologe oder Arzt für Pharmakologie
24. Psychiater oder Arzt für Psychiatrie
25. Radiologe oder Arzt für Radiologie
26. Rechtsmediziner oder Arzt für Rechtsmedizin
27. Urologe oder Arzt für Urologie

(2) Besitzt ein Arzt die Anerkennung zum Führen von Bezeichnungen für mehrere Gebiete, so darf er für die folgenden verwendeten Gebiete diese Bezeichnungen nebeneinander führen:

**Allgemeinmedizin**  
einsam

**Anästhesiologie**  
mit Chirurgie oder Innere Medizin oder Pharmakologie

**Arbeitsmedizin**  
mit Augenheilkunde oder Chirurgie oder Dermatologie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder innere Medizin oder Lungen- und Bronchialheilkunde oder Neurologie oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopädie oder Pharmakologie

**Augenheilkunde**

mit Arbeitsmedizin oder Neurologie

**Chirurgie**

mit Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Hals-Nasen-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

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

mit Chirurgie oder Radiologie oder Urologie

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

mit Arbeitsmedizin oder Chirurgie oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder Radiologie

**Innere Medizin**

mit Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Dermatologie und Venerologie oder Kinderheilkunde oder Laboratoriumsmedizin oder Lungen- und Bronchialheilkunde oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Nuklearmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Psychiatrie oder Radiologie

**Kinderheilkunde**

mit Dermatologie und Venerologie oder Innere Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Laboratoriumsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Radiologie

**Kinder- und Jugendpsychiatrie**

mit Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Psychiatrie oder Rechtsmedizin

**Laboratoriumsmedizin**

mit Dermatologie und Venerologie oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Nuklearmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen

**Lungen- und Bronchialheilkunde**

mit Arbeitsmedizin oder Innere Medizin oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologie

**Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie**

mit Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Laboratoriumsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen

**Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

mit Chirurgie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**Nervenheilkunde**

mit Innere Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Neurochirurgie oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Radiologie oder Rechtsmedizin

**Neurochirurgie**

mit Chirurgie oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Orthopädie oder Radiologie

**Neurologie**

mit Arbeitsmedizin oder Augenheilkunde oder Innere Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Neurochirurgie oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Radiologie

**Nuklearmedizin**

mit Innere Medizin oder Laboratoriumsmedizin oder Radiologie

**Öffentliches Gesundheitswesen**

mit Arbeitsmedizin oder Dermatologie und Venerologie oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 Radiologie

**Pathologie**

mit Rechtsmedizin

**Pharmakologie**

mit Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Psychiatrie oder Rechtsmedizin

**Psychiatrie**

mit Innere Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologie oder Rechtsmedizin

**Radiologie**

mit Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe 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 Jugendpsychiatrie oder Nervenheilkunde oder Öffentliches Gesundheitswesen oder Pathologie oder Pharmakologie oder Psychiatrie

**Urologie**

mit Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Radiologie

Andere als die in Satz 1 genannten Bezeichnungen dürfen nicht nebeneinander geführt werden.

Die Bezeichnung „Allgemeinarzt“ oder „Arzt für Allgemeinmedizin“ darf nicht neben einer anderen Bezeichnung geführt werden. Das gilt für des Führen der Bezeichnung „prekterischer Arzt“ entsprechend.

(3) Teilgebietsbezeichnungen nach § 2 Absatz 1 dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung des Gebietes geführt werden, dem die Teilgebiete zugehören.

(4) Die Zusatzbezeichnungen 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 zugelassenen Krankenhausabteilungen, in zugelassenen Instituten oder in anderen zugelassenen Einrichtungen (Weiterbildungs-

stätten) durchgeführt. Die Weiterbildung in Bereichen erfolgt durch ermächtigte Ärzte, soweit dies in der Anlage zur Weiterbildungsordnung vorgesehen ist.

Die Weiterbildung im Gebiet „Allgemeinmedizin“ sowie in Gebieten, auf die sich das Recht der Europäischen Gemeinschaften nicht bezieht, kann zu dem in der Anlage zur Weiterbildungsordnung festgelegten Umfang bei einem ermächtigten niedergelassenen Arzt erfolgen. Satz 3 gilt auch 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 langjähriger Tätigkeit nach Abschluß der Weiterbildung in verantwortlicher Stellung erworben haben. Die Ermächtigung kann nur für das Gebiet 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 leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten. Wird die Ermächtigung mehreren Ärzten an einer Weiterbildungsstätte gemeinsam erteilt, so muß die ordnungsgemäße Durchführung und Überwachung der Weiterbildung durch die ermächtigten Ärzte sichergestellt sein.

(4) Unbeschadet der in § 3 Absatz 6 für den in der Weiterbildung befindlichen Arzt festgelegten Verpflichtung, die Weiterbildungsstätte einmal zu wechseln, werden Ärzte, bei denen die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen vorliegen, in dem Umfang zur Weiterbildung ermächtigt, in dem an der Weiterbildungsstätte die in der Anlage zur Weiterbildungsordnung in den Inhalt der Weiterbildung in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich gestellten Anforderungen erfüllt werden können.

(5) Die Ermächtigung wird dem Arzt auf Antrag erteilt. Der Antragstellende Arzt hat das Gebiet, Teilgebiet oder den Bereich und die Weiterbildungszeit, für die er die Ermächtigung beantragt, näher zu bezeichnen. Die Kammer führt ein Verzeichnis der ermächtigten Ärzte, aus dem die jeweilige Weiterbildungsstätte, 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 an der Weiterbildungsstätte erlischt seine Ermächtigung zur Weiterbildung.

(3) Ändern sich die für die Erteilung der Weiterbildungs-ermächtigung maßgebend gewesenen Voraussetzungen, so ist der Umfang der Weiterbildungs-ermächtigung den geänderten Verhältnissen anzupassen. Der ermächtigte Arzt ist

verpflichtet, diese Änderungen der Kammer unverzüglich mitzuteilen.

## § 7

### Erteilung von Zeugnissen über die Weiterbildung

(1) Der ermächtigte Arzt hat dem in der Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter seiner Verantwortung abgeleitete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen, das die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausführlich darlegt. Das Zeugnis muß im einzelnen Angaben enthalten über:

1. die Dauer der abgeleiteten Weiterbildungszeit sowie Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krankheit, Schwangerschaft, Sonderberufsaübung, Wehrdienst usw.;
2. die in dieser Weiterbildungszeit im einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten; die für den Erwerb dieser Kenntnisse und Fähigkeiten erbrachten ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Operationen) sind ausführlich darzustellen;
3. die fachliche Eignung.

(2) Auf Antrag des in Weiterbildung befindlichen Arztes ist nach Ablauf je eines Weiterbildungsjahres ein Zeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Absatzes 1 entspricht.

## § 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, daß

1. Patienten in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, daß der weiterzubildende Arzt die Möglichkeit hat, sich mit den typischen Krankheiten des Gebietes, Teilgebietes oder Bereiches, auf das sich die Bezeichnung bezieht, vertraut zu machen,
2. Personal und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen.

(2) Für Institute gilt Absatz 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß mindestens einer der leitenden oder verantwortlichen Ärzte zur entsprechenden Weiterbildung ermächtigt wird.

## § 9

### Anerkennung zum Führen von Bezeichnungen

(1) Eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nach § 4 darf führen, wer nach abgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat.

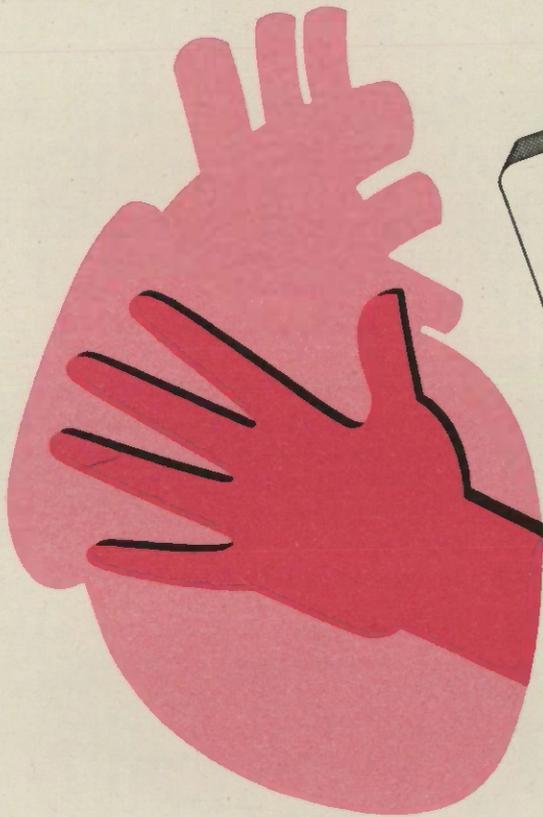
Dem Antrag auf Anerkennung sind alle während der Weiterbildung ausgestellten Zeugnisse und Nachweise beizufügen.

(2) Die Entscheidung über den Antrag auf Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung erfolgt durch die Kammer aufgrund einer Prüfung der vorgelegten Zeugnisse über den Inhalt, den Umfang und das Ergebnis der nach abgeschlossener Berufsausbildung durchlaufenen Weiterbildung in dem vom Antragsteller gewählten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich und der erworbenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse in einem Fachgespräch durch den Ausschuß der Kammer (Prüfungsausschuß).

(3) Die Anerkennung zum Führen der in § 2 Absatz 2 festgelegten Zusatzbezeichnungen erfolgt grundsätzlich ohne

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

# Nitro Mack Retard



# Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Illertissen

**Zusammensetzung:** Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin. Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiete:** Langzeittherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen; Angina pectoris; Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf.

**Wechselwirkungen:** Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2-3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1980)

Prüfung allein aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise. Bestehen aufgrund der Zeugnisse Zweifel an der fachlichen Eignung des Antragstellers, kann im Einzelfall die Durchführung einer Prüfung angeordnet 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 unbeschadet des gegebenenfalls vom Bayerischen Staatsministerium des Innern zu bestimmenden weiteren Mitgliedes die Kammer; dabei ist die Reihenfolge der Stellvertreter 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 kann auch bei Abwesenheit des vom Bayerischen Staatsministerium des Innern bestimmten Mitgliedes durchgeführt werden.

(3) Die Kammer bestimmt den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses.

(4) Der Prüfungsausschuß beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(5) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

(6) Zur Beratung 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 geprüfte Gebiet, Teilgebiet oder für den Bereich haben müssen. Die Mitglieder, ihre Stellvertreter und den Vorsitzenden bestimmt die Kammer.

(7) Die Bestellung der Mitglieder und Stellvertreter des Prüfungsausschusses sowie der Mitglieder und Stellvertreter des Widerspruchsausschusses erfolgt schriftlich für die Dauer der laufenden 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 abgeschlossen sowie durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist. Eine Ablehnung der Zulassung ist dem Antragsteller mit Begründung schriftlich mitzuteilen.

(2) Die Zulassung ist zurückzunehmen, wenn ihre Voraussetzungen zu Unrecht als gegeben angenommen waren.

## § 12

### Prüfung

(1) Die Kammer setzt den Termin der Prüfung im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses fest.

Die Prüfung soll in angemessener Frist nach der Zulassung stattfinden. Der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

(2) Die Prüfung 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 durchgeführten Weiterbildungsabschnitte werden durch die vorgelegten Zeugnisse nachgewiesen. Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch vor dem Prüfungsausschuß dargelegt. Der Prüfungsausschuß entscheidet aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und der ergänzenden mündlichen Darlegungen des Antragstellers, ob dieser die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen und die vorgeschriebenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse auf 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 an die Weiterbildung stellen.

(5) Wenn der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fernbleibt oder sie ohne ausreichenden Grund abbricht, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

## § 13

### Prüfungsentscheidung

(1) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilt der Kammer das Ergebnis der Prüfung mit.

(2) Bei Bestehen der Prüfung stellt die Kammer dem Antragsteller eine Urkunde über das Recht zum Führen der Bezeichnung aus (Anerkennung).

(3) Bei Nichtbestehen der Prüfung erteilt die Kammer dem Antragsteller einen schriftlichen Bescheid mit Begründung einschließlich der vom Prüfungsausschuß beschlossenen Auflagen.

(4) Gegen den Bescheid der Kammer nach Absatz 3 kann der Antragsteller Widerspruch nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung (§§ 68 bis 73) einlegen. Über den Widerspruch entscheidet die Kammer nach Anhörung des Widerspruchsausschusses.

## § 14

### Wiederholungsprüfung

Eine nicht bestandene Prüfung kann frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Für die Wiederholungsprüfung gelten die §§ 10 bis 13 entsprechend.

## § 15

### Anerkennung bei abweichendem Weiterbildungs-gang

(1) Wer in einem von § 3 abweichenden Weiterbildungs-gang eine Weiterbildung abgeschlossen hat, erhält auf Antrag 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 abweichende oder eine abgeschlossene, aber nicht gleichwertige Weiterbildung kann unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten nach den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden. Die Kammer rechnet die bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten an, wenn und soweit die Weiterbildung gleichwertig ist.

## § 16

### Weiterbildung außerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin

(1) Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften ein in einem Mitgliedstaat erworbenes fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnachweis für ein Gebiet, Teilgebiet oder einen Bereich besitzt, erhält auf 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 Heimat- oder Herkunftsstaates darüber verlangen, daß die betreffende ärztliche Tätigkeit tatsächlich und rechtmäßig während eines Zeitraumes ausgeübt 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 in einem der Mitgliedstaaten abgeschlossenen Weiterbildung, die noch nicht zu einem Befähigungsnachweis gemäß Absatz 1, Satz 1 geführt hat und die Anrechnung dort abgeleiteter Weiterbildungszeiten nach § 15 Absatz 2.

(3) Eine Weiterbildung außerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin oder eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist und eine Weiterbildung von mindestens zwölf Monaten in einem angestrebten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet wurde. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, wenn sie von einem Arzt abgeleistet wurde, der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist. Die in Satz 1 geforderte zusätzliche Weiterbildungszeit in der Bundesrepublik Deutschland entfällt bei deutschen Bewerbern aus der Deutschen Demokratischen Republik oder Berlin (Ost), die dort ihre Weiterbildung abgeleistet haben.

(4) Im Falle der Anerkennung ist die Bezeichnung in deutscher Sprache zu führen.

### § 16 a Anerkennungsentgelte

Für die Anerkennung einer Weiterbildung erhebt die Kammer ein Entgelt. Dieses beträgt

- |  |          |
|--|----------|
| 1. in einem Gebiet:                          | DM 300,- |
| 2. in einem Teilgebiet:                      | DM 200,- |
| 3. in einem Bereich                          |          |
| e) wenn eine Prüfung durchgeführt wird       | DM 100,- |
| b) wenn eine Prüfung nicht durchgeführt wird | DM 50,-  |

Die Kammer erhebt jeweils die Hälfte des Entgelts nach den Nummern 1, 2 und 3 a, wenn die Prüfung nicht bestanden wird.

## § 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 Absatz 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 Krankheiten, 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 Voraussetzungen nach Satz 1 gegeben sind.

## § 19

### Übergangs- und Schlußbestimmungen

(1) Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß die in dieser 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 aufgrund 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 auch nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung mit der Maßgabe, daß spätestens nach Ablauf einer Frist von 3 Jahren die Bezeichnung auf die in § 4 festgelegten Bezeichnungen (Arzt für ... oder entsprechende Kurzform) umgestellt werden muß.

(3) Wer bei Einführung einer neuen Bezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich, für das bzw. für den diese Bezeichnung eingeführt worden ist, innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig tätig war, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen dieser Bezeichnung erhalten. Abweichendes ist in der Anlage zur Weiterbildungsordnung für einzelne Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche bestimmt.

Der Antrag kann nur innerhalb von 2 Jahren nach Einführung einer neuen Bezeichnung gestellt werden; bei der Entscheidung über den Antrag kann die Kammer auch Zeiten regelmäßiger Berufstätigkeit berücksichtigen, die innerhalb der Antragsfrist abgeleistet wurden.

Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebene Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich zu erbringen. Aus dem Nachweis muß hervorgehen, daß der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend in dem betreffenden Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig gewesen ist und dabei umfassende

Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich erworben hat.

(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. Soweit durch Änderungen der Weiterbildungsordnung Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche neu eingeführt werden, ist abweichend von Satz 1 anstelle des Inkrafttretens der Weiterbildungsordnung das Inkrafttreten der jeweiligen Änderung der Weiterbildungsordnung maßgebend.

(5) Soweit sich durch Änderungen der Weiterbildungsordnung die inhaltlichen oder zeitlichen Anforderungen an den jeweiligen Weiterbildungsgang erhöhen, gilt dies nicht für Ärzte, die ihre jeweilige Weiterbildung vor Inkrafttreten der Änderung der Weiterbildungsordnung begonnen haben.

## § 20

### Inkrafttreten

Diese Änderungen der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns treten am 1. Januar 1981 in Kraft.

Rothenburg o. d. T., den 12. Oktober 1980

gez. Professor Dr. 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.

Die vom 33. Bayerischen Ärztetag am 12. Oktober 1980 beschlossenen Änderungen („Bayerisches Ärzteblatt“ 1980, Seite 1183f.) treten am 1. Januar 1981 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 Integregation 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

devon

1½ Jahre Innere Medizin, angerechnet werden können 6 Monate Kinderheilkunde;

1 Jahr Chirurgie, angerechnet werden können bis zu 6 Monate 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 komplizierter Krankheitsverläufe, der Behandlung von Notfällen, der Integregation 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

devon 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 Jahre

davon 2 Jahre innere Medizin.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Allgemeinmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie oder Unfallchirurgie, oder innerhalb dieses Jahres bis zu 6 Monaten Weiterbildung entweder in Laboratoriumsmedizin, Physiologie oder Toxikologie;

2 Jahre praktische Tätigkeit in der „Arbeitsmedizin“.

In dieser Zeit ist ein 3monatiger theoretischer Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf, zu absolvieren.

Abweichend von § 19 Absatz 3 gilt folgende Übergangsbestimmung:

Ein Arzt, der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung als Betriebsarzt, als Gewerbearzt, als Arzt in einem arbeitsmedizinischen Hochschulinstitut, im ärztlichen Dienst der Bundesanstalt für Arbeit oder einer vergleichbaren Einrichtung mindestens 4 Jahre hauptberuflich oder in besonders verantwortlicher arbeitsmedizinischer Stellung tätig ist und die Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ besitzt, erhält auf Antrag die Berechtigung, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ zu führen. Hat er die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ aufgrund der in der Anlage zur bisherigen Berufsordnung enthaltenen Übergangsregelung erhalten, muß er diese Zusatzbezeichnung bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung mindestens 2 Jahre besitzen.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den Grundlagen der Arbeitsmedizin einschließlich der Arbeitsphysiologie, der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Diagnostik, der Arbeitspsychologie und der Arbeitspathologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Sozialversicherungsmedizin, in der Arbeits- und Betriebssoziologie und in der Rehabilitation.

### 4. Augenheilkunde

#### Definition:

Die Augenheilkunde umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Auges und seiner Adnexe sowie die plastisch-rekonstruktiven Operationen an den Schutzorganen des Auges.

#### Weiterbildungszeit:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krenkenhauseinheit.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der eugenärztlichen Diagnostik und Differentialdiagnostik, in der konservativen und operativen Therapie des Gebietes einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen ophthalmologischen Operationen, der Pleoptik und Orthoptik.

### 5. Chirurgie

#### Definition:

Die Chirurgie umfaßt die Erkennung, operative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und ihre Nachsorge.

#### Weiterbildungszeit:

6 Jahre

davon mindestens 5 Jahre im Stationsdienst an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krenkenhauseinheit.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anatomie, Anästhesiologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologie oder Urologie. Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in einem Teilgebiet der Chirurgie abgeleistet werden.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Die Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder müssen einmal gewechselt werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in den Teilgebieten Nr. 5.1 bis 5.5 von insgesamt nicht mehr als 2 Jahren engerechnet.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik, vor allem den instrumentellen Untersuchungsverfahren, der Indikationsstellung sowie der operativen und konservativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen einschließlich der selbständigen Durchführung aller üblichen Operationen, in der Röntgendiagnostik des Stütz- und Bewegungssystems, der röntgenologischen Notfalldiagnostik, der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle sowie in der intraoperativen Röntgendiagnostik und Fremdkörper-suche, in den Verfahren der Wiederbelebung und Schocktherapie sowie der Leitungs- und Lokalanästhesie.

#### 5.1 Teilgebiet Gefäßchirurgie

##### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

##### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen der diagnostischen, hyperämischeren, resezierenden und rekonstruierenden Eingriffe am Gefäßsystem, Technik und Auswertung der Arterio-, Phlebo- und Lymphographie.

## 5.2 Teilgebiet Kinderchirurgie

### Weiterbildungszelt:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der neonatalen Chirurgie, der Chirurgie angeborener Mißbildungen, der Entfernung von Tumoren und der Traumatologie im Kindesalter.

## 5.3 Teilgebiet Plastische Chirurgie

### Weiterbildungszelt:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in konstruktiven, rekonstruktiven und anoplastischen operativen Eingriffen, die die sichtbare Form oder die sichtbare Funktion wiederherstellen oder verbessern.

## 5.4 Teilgebiet Thorax- und Kardiovaskularchirurgie

### Weiterbildungszelt:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der operativen Behandlung von Erkrankungen, Mißbildungen und Verletzungen der Brustwand, der Lunge, des Mediastinums, des Herzens einschließlich seines Gefäßsystems.

## 5.5 Teilgebiet Unfallchirurgie

### Weiterbildungszelt:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der konservativen und operativen Behandlung von Verletzungen und ihrer Folgezustände, insbesondere des Stütz- und Bewegungssystems.

## 6. Dermatologie und Venerologie

### Definition:

Die Dermatologie und Venerologie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrenkun-

gen der Haut einschließlich der Unterhaut, der hautnahen Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde, der Geschlechtskrankheiten und der nicht venerischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, der chronisch-venösen Insuffizienz und des analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

### Weiterbildungszelt:

4 Jahre

davon mindestens 3 Jahre in einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krenkenheusebeileung,

devon mindestens 2 1/2 Jahre im Stationsdienst. Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene dermatologische Strehlentherapie einschließlich des Strehlienschutzes zu erstrecken.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, Differentiellieagnostik und Therapie der Erkrankungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, der sichtbaren Schleimhäute, des varikösen und analen Symptomenkomplexes, der Andrologie und Sexualstörungen, der Geschlechtskrankheiten und nicht venerischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, der gebietsbezogenen Leboratoriumsdiagnostik, den Methoden zur Erkennung von Allergien und peripheren Durchblutungsstörungen, der Indikationsstellung und Durchführung der Hautchirurgie und Kryotherapie, der dermatologischen Strahlenbehandlung einschließlich der Anwendung ionisierender Strahlen.

## 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Definition:

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfaßt die Erkennung, Verhütung, konservative und operative Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und von krankhaften Zuständen und Komplikationen in der Schwangerschaft sowie die Vorbereitung, Leitung und Nachbehandlung normaler und pathologischer Geburten einschließlich der Vornahme geburtshilflicher Operationen.

### Weiterbildungszelt:

5 Jahre

davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krenkenheusebeileung.

### Abzuleisten sind:

Mindestens 2 Jahre in der Frauenheilkunde und mindestens 2 Jahre in der Geburtshilfe.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Chirurgie, Kinderheilkunde, Pathologie oder Urologie.

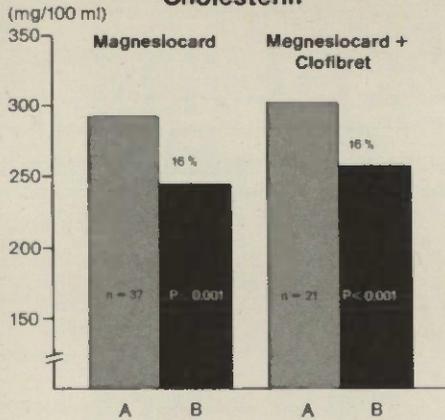
Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik und Therapie mit radioaktiven Stoffen einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik gynäkologischer Erkrankungen, der konservativen und operativen Behandlung einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen gynäkologi-

# Magnesiocard®

## Cholesterin



## Zur Senkung erhöhter Cholesterin-, LDL-Cholesterin- und Triglycerid-Spiegel

Vor (A) und nach (B) Behandlung mit MAGNESIOCARD bzw. MAGNESIOCARD + Clofibrat

Behandlungserfolg nach 3 Wochen, mit 3x1 Beutel MAGNESIOCARD täglich.<sup>(1)</sup> Dieses Ergebnis konnte Häringler auch mit 3 x 2 Kapseln MAGNESIOCARD in einer Pilotstudie an 35 Patienten bestätigen.<sup>(2)</sup>

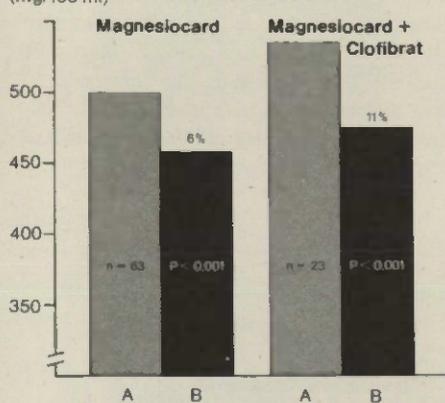
Mit MAGNESIOCARD war also der gleiche Effekt auf erhöhte Serum-Cholesterin-, LDL-Cholesterin- und Triglycerid-Spiegel zu erzielen wie mit der Kombinationsbehandlung.

Damit ist gesichert, daß durch MAGNESIOCARD LDL-Cholesterin ( $\beta$ -LIPO-PROTEIN), der anerkannt endothelschädigende Arteriosklerose verursachende Faktor, im Serum gesenkt wird. Erhöhte Serum-LDL-Cholesterin-Werte sind nach klinischen, biochemischen und epidemiologischen Studien für coronare Herzkrankheiten ursächlich verantwortlich.

Die MAGNESIOCARD Behandlung bewirkt eine deutliche Erhöhung des Serum-Magnesium-Spiegels. Nach Bachem et al.<sup>(3)</sup> ist beim Menschen mit erhöhtem Serum-Magnesium-Spiegel auch der Arteriosklerose-Schutzfaktor HDL-Cholesterin ( $\alpha$ -Lipoprotein) im Serum erhöht.

Somit ist MAGNESIOCARD nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ein risikoloser physiologischer Lipidsenker.

## LDL-Cholesterin



### Literatur/Magnesiocard:

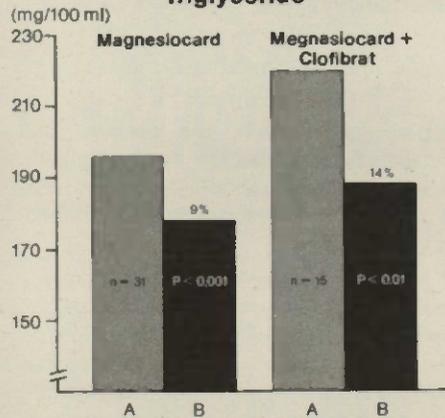
(1) Meysing, R.: Wirkung von MAGNESIOCARD® auf den Lipidstoffwechsel. Ther. d. Gegenw. 118,9 (1979) 1392

(2) Häringler, E. (München): 3. Hohenheimer Magnesium-Symposium 1979.

### Literatur/Magnesium:

(3) Bechem, M. G., Strobel, B., Paschen, K. (Keiserslautern): 3. Hohenheimer Magnesium-Symposium 1979.

## Triglyceride



### Zusammensetzung

1 Kapsel / 1 lackierte Tablette / 1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg

Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)

5 g Granulet zum Trinken (1 Beutel) enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,8 mg

Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)

1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,8 mg

Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)

### Anwendungsgebiete

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzkrankheiten. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Festenkuren, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva. Zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

### Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

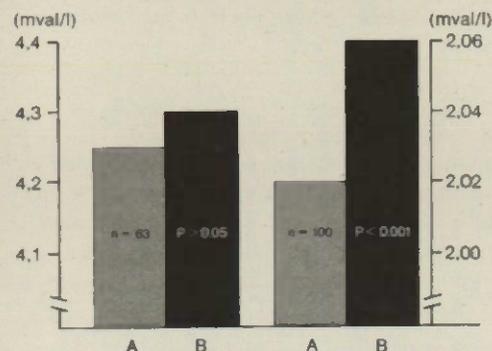
MAGNESIOCARD® Ampullen i. m. und i. v. sollen nicht angewendet werden bei AV-Block, Myasthenie gravis. Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

### Nebenwirkungen

Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

## Elektrolyte

Kalium Magnesium



### Handelsformen und Preise

Handelsform	Preis	Granulet zum Trinken	Preis
Kapseln		20 Beutel	OM 13,35
50 Kapseln DM 19,55	100 Kapseln OM 35,20	50 Beutel	OM 29,75
Lackierte Tabletten		Ampullen	
50 Tabletten OM 19,20	100 Tabletten OM 34,40	2 Amp. i. m.	OM 3,85
		3 Amp. i. v.	OM 6,85
		5 Amp. i. m.	OM 8,60
		10 Amp. i. v.	OM 20,45

**Bei der Therapie mit MAGNESIOCARD erübrigt sich eine Simultan-Therapie mit einem zusätzlichen Lipidsenker.**

schen Operationen sowie der fachgebundenen Röntgendiagnostik, der Diagnostik und Differentialdiagnostik von Schwangerschaft und Schwangerschaftserkrankungen, der Leitung von normalen und regelwidrigen Geburten, der üblichen geburtshilflichen Operationen, der Wiederbelebungsverfahren des Neugeborenen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den üblichen Narkose- und Anästhesieverfahren, der Schockbehandlung 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 operative 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 Epiglottis- 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 Trachee und Ösophagus,

des Lymphflußgebietes des Kopfes und Halses,

der Glandula 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 Geruchs- 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 in einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

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 Diagnostik sowie der konservativen und operativen Therapie der HNO-Erkrankungen einschließlich der verschiedenen Untersuchungsmethoden und der selbständigen Durchführung der üblichen Operationen, 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.

## 8.1 Teilgebiet Phoniatrie und Pädaudiologie

### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

1 Jahr der Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Sprach- und Stimmstörungen sowie Hörbehinderungen im Kindesalter.

## 9. Innere Medizin

### Definition:

Die Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrankungen 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 Bewegungssystems, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der Intensivmedizin, der Prophylaxe und Rehabilitation.

### Weiterbildungszeit:

6 Jahre

davon mindestens 5 Jahre in 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 kann durch eine entsprechende Teilnahme an 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, Symptomatologie, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie interner Erkrankungen, 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 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie endokriner Erkrankungen und Stoffwechselleiden einschließlich der Intensivtherapie und der endokrinologischen Funktionsteste.

### 9.2 Teilgebiet Gastroenterologie

**Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet 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

davon 1 1/2 Jahre im Stationsdienst und 1/2 Jahr im hämatologischen Laboratorium.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet 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 Blutweißkörper, der Lymphe und der Gerinnung.

### 9.4 Teilgebiet Kardiologie

**Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und konservativen Therapie der Herz- und Kreislaufkrankungen einschließlich der kardiologischen Röntgendiagnostik sowie in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen.

### 9.5 Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

**Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediastinums und der Pleure einschließlich der Indikationsstellung zur operativen und Strahlenbehandlung.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Endoskopie, der Biopsie und der Lungenzintigraphie.

### 9.6 Teilgebiet Nephrologie

**Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 Jahr im Stationsdienst und 6 Monate Dialysetätigkeit.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten einschließlich der Röntgendiagnostik und der Indikationsstellung urologischer und gefäßchirurgischer Eingriffe sowie der Nierentransplantation.

### 9.7 Teilgebiet Rheumatologie

**Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer orthopädischen oder physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und konservativen Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen.

## 10. Kinderheilkunde

**Definition:**

Die Kinderheilkunde umfaßt die Erkennung und Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen des Kindes von der Geburt bis zum Abschluß seiner somatischen Entwicklung einschließlich Prävention, Schutzimpfungen, pädiatrische Intensivmedizin, Rehabilitation und Fürsorge im Kindesalter.

**Weiterbildungszeit:**

5 Jahre

davon 4 Jahre in einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon mindestens 3 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie, Chirurgie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Humangenetik, Immunologie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinischer Chemie, Mikrobiologie, Orthopädie, Pharmakologie, Pathologie, Psychiatrie und Neurologie, Physiologie oder Radiologie.

Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre im Teilgebiet Kinderkardiologie absolviert werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in dem Teilgebiet Nr. 10.1 von nicht mehr als 2 Jahren angerechnet.

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 Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes, der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der angeborenen und im Kindesalter auftretenden Störungen und Erkrankungen, der Behandlung von Früh- und Neugeborenen sowie in der leichgebundenen Röntgendiagnostik.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen diagnostischen Verfahren wie Elektroenzephalographie und Echoenzephalographie.

**10.1 Teilgebiet Kinderkardiologie****Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet 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 Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße einschließlich der kardiologischen Röntgendiagnostik und der indikationsstellung zu operativen Eingriffen.

**11. Kinder- und Jugendpsychiatrie****Definition:**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

**Weiterbildungszeit:**

4 Jahre in einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

1 Jahr Kinderheilkunde,

1 Jahr Nervenheilkunde

2 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie,

davon mindestens 1 1/2 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 Erfahrungen in der Diagnostik, Differentialdiagnostik, den theoretischen Grundlagen und der klinischen Praxis psychiatrischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters einschließlich neurologischer Untersuchungen, in der Differentialdiagnostik psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder und Störungen, der Pharmako- und Sometherapie psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder, den Psychotherapiemethoden und der indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

**12. Laboratoriumsmedizin****Definition:**

Die Laboratoriumsmedizin umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und in der Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krankheiten und ihren Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes, bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körpersäften, ihrer morphologischen Bestandteile sowie von abgetrenntem und ausgeschiedenem Untersuchungsmaterial zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhafter Zustände sowie zur Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und diagnostischen Eingriffe.

**Weiterbildungszeit:**

5 Jahre

davon

1 Jahr Innere Medizin, angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung in Kinderheilkunde,

4 Jahre im Gebiet der Laboratoriumsmedizin,

davon mindestens

1 Jahr 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 Erfahrungen in den theoretischen, medizinischen, physikalischen und chemischen Grundlagen des Gebietes, den Routineverfahren der medizinischen Chemie, der medizinischen Physik, der medizinischen Mikrobiologie, der medizinischen Mikroskopie, der medizinischen Immunologie und Blutgruppen-serologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen Untersuchungsmethoden der Laboratoriumsmedizin einschließlich nuklearmedizinischer Laboratoriumsuntersuchungen.

### 13. Lungen- und Bronchialheilkunde

#### Definition:

Die Lungen- und Bronchialheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative Behandlung, die Prävention und die Rehabilitation der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien.

#### Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhauseinheit,

davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

#### Abzuleisten sind:

1 Jahr Innere Medizin,

3 Jahre Lungen- und Bronchialheilkunde.

Das letzte Jahr der Weiterbildung muß in der „Lungen- und Bronchialheilkunde“ abgeleistet werden.

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 Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediastinums und der Pleure einschließlich der Röntgendiagnostik, in der Endoskopie und Biopsie der Pleura 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. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

#### Definition:

Die Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie umfaßt die Laboratoriumsdiagnostik mikrobiell bedingter Erkrankungen und die Aufklärung ihrer epidemiologischen Zusammenhänge und Ursachen, die Unterstützung der in der Vorsorge, in der Krankenhausbehandlung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte bei der Diagnose von Infektionskrankheiten, ihrer Prophylaxe und Bekämpfung sowie bei der mikrobiologischen Bewertung antimikrobieller Substanzen.

#### Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus, einer zugelassenen Krankenhausabteilung oder einer zugelassenen Einrichtung,

davon 1 Jahr klinische Tätigkeit in der Chirurgie oder Inneren Medizin oder Pädiatrie,

4 Jahre Mikrobiologie, angerechnet werden kann bis zu 1 Jahr Tätigkeit in Hygiene.

Während der gesamten Weiterbildungszeit muß fortlaufende Zusammenarbeit mit den Ärzten der klinischen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Intensivmedizin) gewährleistet sein.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Prophylaxe und Epidemiologie von Infektionskrankheiten, in den theoretischen Grundlagen und diagno-

stischen Verfahren der Bakteriologie, Virologie, Serologie, Immunologie von Infektionskrankheiten und der mikrobiologischen Bewertung therapeutischer und desinfizierender Substanzen, in der Erkennung, Prophylaxe und Bekämpfung von Krankenhaus-Infektionen.

### 15. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

#### Definition:

Die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie umfaßt die Erkennung, die konservative und chirurgische Behandlung, die Prävention und die Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Fehlbildungen und Formveränderungen, die vom Zehn, vom Zahnhalteapparat, von den Alveolarfortsätzen und vom harten Gaumen ausgehen, der beiden Kiefer, einschließlich chirurgischer Kieferorthopädie, des Gaumens, der Lippen, des Naseneingangs, des Oberkiefers und des Jochbeins (Reposition und Fixation), des Unterkiefers einschließlich des Kiefergelenks, der vorderen  $\frac{2}{3}$  der Zunge, der Mundhöhlenwunden, der Glendule submandibularis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels, der Glandula parotis, der Lymphknoten, alles im Zusammenhang mit den vorgenannten Erkrankungen, Exzision 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  $2\frac{1}{2}$  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.

### 16. 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 1 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 Neuro-radiologie, der speziellen Laboratoriumsmethoden, der Elektroenzephalographie, der Echoenzephalographie 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.

**17. 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, Augenhellkunde 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.

**18. Neurologie****Definition:**

Die Neurologie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden).

**Weiterbildungszeit:**

4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

1 Jahr Psychiatrie,

3 Jahre Neurologie, davon 2 Jahre im Stationsdienst.

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 auch 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 Neuro-radiologie, der speziellen Laboratoriumsmethoden, der Elektroenzephalographie, der Echoenzephalographie und der Elektrodiagnostik.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen im Gebiet der Psychiatrie.

**19. Nuklearmedizin****Definition:**

Die Nuklearmedizin umfaßt die Anwendung radioaktiver Substanzen in der Medizin zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik sowie offener Radionuklide in der Therapie und den Strahlenschutz.

**Weiterbildungszeit:**

4 Jahre

Angerechnet werden können bis zu insgesamt 1 Jahr Weiterbildung entweder in Innerer Medizin, Kinderheilkunde oder Radiologie.

### **Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Meßtechnik, elektronischen Ausrüstung, Befundenanalyse und Datenverarbeitung, Radiochemie und Radionuklidphysik, Präparation und Markierung von körpereigenen Substraten, der Diagnostik- und Therapieplanung, Auswahl der Mittel zur Reduktion der Strahlenbelastung, Strahlenschutz des Personals, Strahlenschutzmeßtechnik und Abfallbeseitigung und der Anwendung aller nuklearmedizinischen diagnostischen und therapeutischen Methoden.

## **20. Öffentliches Gesundheitswesen**

Die Anerkennung für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird nach Maßgabe der entsprechenden staatlichen Vorschriften erteilt.

## **21. Orthopädie**

### **Definition:**

Die Orthopädie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane.

### **Weiterbildungszeit:**

5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

### **Abzuleisten sind:**

1 Jahr Chirurgie,

4 Jahre Orthopädie, davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in Chirurgie ist im ersten oder zweiten Jahr der Weiterbildung abzuleisten.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

### **Inhalt der Weiterbildung:**

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 Diagnostik und Therapie orthopädischer Krankheiten und ihrer Verlaufsformen, der Statik und Kinetik des Stütz- und Bewegungssystems einschließlich spezieller Untersuchungsverfahren und der Röntgendiagnostik, den konservativen Behandlungsmethoden, der physikalischen Therapie, der technischen Orthopädie und der selbständigen Durchführung der üblichen orthopädischen Operationen.

### **21.1 Teilgebiet Rheumatologie**

#### **Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

devon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer rheumatologisch-internen oder physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

Für Anträge nach § 19 Absatz 3 ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

### **Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, konservativer und operativer Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen.

## **22. Pathologie**

### **Definition:**

Die Pathologie umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und in der Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krankheiten und ihren Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes, bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Beurteilung übersandten morphologischen Untersuchungsguts oder durch Obduktion auch bei versicherungsmedizinischen Zusammenhängen.

### **Weiterbildungszeit:**

5 Jahre

davon 4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Anatomie oder Rechtsmedizin oder 6 Monate entweder in Chirurgie, Frauenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde. Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre im Teilgebiet „Neuropathologie“ absolviert werden.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in dem Teilgebiet Nr. 21.1 von nicht mehr als 2 Jahren angerechnet.

### **Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Obduktionstätigkeit, in der Herrichtung und diagnostischen Auswertung histologischer und zytologischer Präparate.

### **22.1 Teilgebiet Neuropathologie**

#### **Weiterbildungszeit:**

2 Jahre

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### **Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der neuropathologischen Diagnostik einschließlich der Herrichtung und Auswertung histologischer und zytologischer Präparate.

## **23. Pharmakologie**

### **Definition:**

Die Pharmakologie umfaßt die Erforschung von Arzneimittelwirkungen und von Vergiftungen im Tierexperiment und am Menschen einschließlich der Untersuchungen von Resorption, Verteilung, chemischen Veränderungen im Organismus und Elimination, die Mitarbeit bei der Entwicklung und An-

wendung neuer Pharmaka sowie bei der Bewertung ihres therapeutischen Nutzens, die Beratung von Ärzten in der Arzneytherapie und bei Vergiftungsfällen, die Stellungnahme zu pharmakologischen und toxiologischen Fragen.

**Weiterbildungszeit:**

5 Jahre

davon 4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung.

Abzuleisten sind:

4 Jahre in dem Gebiet der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie; angerechnet werden kann bis zu 1 Jahr die wissenschaftliche Tätigkeit entweder in 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 Pharmakologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Züchtung, Haltung und Ernährung von Laboratoriumstieren und der Isotopendiagnostik.

### 23.1 Teilgebiet Klinische Pharmakologie

**Weiterbildungszeit:**

2 1/2 Jahre

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

Mindestens 1 1/2 Jahre dieser Zeit müssen in enger Verbindung mit klinischen Abteilungen absolviert werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Durchführung von Wirkungsanalysen von Arzneimitteln am Menschen und der klinischen Prüfung (Phase 1-4) einschließlich der Bewertung von Arzneimitteln gem. AMG in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

Beratung in arzneitherapeutischen Fragen und bei Vergiftungen, Durchführung von Arzneimittelbestimmungen in Körperflüssigkeiten des Menschen zur Steuerung der Therapie und der Arzneimittel epidemiologie. Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

### 24. Psychiatrie

**Definition:**

Die Psychiatrie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen Krankheiten oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

**Weiterbildungszeit:**

4 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder an einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

1 Jahr Neurologie,

3 Jahre Psychiatrie, davon 2 Jahre im Stetionsdienst.

Angerechnet werden können auch die Weiterbildung in Psychiatrie bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder 6 Monate in Neuropathologie oder Neurophysiologie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem psychiatrischen Bezirkskrankenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung abzuleisten.

**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 Verhaltensauffälligkeiten einschließlich der Pharmako- und Somatotherapie, in der Anwendung der allgemeinen Psychotherapie und der Indikationsstellung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen im Gebiet der Neurologie.

### 25. Radiologie

**Definition:**

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 an Hochschulkliniken, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

2 1/2 Jahre allgemeine Röntgendiagnostik,

1 1/2 Jahre Strahlentherapie,

1 Jahr entweder in allgemeiner Röntgendiagnostik oder Strahlentherapie.

Auf den strahlentherapeutischen Weiterbildungsabschnitt können 6 Monate Weiterbildung entweder in Nuklearmedizin oder einem der klinischen Gebiete angerechnet werden.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiagnostik einschließlich röntgendiagnostischer Spezialverfahren und in der Strahlentherapie (Oberflächen-, Nachbestrahlungs-, Tieten- einschließlich Megavolttherapie) sowie im Strahlenschutz.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Anwendung von Radionukliden.

#### 25.1 Teilgebiet Strahlentherapie

Die Strahlentherapie umfaßt die Behandlung von Erkrankungen mit ionisierenden Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen mit Schwerpunkt in der Onkologie.

Der Inhalt der Weiterbildung erstreckt sich auf die Vermittlung und den Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Teilgebiet.



## Rezidivierende akute Bronchitiden können Frühstadien des bronchitischen Syndroms sein.

Selten entwickelt sich die chronische Bronchitis kontinuierlich in einem Zuge. Viel öfter zeigt sich in den ersten Jahren ein schubartiger Verlauf. Beschwerdefreie Phasen im Sommer wechseln mit akuten und subakuten entzündlichen Zuständen im Winter. Am häufigsten hat der Allgemeinarzt diese anfänglich ziemlich harmlosen Fälle zu behandeln. Nur ein kleiner Teil der akuten Entzündungen kann zuverlässig als Ausdruck eines drohenden bronchitischen Syndroms gedeutet werden. Es würde einer sehr subtilen Diagnostik bedürfen, um den Übergang zur chronischen Bronchitis zu erkennen.

**Verschreiben Sie deshalb  
schon bei den ersten Anzeichen ein Rezept,  
das die Progredienz  
des Krankheitsbildes unterbricht.**

# Broncho-Euphyllin®

Grundinformation zu Broncho-Euphyllin®  
Byk Gulden, 7750 Konstanz

**Zusammensetzung**  
1 Dragée enthält (10 ml Saft enthalten):  
Theophyllin-Monohydrat 80,5 mg ( 80,5 mg)  
Athyliendiamindihydrochlorid 43,2 mg ( 6,4 mg)  
Athyliendiamin ( entspr. Euphyllin 100 mg ) ( 16,6 mg)  
Guaifenesin (Guaia-  
kolglycernäther) 200 mg (200,0 mg)

**Indikationen**  
Broncho-Euphyllin ist bei allen bronchopulmonalen Erkrankungen indiziert, bei denen neben einer Bronchodilatation die Beseitigung des bronchusverstopfenden Sputums erforderlich ist: akute spastische Bronchitis und aktivierte chronische Bronchitis.

**Kontraindikationen**  
Durch Kombination mit Ephedrin und ephedrinhaltigen Mitteln können Nebenwirkungen auftreten bzw. vorhandene Nebenwirkungen verstärkt werden.

Weitere Angaben zu Broncho-Euphyllin®

**Dosierung**  
Erwachsene nehmen im allgemeinen 3 x tägl. 1-2 Broncho-Euphyllin Filmdragées oder 10-20 ml Broncho-Euphyllin Saft ein. Bei Kindern erfolgt die Dosierung entsprechend dem Körpergewicht (5 mg/kg).

**Packungsgrößen und Preise**  
Broncho-Euphyllin Filmdragées  
Packung mit 30 Dragées DM 10,84  
Packung mit 100 Dragées DM 29,12

Broncho-Euphyllin Saft  
Packung mit 150 ml DM 8,83  
Packung mit 300 ml DM 16,71



**Byk Gulden  
Pharmazeutike  
7750 Konstanz**



(Stand 4/80)

**Weiterbildungszell:**

2 1/2 Jahre

Auf diese Zeit kann eine Weiterbildung in der Nuklearmedizin oder einem der klinischen Gebiete nicht angerechnet werden.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgabalstat werden.

**26. Rechtsmedizin****Definition:**

Die Rechtsmedizin umfaßt die Anwendung und Beurteilung medizinischer und medizinisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse für die Rechtspflege.

**Weiterbildungszell:**

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 Öffentlichen Gesundheitsdienst.

**Inhalt der Weiterbildung:**

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der gerichtsarztlichen Tätigkeit einschließlich der gerichtsarztlichen Sektionstechnik und der Erstattung von schriftlichen und mündlichen Gutachten über Kausalzusammenhänge im Rahmen der Todesermittlung sowie zu foransisch psychopathologischen Fragstellungen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Assarvirung von Spuren, der Beurteilung von Verletzungen bei Lebenden und Toten, der Baurteilung von Intoxikationen, der Rechtsstellung des Arztes und der rechtlichen Konsequenzen ärztlichen Handelns, der foransischen Serologie, der rechtsmedizinischen Spurenkunde und der Versicherungsmedizin.

**27. Urologie****Definition:**

Die Urologie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der urologischen Erkrankungen, der Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgana einschließlich der Uro-Tuberkulose und der Andrologie.

**Weiterbildungszell:**

5 Jahre an einer Unvarsitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus oder einer zugelassenen Krankenhausabteilung,

davon

1 Jahr Chirurgie und

4 Jahre Urologie im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in Chirurgie ist im ersten oder zweiten Jahr der Weiterbildung abzulaisten.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich 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 Pharmakologie, der Diagnostik und Therapie der urologischen Erkrankungen einschließlich der urologischen Röntgendiagnostik, der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der üblichen urologischen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Indikationsstellung und Durchführung der urologischen Isotopdiagnostik.

**II. Bereiche**

Für das Führen der nachstehend aufgeführten Zusatzzeichnungen sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

**1. Bereich und Zusatzbezeichnung Allergologie**

1jährige Tätigkeit an einer allergologischen Abteilung oder bei einem ermächtigten Arzt.

Bis zu 6 Monaten kann die Tätigkeit an einem Institut für Immunologie angerechnet werden.

**2. Bereich Balneologie und medizinische Klimatologie****Zusatzbezeichnung Badearzt oder Kurarzt**

1. Teilnahme an einem einführenden allgemeinen Kurs für physikalische 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 1jährige überwiegend balneologische Tätigkeit in dem amtlich anerkannten Badeort oder Kurort, in dem der Arzt die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurator“ führen will.

Tätigkeiten in einem Heilbad mit gleicher oder ähnlicher Indikation können auf die vorgenannte Zeit angerechnet werden.

Die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurator“ darf nur geführt werden, wenn der Arzt in einem amtlich anerkannten Bade- oder Kurort als Bade- oder Kurarzt tätig ist.

**3. Bereich und Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin**

1. Teilnahme an einem 3monatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitten abteilt werden darf.

2. 12 Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin.

3. 9 Monate praktische Tätigkeit in der Arbeitsmedizin bei einem ermächtigten Arzt. Bei denjenigen Ärzten, die einen Qualifikationsnachweis auf 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 2jährige durchgehende regelmäßige Tätigkeit als Betriebsarzt in einem geeigneten Betrieb oder eine gleichwertige Tätigkeit (z. B. als Gewerbezant) nachweisen.

Die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ darf vom Arzt nur an der Stätte seiner arbeitsmedizinischen Tätigkeit geführt werden.

#### 4. Bereich und Zusatzbezeichnung Chirotherapie

1. Teilnahme an einem Einführungskurs von mindestens 12 Stunden Dauer über theoretische Grundlagen und Untersuchungsmethoden manueller Belunderhebung an der Wirbelsäule und Extremitätengelenken.
2. Teilnahme an einem 1wöchigen klinischen Kurs bei einem hierzu ermächtigten Arzt in einer orthopädischen Abteilung. Diese Voraussetzung gilt bei Nachweis einer mindestens 1/2jährigen Weiterbildung in Orthopädie als erfüllt.
3. Teilnahme an einer Weiterbildung von 60 Stunden über Untersuchungstechniken, Mobilisationen und Manipulationen an den Extremitätengelenken.
4. Teilnahme an 3 Kursen von je 60 Stunden oder 6 Kursen von je 30 Stunden über Untersuchungsmethoden, Weichteiltechniken, Mobilisationen, gezielten Manipulationen und Übungsbehandlungen an allen Wirbelgelenken sowie der Röntgenologie unter chirotherapeutischen Gesichtspunkten.

Die Kurse zu Ziffer 3 und 4 sollen in Abständen von mindestens drei Monaten absolviert werden.

#### 5. Bereich und Zusatzbezeichnung Flugmedizin

1. a) 2jährige Weiterbildung in der Inneren Medizin oder  
b) 5jährige Tätigkeit unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes an einem Flugmedizinischen Institut.
2. Teilnahme an einem mindestens 4wöchigen Einführungslehrgang in die Flugmedizin.
3. Erwerb eines Luftfahrerscheines.
4. Cockpit-Erfahrungen in großen Verkehrsflugzeugen bei Flügen über mehrere Zeitzonen.

#### 6. Bereich und Zusatzbezeichnung Homöopathie

1. a) Eine theoretische oder praktische Beschäftigung mit dem homöopathischen Heilverfahren während der Dauer von mindestens 1 1/2 Jahren unter Anleitung eines ermächtigten Arztes  
oder  
b) eine 1/2jährige Tätigkeit in einem Krankenhaus unter Leitung eines ermächtigten Arztes.
2. Die Teilnahme an 3 anerkannten Fortbildungskursen oder wehlweise an einem anerkannten 1/4jährigen Lehrgang in der homöopathischen Therapie.

#### 7. Bereich und Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik

1. 2jährige Weiterbildung in dem Bereich der klinischen Genetik und genetischen Beratung an einem Institut für Humangenetik einer Universität bei einem ermächtigten Arzt.
2. Nachweis der selbständigen Durchführung der genetischen Beratung in mindestens 30 Fällen.

#### 8. Bereich und Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik

Grundkenntnisse in der Biometrie und der angewandten Informatik,

1 1/2 Jahre Weiterbildung in Informatik.

Dabei sind Kenntnisse in der Medizinischen Datenverarbeitung (Datenerfassung, Datenspeicherung, Datenpräsentation,

Dialogsysteme, Biosignalverarbeitung und problemorientierte Sprache) zu erwerben.

6 Monate Weiterbildung im praktischen Einsatz, fachbezogen auf ein Gebiet.

#### 9. Bereich und Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren

1. Teilnahme an 3 Kursen über naturgemäße Heilweisen von je 1 Woche Dauer.
2. 2 Monate ärztliche Tätigkeit in anerkannten Krankenhäusern oder Sanatorien für naturgemäße Heilweisen, in anerkannten Instituten für Kneippsche Heilweise oder bei Ärzten, die die Voraussetzung zum Führen des Zusatzes „Naturheilverfahren“ und entsprechende Einrichtungen besitzen. Die 2monatige Tätigkeit kann auch in Abschnitten durchgeführt werden.

Diese Voraussetzungen für das Führen der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ sind auch erfüllt, wenn der Arzt eine mindestens 1/2jährige Tätigkeit in einer der unter Nr. 2 genannten Einrichtungen nachweist.

#### 10. Bereich und Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie

1. a) 2 Jahre Weiterbildung bei einem hierzu ermächtigten Arzt. Die Weiterbildung hat sich auch auf Aufgaben der medizinischen Rehabilitation zu erstrecken.  
b) Die im Rahmen der Weiterbildung für das Gebiet des Arztes nachgewiesene Tätigkeit in physikalischer Therapie kann bei Internisten und bei Orthopäden bis zu 1 1/2 Jahren, bei Chirurgen bis zu 1 Jahr angerechnet werden.  
c) Teilnahme an einem Kurs über die Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation.
2. Das Recht zum Führen dieser Zusatzbezeichnung ist davon abhängig, daß in mindestens 6 der nachstehenden Therapieformen ausreichende Behandlungsmöglichkeiten mit entsprechender räumlicher und apparativer Ausstattung sowie qualifizierter personeller Besetzung vorhanden sind und die Behandlungen vom Arzt ständig überwacht werden:
  - a) Krankengymnastik und Bewegungstherapie
  - b) Massage
  - c) Extensionsbehandlung
  - d) Wärme- oder Kältebehandlung
  - e) Elektrotherapie, Ultraschallbehandlung
  - f) Hydrotherapie, Bäderbehandlung
  - g) Lichttherapie
  - h) Aerosoltherapie
  - i) Klima- oder Überdruckbehandlung

Bei der Auswahl der erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten sollen die gebietsspezifischen Erfordernisse des Arztes berücksichtigt werden, ebenso eventuelle ortsgebundene Therapiemöglichkeiten an Kurorten und Heilbädern.

#### 11. Bereich und Zusatzbezeichnung Plastische Operationen

2 Jahre Weiterbildung in plastisch-operativen Eingriffen bei einem ermächtigten Arzt.

#### 12. Bereich und Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

3 1/2 Jahre Weiterbildung, davon

2 1/2 Jahre klinische Tätigkeit in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie und 1 Jahr klinische

Tätigkeit in der Psychiatrie bei einem mindestens zur 2-jährigen Weiterbildung in der Psychiatrie ermächtigten Arzt.

Erfolgt die Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie berufsbegleitend, so beträgt die Weiterbildungszeit hierfür 5 Jahre. Bei Ärzten mit mindestens 5-jähriger praktischer Berufstätigkeit kann die vorgeschriebene Weiterbildung in der Psychiatrie durch den Nachweis des Erwerbs entsprechender psychiatrischer Kenntnisse ersetzt werden.

### 13. Bereich und Zusatzbezeichnung Psychotherapie

2 1/2 Jahre Weiterbildung, davon

1 1/2 Jahre klinische Tätigkeit in der Psychotherapie und/oder Psychosomatischen Medizin und 1 Jahr klinische Tätigkeit in der Psychiatrie bei einem mindestens zur 2-jährigen Weiterbildung in der Psychiatrie ermächtigten Arzt.

Auf die Weiterbildung in der Psychiatrie kann 1/2 Jahr Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapie engerechnet werden.

Erfolgt die Weiterbildung in der Psychotherapie und/oder Psychosomatischen Medizin berufsbegleitend, so beträgt die Weiterbildungszeit hierfür 3 Jahre. Bei Ärzten mit mindestens 5-jähriger Berufstätigkeit kann die vorgeschriebene Weiterbildung in der Psychiatrie durch den Nachweis des Erwerbs entsprechender psychiatrischer Kenntnisse ersetzt werden.

### 14. Bereich und Zusatzbezeichnung Sportmedizin

1. Teilnahme an von der Kammer anerkannten Einführungskursen in Theorie und Praxis der Leibesübungen von insgesamt 120 Stunden Dauer.

Teilnahme an von der Kammer anerkannten sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer.

1-jährige praktische sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband oder

2. 1-jährige ganztägige Weiterbildung in einem sportmedizinischen Institut unter Leitung eines ermächtigten Arztes.

### 15. Bereich und Zusatzbezeichnung Stimm- und Sprechstörungen

1. Eine mindestens 1/2-jährige Weiterbildung in der diagnostischen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bei einem ermächtigten Arzt in einer Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten.

2. Eine 1/2-jährige Weiterbildung bei einem ermächtigten Arzt in einer Abteilung für Stimm- und Sprechstörungen.

### 16. Bereich und Zusatzbezeichnung Transfusionsmedizin

1. Von Ärzten, die nicht unter 2., 3. und 4. aufgeführt sind: 3-jährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

1 Jahr Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann engerechnet werden, sofern es während der jeweiligen Weiterbildung absolviert wurde.

2. Von einem Anästhesisten, Chirurgen, Frauenarzt, Internisten oder Kinderarzt:

Eine 3-jährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

Eine 6monetige Weiterbildung in Blutgruppenserologie kann engerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.

3. Von einem Pharmakologen:

3-jährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

Eine 1-jährige Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann engerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.

4. Von einem Laborarzt:

3-jährige Tätigkeit im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin.

Eine 2-jährige Weiterbildung in der Mikrobiologie und/oder Serologie kann angerechnet werden, sofern diese während der Weiterbildung im Gebiet absolviert wurde.

### 17. Bereich und Zusatzbezeichnung Tropenmedizin

1. Teilnahme an einem Kurs über Tropenkrankheiten und medizinische Parasitologie an einem der Tropeninstitute in Hamburg, Amsterdam, Antwerpen, Besei, Liverpool, London und Marseille von mindestens 3 Monaten Dauer.

2. Eine mindestens 1-jährige Tätigkeit außerhalb der Tropen in einem Tropenkrankenhaus, einer tropenmedizinischen Fachabteilung oder der klinischen Ambulanz eines Tropeninstitutes.

3. Eine 1-jährige praktische Tätigkeit in den Tropen in einer klinischen Ambulanz auf einer öffentlichen Krankenstation oder auf einer Station für Innere Medizin oder Kinderkrankheiten, soweit die Behandlung von Tropenkrankheiten dort einen wesentlichen Anteil der ärztlichen Tätigkeit ausmacht.

Bei Nachweis einer mindestens 5-jährigen ärztlichen Tätigkeit in tropischen Ländern kann die Anerkennung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ auch erteilt werden, wenn der tropenmedizinische Kurs nicht nachgewiesen werden kann.

# Satzung der Bayerischen Landesärztekammer

Vom 8. Oktober 1976 (BayÄBl. 78/1291) in der Fassung des Beschlusses des 33. Bayerischen Ärztetages vom 12. Oktober 1980 (BayÄBl. 80/1184)

## Name und Sitz der Landesärztekammer

### § 1

(1) Die Landesärztekammer führt den Namen „Bayerische Landesärztekammer“.

(2) ihr Sitz ist München.

(3) Sie ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstseal mit dem kleinen bayerischen Staatswappen.

## Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer

### § 2

Die Wahl der Delegierten bestimmt sich nach Art. 11 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgewerkschaften der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz) und der Wehlordnung.

## Organe der Bayerischen Landesärztekammer

### § 3

Organe der Bayerischen Landesärztekammer sind die Vollversammlung (Bayerischer Ärztetag) und der Vorstand.

## Die Vollversammlung

### § 4

Die Vollversammlung berät und beschließt über alle grundsätzlichen Angelegenheiten aus dem Aufgabenbereich der Bayerischen Landesärztekammer; insbesondere hat sie Vorstand und Ausschüsse (Art. 13 des Kammergesetzes) zu wählen, die ärztlichen Berufspflichten und die Anerkennung zum Führen von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen in einer Berufs- bzw. Weiterbildungsordnung zu regeln,

die Satzung der Bayerischen Landesärztekammer, eine Wehlordnung und eine Beitragsordnung zu erlassen,

den Prüfer zu bestellen,

den Haushaltsplan zu beschließen, die Jahresrechnung abzuschließen und den Vorstand zu entlasten,

die ehrenamtlichen Richter der Berufsgerichte vorzuschlagen.

### § 5

(1) Die Delegierten der Landesärztekammer sind vom Präsidenten der Landesärztekammer jährlich mindestens einmal zu einer ordentlichen Vollversammlung (Bayerischer Ärztetag), außerdem auf Anordnung des Staatsministeriums des Innern oder auf Antrag von mindestens einem Drittel der

Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer zu außerordentlichen Vollversammlungen einzuberufen.

(2) Die Einberufung der Delegierten erfolgt schriftlich unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung. Sie muß spätestens zehn Tage vor der Tagung zur Post gegeben werden.

(3) Der vom Vorstand bestimmte Zeitpunkt der ordentlichen Vollversammlung wird im „Bayerischen Ärzteblatt“ so rechtzeitig bekanntgegeben, daß die Ärzteschaft von der Tagung in der Regel acht Wochen, spätestens jedoch sechs Wochen vorher Kenntnis erhält. Der Zeitpunkt einer außerordentlichen Vollversammlung wird in der jeweils geeigneten Weise bekanntgegeben.

### § 6

(1) Den Vorsitz in der Vollversammlung führt der Präsident der Landesärztekammer.

(2) Anträge auf Beratung von nicht zur Tagesordnung gehörenden Gegenständen müssen vor Eintritt in die Tagesordnung gestellt und von mindestens einem Viertel der anwesenden Delegierten unterstützt werden. Die Einreihung dieser Anträge in die Tagesordnung beschließt die Vollversammlung.

(3) Die Vollversammlung ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte der Delegierten anwesend ist; die Beschlußfähigkeit bleibt bestehen, solange sie nicht angezweifelt wird.

(4) Die Beschlüsse der Vollversammlung werden in der Regel durch Handzeichen mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefaßt, soweit nicht von mindestens einem Fünftel der Anwesenden schriftliche Abstimmung verlangt wird. Für Beschlüsse über Änderung der Satzung ist eine Zweidrittelmehrheit der anwesenden Delegierten erforderlich.

(5) Über die Verhandlungen der Vollversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen, die den Wortlaut der Beschlüsse enthalten muß.

(6) Die Teilnahme an den Vollversammlungen ist auch allen sonstigen Mitgliedern der Ärztlichen Kreisverbände gestattet, doch können sie sich an den Beratungen nur beteiligen, wenn die Mehrheit der Vollversammlung damit einverstanden ist.

### § 7

Anträge der Ärztlichen Kreisverbände zur ordentlichen Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer (Bayerischer Ärztetag) sind spätestens vier Wochen vor der Tagung beim Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer schriftlich und mit kurzer Begründung einzureichen.

## Vorstand

### § 8

(1) Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer besteht aus dem ersten Vorsitzenden (Präsidenten), einem ersten und einem zweiten stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten), den ersten Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksverbände sowie zwölf aus der Mitte der Delegierten zu wählenden Mitgliedern. Der Vorstand kann sich bis zu einem Siebentel seiner Zahl durch Zuwahl wählbarer Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände ergänzen.

Der Präsident wird im Falle seiner Verhinderung durch den ersten Vizepräsidenten, bei dessen gleichzeitiger Verhinderung durch den zweiten Vizepräsidenten vertreten.

(3) Dem Vorstand obliegt es:

- e) über Anträge zu beraten und zu beschließen, die aus seiner Mitte bzw. von Ärztlichen Kreis- oder Bezirksverbänden gestellt werden, weiterhin über alle wesentlichen Angelegenheiten, die ihm vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer vorzulegen sind,
- b) Dienstverträge mit Geschäftsführern abzuschließen, Zusagen von Pensionsberechtigungen zu erteilen und die Unabweisbarkeit von Überschreitungen des Haushaltsplanes zu prüfen und festzustellen,
- c) über Beschwerden nach Art. 33 Abs. 4 des Kammergesetzes zu entscheiden,
- d) über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der Bayerischen Landesärztekammer zu entscheiden.

(4) Der Vorstand kann mit den unter Abs. 3 Buchstabe d) genannten Aufgaben einen Ausschuß betreiben.

### § 9

(1) Der 1. Vorsitzende (Präsident) wird in schriftlicher und geheimer Abstimmung mit mehr als der Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen gewählt. Wird diese Mehrheit im ersten Wahlgang nicht erreicht, so erfolgt im zweiten Wahlgang eine Stichwahl unter den beiden Bewerbern mit der höchsten Stimmenzahl; bei Stimmengleichheit wird die Wahl wiederholt. In gleicher Weise erfolgt in getrennten Gängen die Wahl der beiden stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidenten).

(2) Die zwölf aus der Mitte der Abgeordneten zu wählenden Mitglieder des Vorstandes können in getrennten Wahlgängen oder gemeinsam in einem Wahlgang gewählt werden. Einfache Mehrheit entscheidet; bei Stimmengleichheit das Los.

### § 10

Der Präsident vertritt die Bayerische Landesärztekammer nach außen und bei den Gerichten. Er führt die Geschäfte der Bayerischen Landesärztekammer.

### § 11

(1) Sitzungen des Vorstandes werden vom Präsidenten nach Bedarf einberufen. Der Präsident hat auf Verlangen von mindestens einem Drittel der Mitglieder des Vorstandes

eine Vorstandssitzung sobald als tunlich einzuberufen. Den Vorsitz in den Sitzungen führt der Präsident.

(2) Der Vorstand ist beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte seiner Mitglieder; die Beschlußfähigkeit bleibt bestehen, solange sie nicht angezweifelt wird. Die Beschlüsse werden durch Handzeichen mit einfacher Mehrheit gefaßt, soweit nicht von mindestens einem Drittel der anwesenden Vorstandsmitglieder schriftliche Abstimmung verlangt wird. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Stimmenthaltung ist unzulässig (außer in Angelegenheiten der eigenen Person).

(3) Über die Sitzungen ist eine Niederschrift zu fertigen, die den Wortlaut der Beschlüsse enthalten muß.

(4) In dringenden Fällen kann eine Entscheidung der Vorstandsmitglieder ohne Einberufung einer Vorstandssitzung schriftlich erholt werden. Für besonders dringliche Angelegenheiten kann der Vorstand den Präsidenten ermächtigen, von sich aus die Entscheidung zu treffen. Entscheidungen, die nicht in einer Vorstandssitzung getroffen wurden, sind den Vorstandsmitgliedern umgehend mitzuteilen.

## Ausschüsse

### § 12

Den Ausschüssen steht im Rahmen ihres Auftrages das Recht zu, dem Vorstand Vorschläge zu unterbreiten.

### § 13

(1) Die Ausschüsse wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.

(2) Der Vorsitzende, bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter, beruft die erforderlichen Sitzungen der Ausschüsse im Benehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer über die Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer ein. Das gleiche Recht steht dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer im Benehmen mit dem Ausschußvorsitzenden zu.

(3) Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer oder ein von ihm beauftragtes Mitglied des Vorstandes ist berechtigt, an den Ausschußsitzungen beratend teilzunehmen.

(4) Über die Sitzungen der Ausschüsse ist eine Niederschrift zu fertigen, die den Wortlaut gefaßter Beschlüsse enthält. Die Niederschrift ist dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zu übermitteln.

(5) Jeder Ausschuß ist berechtigt, im Bedarfsfall aus seinen Mitgliedern einen Unterausschuß zu bilden.

## Entschädigungen

### § 14

Die Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer sowie die Mitglieder des Vorstandes und des Ausschusses werden ehrenamtlich tätig. Sie haben Anspruch auf Reisekostenentschädigung und Ersatz für Zeitverlust. Die Höhe der Entschädigung wird von der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer festgesetzt. Dem Präsidenten, den Vize-

Zuverlässige Blutdrucksenkung – auch bei Belastung:

# TORRAT®

β-Blocker + Saluretikum

1x zum Frühstück – wirkt über den ganzen Tag

TORRAT hat viele Vorteile  
in einer Tablette:



\*Ergebnis einer 1-Jahresstudie: 53,5% sehr gute und 35,2% gute Wirksamkeit.

(Schweers, A. et al., Therapiewoche 28 [1978] 8865)

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette TORRAT enthält 20 mg Metipranolol und 2,5 mg Butizid.

**Indikation:**

Arterielle Hypertonie.

**Kontraindikationen:**

Nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Cor pulmonale, allergische Rhinitis, Glottisödem, kardiogener Schock, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokalämie sowie Niereninsuffizienz mit Anurie.

**Nebenwirkungen:**

Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung kann vereinzelt Schwindelgefühl, Herzklopfen, Schweißausbruch oder Müdigkeit auftreten. In seltenen Fällen können Beschwerden von seiten des Magen-Darm-Kanals, wie Übelkeit und Brechreiz auftreten. Bei rascher Blutdrucksenkung kann es, besonders zu Beginn der Therapie, zur Verminderung der Konzentrationsfähigkeit kommen (Kraftfahrer!).

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

**Wichtiges zur TORRAT-Dosierung:**

Behandlungsbeginn: 1 Tablette täglich. Bei nicht ausreichender Blutdrucksenkung kann die Dosis nach 14 Tagen auf 2 Tabletten täglich erhöht werden – nach guter Einstellung als „1mal-Tagesdosis“ zum Frühstück.

**Wechselwirkungen mit anderen**

**Mitteln:**

TORRAT kann die Wirkung gleichzeitig verabreichter

Antihypertensiva, Antidiabetika und Insulin, Hypnotika, Schlafmittel, Antihistaminika sowie von Alkohol verstärken. Der blutdrucksenkende Effekt von TORRAT kann durch die gleichzeitige Gabe von kreislaufanregenden Mitteln aufgehoben werden.

Die Wirkung von harnsäuresenkenden Medikamenten kann vermindert werden. Die gleichzeitige bzw. unmittelbar anschließende Gabe von TORRAT und Verapamil sollte nur mit äußerster Vorsicht erfolgen, da die Auslösung eines kardiogenen Schocks nicht auszuschließen ist.

Bei gleichzeitiger Gabe von TORRAT und Chinidin ist zu beachten, daß sich die kardiodepressiven Effekte gegenseitig verstärken können.

Bei einer Narkose sind die kardialen Wirkungen (negative Inotropie) von TORRAT und der Narkotika zu beachten.

**Hinweise:**

Bei latenter bzw. beim Auftreten einer Herzinsuffizienz unter der Behandlung mit TORRAT ausreichend digitalisiert werden. Kaliumhaushalt, Blutzucker und Harnsäure sind wegen der saluretischen Komponente regelmäßig zu kontrollieren. Bei eingeschränkter Nierenfunktion kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei metabolischer Azidose muß die verminderte Ansprechbarkeit des Herzens auf sympathische Reize beachtet werden. Antidot: Bei Bradykardie: 1,0-2,0 mg Atropin i.v. injizieren, bei Atembeschwerden: 0,5-1,0 mg Orciprenalinsulfat (Alupent®, C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim) langsam i.v. injizieren, evtl. Infusion.

**Für Ihre Verordnung:**

OP mit 20 Tabletten DM 20,05

OP mit 50 Tabletten DM 42,65

OP mit 100 Tabletten DM 76,65

Kalenderpackung mit 56 Tabletten DM 48,00

AP mit 500 Tabletten

Neu



Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: Juli 1979). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.



präsidenten und den ständigen ehrenamtlichen Mitarbeitern werden von der Vollversammlung zu bestimmende Auswandsentschädigungen gewährt.

### **Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer und deren Prüfung**

#### **§ 15**

(1) Die Bayerische Landesärztekammer unterhält zur Durchführung Ihrer Aufgaben eine Geschäftsstelle. Leiter der Geschäftsstelle ist der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Er regelt den Betrieb der Geschäftsstelle durch eine Dienstordnung für alle bei ihr Beschäftigten. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Die Betriebsführung und Rechnungslegung der Bayerischen Landesärztekammer ist laufend durch einen von der Vollversammlung zu bestellenden unabhängigen Prüfer zu überwachen und zu überprüfen. Über das Ergebnis der Prüfung ist der Vollversammlung und dem Vorstand zu berichten.

### **Bekanntmachungen**

#### **§ 16**

Die Bayerische Landesärztekammer veröffentlicht ihre Beschlüsse und Bekanntmachungen in dem von ihr herausgegebenen „Bayerischen Ärzteblatt“.

### **Inkrafttreten**

#### **§ 17**

Diese Satzung tritt am 1. Dezember 1978 in Kraft. Gleichzeitig tritt die mit Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 7. März 1958 – Nr. III 8-5051 a 8 – genehmigte Satzung vom 28./29. September 1957 („Bayerisches Ärzteblatt“, 1958, Heft 4) außer Kraft.

St. Englmer, den 8. Oktober 1978

gez. Professor Dr. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der 31. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung vom 8. Oktober 1978 die Wahlordnung in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Wahlordnung mit Schreiben vom 13. Oktober 1978 — I E 9 - 5011/5 - 8/78 — genehmigt.

# Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

## § 1

### Wahlverfahren

Die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer findet in Form der Briefwahl statt.

## § 2

### Leitung der Wahl

(1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer bestellt der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer einen Landeswahlausschuß, bestehend aus dem Landeswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.

(2) Für jeden Wahlbezirk (§ 3) bestellt der Landeswahlleiter auf Vorschlag des Vorstandes des Ärztlichen Bezirksverbandes einen Bezirkswahlausschuß, bestehend aus dem Bezirkswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.

(3) Die Entscheidungen des Landeswahlausschusses und der Bezirkswahlausschüsse werden mit Stimmenmehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Ausschüsse sind bei Anwesenheit von drei Mitgliedern beschlußfähig.

## § 3

### Wahlbezirke

(1) Die Bereiche der acht Ärztlichen Bezirksverbände: München, Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben bilden für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer je einen Wahlbezirk.

(2) Der Landeswahlausschuß stellt die nach Art. 11 Abs. 3 Satz 1 des Kammergesetzes zu ermittelnde Gesamtzahl der Delegierten fest. Diese Gesamtzahl ist auf die Wahlbezirke nach Maßgabe der Zahl der Mitglieder ihrer Kreisverbände nach dem d'Hondtschen Verfahren zu verteilen. Dabei muß jeder Wahlbezirk mindestens so viele zu wählende Delegierte erhalten, als er Kreisverbände hat. Die jeweilige Zahl der Delegierten teilt der Landeswahlausschuß den Bezirkswahlausschüssen mit.

(3) Die Mitgliederzahlen der Kreisverbände werden in einem vom Landeswahlleiter zu bestimmenden wahlnehen Stichtag festgestellt.

## § 4

### Stimmkreise

(1) Jeder Ärztliche Kreisverband bildet für die Wahl einen eigenen Stimmkreis. Der Bezirkswahlausschuß teilt zunächst

jedem Stimmkreis einen zu wählenden Delegierten zu; die übrigen zu wählenden Delegierten verteilt er auf die Stimmkreise entsprechend ihrer Mitgliederzahl (§ 3 Abs. 3) nach dem d'Hondtschen Verfahren.

(2) Für jeden Delegierten sind 2 Ersatzmänner zu wählen.

## § 5

### Wahlberechtigung und Wählbarkeit

(1) Wahlberechtigt sind die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände Bayerns. Maßgebend ist dabei die Eintretung in eine Wählerliste (§ 9).

(2) Wählbar sind alle wahlberechtigten ordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände.

## § 6

### Ruhen der Wahlberechtigung und Wählbarkeit

Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht oder sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet. Das gleiche gilt, solange das Mitglied mit der Beitragsleistung zur Bayerischen Landesärztekammer für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind.

## § 7

### Wahlvorschläge

(1) Der Landeswahlausschuß bestimmt den letzten Termin für die Einreichung der Wahlvorschläge.

(2) Die Wahlvorschläge müssen von mindestens 5 vom Hundert der Wahlberechtigten des Stimmkreises unterschrieben sein. Bei Stimmkreisen mit mehr als 1000 Mitgliedern genügen 50 Unterschriften. Die Vorschläge haben zu enthalten: Vor- und Zuname, Geburtstag, berufliche Bezeichnung und Anschriften der Kandidaten.

(3) Die Vorschläge dürfen höchstens so viele Namen enthalten, als Delegierte und Ersatzmänner für den Stimmkreis zu wählen sind. Dabei muß ersichtlich sein, wer als Delegierter und wer als Ersatzmann vorgeschlagen ist. Der Wahlberechtigte darf für jede Wahl nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen.

(4) Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so muß er sich binnen einer vom Bezirkswahlausschuß bestimmten Frist erklären, welchen Wahlvorschlag er unterstützt. Unterläßt er die Erklärung, so wird seine Unterschrift auf allen Vorschlägen gestrichen.

(5) Mit jedem Wahlvorschlag ist von jedem Kandidaten eine Erklärung vorzulegen, daß er zur Kandidatur und im Falle seiner Wahl bereit ist zur Annahme derselben und daß ihm

Umstände, die seine Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind.

(6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den ersten Unterzeichner vertreten. Der zweite Unterzeichner gilt als Stellvertreter.

(7) Werden Wahlvorschläge nicht eingereicht, so kann die Stimmabgabe für jeden Wahlberechtigten (§ 5 Abs. 2) des Stimmkreises erfolgen.

## § 8

### Prüfung der Wahlvorschläge

(1) Der Bezirkswehlausschuß hat die Vorschläge nach der Reihenfolge ihres Einganges mit Ordnungsnummern zu versehen, zu prüfen und etwaige Mängel dem Vertreter des Wahlvorschlages unverzüglich mitzuteilen. Die Mängel müssen spätestens zwei Wochen vor Beginn der Wahlfrist beseitigt sein; bis zu diesem Zeitpunkt können Vorschläge abgeändert, zusemmengelegt oder zurückgenommen werden.

(2) Ist ein Kandidat in dem Wahlvorschlag nicht in der bestimmten Weise bezeichnet, so ist der Vertreter des Wahlvorschlages zur Ergänzung aufzufordern; kommt er der Aufforderung innerhalb der bestimmten Frist nicht nach, so wird der Name des unvollständig bezeichneten Kandidaten in dem Wahlvorschlag gestrichen.

(3) Wird eine Erklärung nach § 7 Abs. 5 trotz Erinnerung des Bezirkswehlausschusses nicht oder nicht in der bestimmten Frist vorgelegt, so wird der Name des betroffenen Kandidaten gestrichen.

(4) Kandidaten, die auf mehreren Vorschlagslisten genannt sind, werden durch Vermittlung der Vertreter der Wahlvorschläge zu einer Äußerung aufgefordert, welchem Wahlvorschlag sie zugeteilt werden wollen; erklären sie sich hierauf nicht innerhalb der bestimmten Frist, so werden sie von allen Wahlvorschlägen gestrichen.

(5) Enthält ein Wahlvorschlag mehr Namen von Kandidaten, als zugelassen sind, so werden die Namen der Kandidaten gestrichen, die den in der zulässigen Zahl vorgeschlagenen Kandidaten folgen.

(6) Die Wahlvorschläge sind ungültig, wenn sie verspätet eingereicht werden; das gleiche gilt, wenn die Wahlvorschläge nicht die erforderlichen Unterschriften tragen, oder wenn die vorgeschlagenen Kandidaten nicht in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt sind, es sei denn, daß die Mängel spätestens zwei Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist beseitigt werden.

## § 9

### Wählerlisten

Die Ärztlichen Kreisverbände legen für ihre wahlberechtigten Mitglieder eine fortlaufend nummerierte Wählerliste an. Eine beglaubigte Ausfertigung der Wählerliste erhält der Bezirkswehlausschuß. Jeder Wähler ist durch den Ärztlichen Kreisverband von der Eintragung in die Wählerliste schriftlich zu unterrichten. Die Benachrichtigung muß die Wahlfrist, die Nummer des Wählers in der Wählerliste und die Anschrift des Bezirkswehlausschusses angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum 14. Tag einschließlich vor der Wahl zur Einsicht bei den Ärztlichen Kreisverbänden aufzulegen. Während dieser Zeit können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich beim Bezirkswehlausschuß erhoben werden. Er entscheidet über den Einspruch. Nur der Bezirkswehlausschuß kann Änderungen der Wählerlisten vornehmen.

## § 10

### Wahlbekanntmachungen

(1) Im Einvernehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt der Landeswehlausschuß die Wahlfrist und gibt sie den Bezirkswehlleitern bekannt.

Spätestens sechs Wochen vor Beginn der Wahlfrist veröffentlicht der Bezirkswehlleiter eine Wahlbekanntmachung in ortsüblicher Weise. Die Bekanntmachung muß enthalten:

1. Beginn und Ende der Wahlfrist;
2. die Angabe der für die Ärztlichen Kreisverbände gebildeten Stimmkreise;
3. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner;
4. die Anschrift des Bezirkswehlausschusses, an den der Wahlbrief zu entsenden ist (§ 14 Abs. 3);
5. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung und unter Hinweis auf § 7 dieser Wehordnung;
6. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerlisten bei Vermeidung des Ausschlusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswehlausschuß einzulegen sind.

(2) Der Bezirkswehlleiter kann nach Anhörung des Bezirkswehlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

## § 11

### Inhalt des Stimmzettels

(1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift: „Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“. Er muß den Stimmkreis bezeichnen und die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 7 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 7 Abs. 2 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 8 Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.

(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler ermöglichen, die Namen der von ihm gewählten Delegierten und Ersatzmänner getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Delegierte“ und „Ersatzmänner“ zu kennzeichnen.

## § 12

### Versendung der Stimmzettel

(1) Der Bezirkswehlleiter hat drei Tage vor Beginn der Wahlfrist an jeden in eine Wählerliste des Wahlbezirkes eingetragenen Wahlberechtigten einen Stimmzettel und einen Vordruck zur Abgabe der eidesstattlichen Erklärung mit zwei Umschlägen zu übersenden. Der eine Umschlag trägt den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“, der zweite (freigemachte) Umschlag trägt den Aufdruck „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“, die Nummer der betreffenden Wahlberechtigten in der Wählerliste sowie die Anschrift des Bezirkswehlausschusses.

(2) Hat ein Wahlberechtigter die nach Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Bezirkswehlleiter anfordern.

## § 13

### Ausübung des Wahlrechtes

Des Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel verwendet werden. Der Wähler hat auf einem Vordruck eidesstattlich zu versichern, daß er den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet hat. Das Wahlrecht darf nur für den Stimmkreis ausgeübt werden, in dessen Bereich der Wahlberechtigte Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes ist.

## § 14

### Stimmabgabe

(1) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorgeschlagenen Delegierten und Ersatzmänner, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen, als zu wählen sind. Aus dieser seiner Stimmenzahl kann der Wähler bis zu drei Stimmen auf einen Kandidaten häuten; dies muß er durch die entsprechende Zahl bei dem Namen des Kandidaten zum Ausdruck bringen.

(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 kann der Wähler nur so viele Namen auf dem Stimmzettel getrennt angeben, als Delegierte bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.

(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Umschlag, der den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“ trägt und verschließt den Umschlag. Der verschlossene Umschlag wird daraufhin in den zweiten Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“ gelegt. In diesem zweiten Umschlag wird weiter der unterschriebene Vordruck über die eidesstattliche Erklärung (§ 13 Satz 3) eingelegt. Der Wahlbrief wird verschlossen, vom Wähler mit der Angabe des Absenders versehen und an den Bezirkswahlausschuß gesandt. Der Wahlbrief muß vor Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingehen.

(4) Ungültig sind

- a) Stimmzettel, die nach Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingegangen sind;
- b) Stimmzettel, die sich in einem Umschlag mit der Angabe eines Namens befunden haben;
- c) Stimmzettel, die sich nicht in einem geschlossenen Umschlag mit dem Ausdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“ befunden haben;
- d) Stimmzettel, die in einem Wahlbrief ohne eidesstattliche Erklärung über die persönliche Ausübung des Wahlrechtes enthalten waren;
- e) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten.

## § 15

### Ermittlung des Wahlergebnisses

- (1) Eingehende Wahlbriefe werden beim Bezirkswahlausschuß sofort mit einem Eingangsstempel versehen.
- (2) Der Bezirkswahlausschuß ermittelt öffentlich und unverzüglich nach dem Ende der Wahlfrist das Wahlergebnis.
- (3) Der Bezirkswahlausschuß stellt aufgrund der auf dem Wahlbrief vermerkten Wahlnummer die Wahlberechtigung des Absenders im Stimmkreis durch Vergleich mit der zu-

ständigen Wählerliste test. Dabei werden die Wahlbriefe nach Stimmkreisen geordnet und ihre Zahl für die einzelnen Stimmkreise ermittelt. Danach werden die Wahlbriefe für jeden einzelnen Stimmkreis eröffnet, die eidesstattlichen Erklärungen in den Wahlbriefen geprüft und beiseite gelegt; weiter werden den Wahlbriefen die darin enthaltenen Umschläge (mit der Aufschrift „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“) entnommen, durcheinandergemischt, geordnet und die auf die einzelnen Kandidaten entfallenen gültigen Stimmen festgestellt.

(4) Bei dem Verfahren nach Abs. 3 prüft der Bezirkswahlausschuß lautend die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen nach § 14 und entscheidet hierüber.

(5) Für jeden Stimmkreis ist eine gesonderte Zähl- und Gegenliste für Wahlvorschläge und Kandidaten zu führen, wobei zwischen Delegierten und Ersatzmännern zu unterscheiden ist. In den Listen ist der Inhalt jedes gültigen Stimmzettels bei der Verlesung sofort zu vermerken. Die Listen sind von den Listenführern und vom Bezirkswahlleiter zu unterzeichnen.

(6) Die auf die Delegierten abgegebenen Stimmen werden den einzelnen Wahlvorschlägen zugerechnet. Die danach ermittelten Gesamtstimmzahlen eines jeden Wahlvorschlages werden nacheinander durch 1, 2, 3, 4 usw. geteilt, bis so viele Höchstzahlen ermittelt sind, als Delegierte zu wählen sind (§ 4 Abs. 1). Auf jeden Wahlvorschlag entfällt dabei der Reihe nach so oft ein Delegierter, als der Wahlvorschlag jeweils die höchste Teilungszahl aufweist (d'Hondtsches Verfahren). Innerhalb des Wahlvorschlages ist jeweils der Kandidat mit den meisten Stimmen gewählt. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

(7) Bei den Ersatzmännern ist festzustellen, welche Stimmenzahl der einzelne Kandidat erhalten hat.

(8) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirkes ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

Die Zahl der Wahlberechtigten;

die Zahl der Wähler;

die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen;

die Zahl der ungültigen Stimmen;

die Namen der gewählten Delegierten und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl.

(9) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen; die Zähllisten nach Abs. 5 sind der Niederschrift beizufügen.

## § 16

### Verständigung der Gewählten

Der Bezirkswahlleiter hat die Gewählten gegen Nachweis von der Wahl zu verständigen.

## § 17

### Bekanntgabe des Wahlergebnisses

(1) Nach der Feststellung des Wahlergebnisses durch den Bezirkswahlausschuß sind die Wahlakten an den Landeswahlleiter zur Bekanntgabe des Wahlergebnisses zu übermitteln. Dieser zeigt das Ergebnis dem Bayerischen Staatsministerium des Innern an und übermittelt dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer die Akten über die Feststellung des Wahlergebnisses und die Stimmzettel.

(2) Der Landeswahlleiter veranlaßt die umgehende Bekanntgabe des Wahlergebnisses im „Bayerischen Ärzteblatt“ und stellt dabei den hierfür geltenden Stichtag fest.

## § 18

### Ersatzmänner und Nachwahl

Für einen Gewählten, der vor Ablauf der Amtszeit ausscheidet, rückt für den Rest der Amtszeit der Ersatzmann nach, der auf dem gleichen Wahlvorschlag unter den vorgeschlagenen Ersatzmännern die höchste Stimmenzahl erreicht hat. Ist kein Ersatzmann mehr vorhanden, so ist innerhalb von vier Wochen eine Nachwahl durchzuführen.

## § 19

### Wahlanfechtung

(1) Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 17 Abs. 2) die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayerischen Landesärztekammer anfechten.

(2) Die Wahl ist ungültig, wenn durch den gerügten Verstoß das Wahlergebnis verdunkelt worden ist. Die Entscheidung trifft der Landeswahlausschuß.

(3) Wird die Ungültigkeit der Wahl im ganzen ausgesprochen, so wird eine Neuwahl angeordnet. Sie ist innerhalb einer Frist von vier Wochen bekanntzumachen; im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung.

(4) Wird die Ungültigkeit der Wahl nur für einen bestimmten Wahlbezirk oder für einen bestimmten Stimmkreis ausgesprochen, so bleibt die Neuwahl auf diesen Wahlbezirk oder Stimmkreis beschränkt.

(5) Entsprechendes gilt, wenn die Wahl eines Delegierten oder Ersatzmannes ungültig ist. Die Neuwahl beschränkt sich dann auf die Wahl des Delegierten bzw. des Ersatzmannes, dessen Wahl ungültig war.

(6) Absätze 4 und 5 gelten auch für eine Nachwahl.

## § 20

### Wahlakten

Die Wahlakten sind bis zum Ablauf der Amtszeit der Delegierten von der Bayerischen Landesärztekammer aufzubewahren.

## § 21

### Kosten

Die gesamten Kosten der Wahl gehen zu Lasten der Bayerischen Landesärztekammer.

## § 22

### Einberufung der Landesärztekammer

(1) Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer lädt die Fachbereiche Medizin der Landesuniversitäten zur Benennung eines Mitgliedes als Delegierten zur Landesärztekammer ein.

(2) Spätestens vier Wochen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 17 Abs. 2) veranlaßt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer den Zusammentritt der gewählten Delegierten zur Wahl nach Art. 13 Abs. 2 des Kammergesetzes.

## § 23

### Inkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt am 1. Dezember 1978 in Kraft. Gleichzeitig tritt die mit Einschließung des Staatsministeriums das Innere vom 12. Oktober 1970 — Nr. III 8 — 5011/5-4/70 — genehmigte Wahlordnung vom 15. Oktober 1970 („Bayerisches Ärzteblatt“, Sondernummer, November 1970) außer Kraft.

St. Englmar, den 8. Oktober 1978

gez. Professor Dr. Sawaring  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

# Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände

(veröffentlicht im BayÄBl. 1978/1431)

Der 31. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung vom 8. Oktober 1978 die nachstehende Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Mustersatzung mit Schreiben vom 31. Oktober 1978 — Nr. I E 9 — 5011/10 — 1, 2/78 — genehmigt.

## § 1

(1) Der Ärztliche Kreisverband .....  
ist gebildet für den (die) Landkreis(e), (den Stadtkreis)

Er ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstleistungsgebiet.

(2) Der Zusammenschluß zweier oder mehrerer Ärztlicher Kreisverbände erfolgt durch Beschluß der Mitgliederversammlungen der beteiligten Kreisverbände mit einfacher Mehrheit.

(3) Ein neuer Ärztlicher Kreisverband innerhalb des Bereiches nach Abs. 1 kann nur für den Bereich einer Kreisverwaltungsbehörde gebildet werden. Die Neubildung erfolgt dadurch, daß mindestens die Hälfte der Mitglieder aus dem Bereich einer Kreisverwaltungsbehörde in einer von einem Mitglied zu diesem Zwecke einberufenen Mitgliederversammlung die Neubildung eines Ärztlichen Kreisverbandes beschließt.

(Abs. 3 gilt nur für die Ärztlichen Kreisverbände, die sich auf mindestens zwei Kreisverwaltungsbehördenbereiche erstrecken.)

## § 2

(1) Der Ärztliche Kreisverband (im folgenden Kreisverband genannt) ist selbständiger Bestandteil der Berufsvertretung der Ärzte Bayerns.

Er hat die Aufgabe, innerhalb seines Bereiches im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, das Erfüllen der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern und in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken. Er ist berechtigt, innerhalb seines Aufgabenbereiches Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten.

Der Kreisverband hat das Vermittlungsverfahren nach Art. 32 des Kammergesetzes durchzuführen.

(2) Der Kreisverband ist verpflichtet, Anfragen der zuständigen Behörden zeitgerecht zu beantworten und auf deren Verlangen Gutachten zu erstellen.

## § 3

(1) Der Kreisverband steht unter der Aufsicht der Bayerischen Landesärztekammer und der Regierung von .....

(2) Die Regierung kann jederzeit Auskunft, insbesondere über die Verhältnisse und Beschlüsse des Kreisverbandes verlangen.

(3) Die Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer sind für den Kreisverband bindend.

(4) § 2 Abs. 2 gilt hinsichtlich der Bayerischen Landesärztekammer entsprechend.

## § 4

(1) Der Kreisverband ist berechtigt, zur Erfüllung seiner Aufgaben von den ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern Beiträge zu erheben.

(2) Die Beitragshöhe ist in einer Beitragsordnung festzusetzen, die von den Mitgliedern des Kreisverbandes zu beschließen ist. Sie bedarf der Zustimmung der Bayerischen Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung von .....

(3) Rückständige Beiträge sind nach Maßgabe des Art. 35 des Kammergesetzes belzutreiben.

## § 5

(1) Ordentliche Mitglieder des Kreisverbandes sind alle zur Berufsausübung in Bayern berechnete Ärzte, die sich in dem in § 1 genannten Bereich niedergelassen haben oder sonst ärztlich tätig sind, weiterhin diejenigen Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, aber in dem genannten Bereich ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Außerordentliche Mitglieder sind die Medizinalassistenten, die im genannten Bereich ihre vorgeschriebene Ausbildung aufnehmen.

(2) Die Mitgliedschaft ruht bei Ruhen der Approbation (§ 6 Bundesärzteordnung) und bei Anordnung eines vorläufigen oder vorübergehenden Verbotes, den ärztlichen Beruf auszuüben (§ 132 a Abs. 1 StPO, § 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 StGB). Das Ruhen der Mitgliedschaft endet im Fall des § 6 Bundesärzteordnung mit Aufhebung der Ruhensanordnung, im Fall des § 132 e StPO mit der Aufhebung und im Fall des § 70 StGB mit Ablauf der Dauer oder mit der Aussetzung des Berufsverbotes.

(3) Die ordentliche Mitgliedschaft endet mit dem Tode, der Zurücknahme oder dem Widerruf der Approbation oder einem Verzicht auf diese sowie bei Anordnung eines dauernden Verbotes, den ärztlichen Beruf auszuüben (§ 70 Abs. 1 Satz 2 StGB). Sie endet auch mit der Verlegung der ärztlichen Tätigkeit, oder, falls eine solche nicht ausgeübt wird, mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem Bereich des Kreisverbandes. Ferner endet sie bei Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit, sofern das Mitglied im Kreisverbandsgebiet nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Die Sätze 2 und 3 finden keine Anwendung bei nur vorübergehender Verlegung oder Aufgabe bis zur Dauer von sechs Monaten.

(4) Die außerordentliche Mitgliedschaft endet mit dem Tode, mit der nicht nur vorübergehenden (Abs. 3 Satz 4) Verlegung der vorgeschriebenen Ausbildung an eine Ausbil-

dungsstätte außerhalb Bayerns und mit der Erteilung der Approbation als Arzt.

(5) Mitglieder eines Kreisverbandes, die ihre ärztliche Tätigkeit außerhalb des Geltungsbereichs der Bundesärzterordnung verlegen und dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt nehmen, können freiwillige Mitglieder des Kreisverbandes bleiben. Die Mitgliedschaft endet durch Erklärung des Mitgliedes, seinen Tod oder durch Verlust der Befugnis, den ärztlichen Beruf auszuüben.

## § 6

Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder des Kreisverbandes sind nach Maßgabe der von der Bayerischen Landesärztekammer hierzu erlassenen Verwaltungsvorschriften (Meideordnung) verpflichtet, sich beim Kreisverband persönlich sowie bei dem für sie zuständigen Gesundheitsamt unter Vorlage der Berechtigungsnachweise zu melden.

## § 7

(1) Die Mitglieder des Kreisverbandes sind berechtigt, an den Mitgliederversammlungen mit Antrags- und Stimmrecht nach Maßgabe dieser Satzung teilzunehmen sowie die Fortbildungs- und sonstigen Einrichtungen des Kreisverbandes in Anspruch zu nehmen.

(2) Den ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern steht das Recht zu, die Vorstandsmitglieder des Kreisverbandes und die Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer (Art. 11 Abs. 1 des Kammergesetzes) zu wählen. Als Vorstandsmitglieder des Kreisverbandes können alle ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder, als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer nur ordentliche Mitglieder gewählt werden.

(3) 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.

(4) § 5 Abs. 2 bleibt unberührt.

## § 8

Die Organe des Kreisverbandes sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

## § 9

Der Mitgliederversammlung obliegt die Beratung und Beschlüßfassung über alle grundsätzlichen Angelegenheiten aus dem Aufgabenbereich des Kreisverbandes; insbesondere ist sie zuständig für die Aufstellung der Satzung, die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge und die Entlastung des Vorstandes.

## § 10

(1) Ordentliche Mitgliederversammlungen sollen nach Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr stattfinden. Sie sind vom Vorsitzenden des Kreisverbandes einzuberufen. Dieser hat, wenn es erforderlich erscheint oder von mindestens einem Fünftel der Mitglieder (Anmerkung: für mehr als 500 Mitglieder zählende Kreisverbände ist die Zahl auf 100 zu beschränken) verlangt wird, eine außerordentliche Mitgliederversammlung einzuberufen.

(2) Die Einberufung der Mitgliederversammlung hat unter Angabe der Tagesordnung mindestens eine Woche vor ihrer Abhaltung durch schriftliche Einladung oder in sonst üblicher

Weise zu erfolgen; freiwillige Mitglieder brauchen nicht eingeladen zu werden. Bei ordnungsgemäßer Einberufung ist die Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschlußfähig.

(3) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der erste Vorsitzende des Kreisverbandes, bei dessen Verhinderung der zweite Vorsitzende.

(4) In der Mitgliederversammlung wird durch Handzeichen mit einfacher Mehrheit unter Nichtanrechnung von Stimmenthaltungen beschlossen, soweit nicht von mindestens einem Fünftel der anwesenden Mitglieder schriftliche Abstimmung verlangt wird. Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

(5) Beschlüsse zur Satzungsänderung oder zur Abänderung von im gleichen Geschäftsjahr gefaßten Beschlüssen bedürfen einer Zweidrittelmehrheit der Anwesenden. Die in Satz 1 genannten Beschlüsse dürfen nur gefaßt werden, wenn die Änderungen in der mit der Einladung versandten Tagesordnung als Tagesordnungspunkte aufgeführt waren.

(6) Über die Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und einem Protokollführer zu unterzeichnen ist.

## § 11

(1) Der Vorstand ist auf die Dauer von vier Jahren (nach einer Wahlordnung) zu wählen (die in einer Mitgliederversammlung beschlossen worden ist).

(2) Die Wahlordnung wird Teil dieser Satzung. Sie bedarf der Zustimmung der Bayerischen Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung von .....

(3) Die Zugehörigkeit zum Vorstand oder zu Ausschüssen ruht oder endet für das betreffende Mitglied vor Ablauf der Amtsdauer beim Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 12 des Kammergesetzes oder des § 5 Abs. 2 bis 4.

## § 12

(1) Der Vorstand des Kreisverbandes besteht aus dem ersten und zweiten Vorsitzenden und Beisitzern (deren Anzahl in der Wahlordnung bestimmt wird).

(2) Der Vorstand leitet die Angelegenheiten des Kreisverbandes. Der erste Vorsitzende, bei dessen Verhinderung der zweite Vorsitzende, vertritt den Kreisverband nach außen und vor den Gerichten. Er kann diese Vertretung im Benehmen mit den Mitgliedern des Vorstandes in besonderen Fällen auch einem anderen Vorstandsmitglied übertragen.

(3) Der Vorstand hat das Recht, zur Bearbeitung besonderer Fragen Ausschüsse zu bestellen.

(4) Der Vorsitzende leitet die Geschäftsstelle des Kreisverbandes. Er kann die Leitung mit Zustimmung des Vorstandes auch einem anderen Vorstandsmitglied übertragen. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

## § 13

(1) Der Vorstand kann ein Mitglied, das die ihm obliegenden Berufspflichten verletzt hat, rügen, wenn die Schuld gering ist und der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich erscheint. Ärzte im öffentlichen Dienst unterliegen hinsichtlich ihrer dienstlichen Tätigkeit nicht dem Rügerecht.

(2) Vor der Erteilung der Rüge ist das Mitglied zu hören. Der Bescheid, durch den das Verhalten des Mitgliedes ge-

rügt wird, ist zu begründen. Er ist dem Mitglied mit Rechtsmittelbelehrung zuzustellen. Eine Zweitschrift des Bescheides ist der Landesärztekammer und der Regierung zu übersenden.

(3) Gegen den Bescheid kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach Zustellung Beschwerde bei der Landesärztekammer erheben.

(4) Im übrigen gilt für das Verfahren zur Erteilung einer Rüge Art. 33 des Kammergesetzes.

#### § 14

(1) Der Vorstand beantragt die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens, wenn eine Rüge nach § 13 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 den Dienstvorgesetzten des Arztes über die Verletzung der Berufspflicht in Kenntnis.

(3) Ist wegen des zu beanstandenden Verhaltens bei einem Gericht oder einer Behörde gegen das Mitglied bereits der Antrag auf Einleitung eines Straf-, Bußgeld- oder Disziplinarverfahrens gestellt worden, so kann der Vorstand den Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluß des anderen Verfahrens zurückstellen. Nach Abschluß dieses Verfahrens kann er von dem Antrag nach Absatz 1 absehen, wenn nicht Maßnahmen nach Art. 56 Abs. 1 Nrn. 3 oder 4 des Kammergesetzes angezeigt sind oder sonst die Voraussetzungen für eine zusätzliche berufsgerichtliche Ahndung nach Art. 56 Abs. 3 des Kammergesetzes (Erforderlichkeit einer zusätzlichen Maßnahme, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten enzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren) vorliegen. Die Entscheidung, mit der der Antrag auf Einlei-

tung des berufsgerichtlichen Verfahrens zurückgestellt wird oder von ihm abgesehen wird, ist dem Mitglied und der Regierung mitzuteilen.

(4) Erhält der Vorstand Kenntnis von der Verletzung der Berufspflichten durch einen Arzt, der einem anderen Ärztlichen Kreisverband oder einer vergleichbaren Berufsvertretung eines anderen Landes der Bundesrepublik Deutschland oder des Landes Berlin angehört, so gibt er dem anderen Kreisverband oder dem anderen zuständigen Organ der Berufsvertretung davon Kenntnis.

#### § 15

(1) Die Tätigkeit des Vorstandes und der Ausschüsse des Kreisverbandes erfolgt ehrenamtlich. Aufwands- und Reisekostenentschädigung sowie Ersatz für Zeitverlust werden nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gewährt.

(2) Der Vorstand hat der Mitgliederversammlung innerhalb von drei Monaten nach Ende des Geschäftsjahres einen Geschäfts- und Kassenbericht zu erstellen.

#### § 16

Die Bekanntmachungen des Kreisverbandes erfolgen durch Anschlag eines entsprechenden Mitgliederrundschreibens an der Mitteilungstafel oder durch Auslage in der Geschäftsstelle des Kreisverbandes. Anschlag und Auslage sollen mindestens zwei Wochen dauern.

#### § 17

Diese Satzung tritt am ..... in Kraft.

St. Englmar, den 9. Oktober 1978

gez. Professor Dr. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

## II. Kassenarztrecht

### 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) und des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch – SGB (X) – vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469)

#### **§ 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 e bis 368 s. Die Regelung erstreckt sich auf

die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung (§§ 368 e bis 368 c),

die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit (§§ 368 d bis 368 f),

das Vertragswesen und das Schlichtungswesen (§§ 368 g bis 368 i),

die Bildung von Kassenärztlichen Vereinigungen (§§ 368 k bis 368 m),

die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 n),

die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und ihre Aufgaben (§§ 368 o bis 368 r),

die besonderen vertraglichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitation (§ 368 s).

Soweit sich die folgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören auch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Mutterschaft, die Anordnung der Hilfeleistung enderer Personen, die Versorgung mit Zehnersatz und Zehnkronen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln, Brillen und Krankenheuspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der Vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten für den Anspruch auf 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 kassenärztlichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichti-

gung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung 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 aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausbedarfsplanung sind zu beachten. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(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 Zahntechnikern mit Ausnahme der Vergütung sowie der Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen regeln sich nach dem bürgerlichen Vertragsrecht. Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts dürfen nur durch Vereinbarung der in § 368 g Abs. 2 bezeichneten Vertragsparteien 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 (Kassenerztsitz).

(3) Um die Zulassung kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag 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 für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen 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 auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist.

(6) Die Zulassung kann entzogen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt 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 (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sowie zur Erbringung besonderer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch andere Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind, sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin, längstens für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus, an der kassenärztlichen Versorgung unmittelbar oder auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Voraussetzungen für die Beteiligung sind die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister und die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt 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 Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Berufungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus 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 Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebüh-

ren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerruf der Beteiligung nach § 368 a Abs. 8 können die am Verfahren beteiligten Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung Widerspruch bei dem Berufungsausschuß einlegen; der Widerspruch bewirkt Aufschub.

(5) Der Berufungsausschuß kann die Vorziehung seiner Entscheidung anordnen, wenn er sie im öffentlichen Interesse für geboten hält.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuß für Ärzte und einen Berufungsausschuß für Zahnärzte. Nach Bedarf können mehrere Berufungsausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder es kann ein gemeinsamer Berufungsausschuß für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen errichtet werden. Die Berufungsausschüsse bestehen aus 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 beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 bis 4 und des Absatzes 3 gelten entsprechend. Die Berufungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit.

(7) Das Verfahren vor den Berufungsausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 Sozialgerichtsgesetz.

(8) Die Aufsicht über die Führung der Geschäfte der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (Ausschüsse) führen die für 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 Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsspeicherung und Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Beratung mit den Bundesausschüssen (§ 368 o) mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Aufstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langfristige Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beretung in den Landesauschüssen der Ärzte und Krankenkassen,

2. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
3. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
4. des Verfahren für die Eintreibungen in die Arztregister,
5. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der Berauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschäftsführung der Ausschüsse,
7. das Verfahren vor den Ausschüssen entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
8. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
9. die Ausschreibung von Kassenarztsitzen,
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
11. die Voraussetzungen für die Beteiligung von Krankenhausärzten hinsichtlich des Nachweises der fachärztlichen Tätigkeit bei Ärzten und der Anerkennung einer vergleichbaren Tätigkeit bei Zahnärzten, den Umfang und die Dauer der Beteiligung sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen,
12. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in besonderen Fällen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme an 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 ausüben können,
14. die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt worden ist, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen nach Artikel 60 des EWG-Vertrages 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 Umfang und für welche Dauer zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung in solchen Gebieten eines Zulassungsbezirks, in denen eine kassenärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, Beschränkungen der Zulassungen in hiervon nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter Maßnahmen vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnungen der Landesauschüsse gebunden sind und Härtefälle zu berücksichtigen haben.

### § 368 d (Freie Arztwahl)

(1) Es besteht vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 freie Wahl unter den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, den Zahnkliniken, der Krankenkassen 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 abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Der Versicherte soll den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) Absätze 1 bis 4 gelten für ärztlich geleitete Einrichtungen, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend.

### § 368 e (Wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungswese)

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2 und § 13 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich 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 Krankheiten und bei ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 200 e und 200 f entsprechend.

### § 368 f (Gesamtvergütung, Arzneimittelhöchstbetrag)

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzt hat. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenerztes zugrunde zu legen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll zugleich sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenerztes verhütet wird.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einem Kopfpauschale, nach einem Fallpau-

scheie 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 Krankenkassen, 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 Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen 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 sollen bei den Vereinbarungen engemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen regionalen Verhältnissen und besonderen Verhältnissen der Kassenarten 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 Behandlung, die in Eigenrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Für die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung nach den Sätzen 1 und 2, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind, beschließen die Bundesausschüsse Richtlinien.

(6) Im Gesamtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu leistenden der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden 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 Vereinbarungszeitraum 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 erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; ein Ausgleich kann nur im Wege des Einzelregresses erfolgen. Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichti-

gung 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 Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Diese Empfehlungen sollen bei den Vereinbarungen engemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen Verhältnissen der Kassenarten 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 Rechnungslegung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten.

### **§ 368 g (Gesamtverträge, Bundesmantelverträge, einheitlicher Bewertungsausschuß, belegärztliche Tätigkeit)**

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen engemessen vergütet werden.

(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundesverband oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist; die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundesverbände und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.

(3) Den allgemeinen Inhalt 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 Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Sie sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(5) In den Gesamtverträgen ist auch zu vereinbaren, daß die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind.

(5 e) Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung. Für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechnik

niker schließen die Landesverbände der Krenkenkassen und die Vertreter der Innungen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kessenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinbarungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich. § 368 Abs. 6 Satz 3 und § 368 h gelten entsprechend.

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt auch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nach § 200 t. Die Vertragsparteien haben auf 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 Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung 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 eilen Verträgen paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen; die Bundesausschüsse beschließen die ertorderlichen 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 Inhalt 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 Vertragsparteien nicht innerhalb eines Monats nach 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 Vertrag, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen Inhalt 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, Schiedsamtordnung, Bewertungsausschuß)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krenkenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Bezirke mehrerer

Kassenärztlicher Vereinigungen ein Landesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und ein Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Landesverbände der Krenkenkassen 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 unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krenkenkassen 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 aus der gemeinsam erstellten Liste, so entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Falle 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 Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden 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 Krenkenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krenkenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krenkenkassen bestellt. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 bis 5, 7 und 8 gelten entsprechend.

(3 e) In den Fällen des § 368 g Abs. 5 e Satz 2 wirken in den Schiedsämtern für die kassenzahnärztliche Versorgung Vertreter der Zahntechniker 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 benannt. Die entscheidenden Stellen treten für die Kostenverteilung an die Stelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Absatz 2 Satz 8, Absatz 3 Satz 3).

(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der in § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmanteilverträge. Satz 1 gilt in den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 entsprechend.

(5) Soweit die Schiedsämter nach Absatz 4 zuständig sind, findet ein Vorverfahren nicht statt.

# Dr. Lange Digital-Photometer LP 6

das hochwertige Laborgerät  
für alle klinisch-chemischen Analysen –  
mit eingebauter Kinetik-Automatik

... der mit hoher Geschwindigkeit  
ablaufende Meßvorgang  
gestattet wirtschaftliche  
Einzelanalysen und kostengünstige  
Serienmessungen

... alle Funktionen  
werden durch  
Tastendruck  
ausgelöst

Dr. Lange  
Photometer  
und Diagnostica  
zur Lösung von  
Laborproblemen –  
denn alles kommt  
aus einer Hand

... die  
Anzeige der  
Ergebnisse  
erfolgt digital und  
in direkten Werten

unverb.  
Preisempf.  
**DM 6500,-**  
ohne Zubehör  
+ MwSt

... das günstige  
Preis-  
Leistungs-  
verhältnis  
garantiert  
hohe Wirt-  
schaftlichkeit



## Coupon

- Bitte senden Sie mir Ihr ausführliches Informationsmaterial
- Ich möchte gern das »LP 6« unverbindlich in meiner Praxis ausprobieren

Name \_\_\_\_\_  
Fachrichtung \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

BA



**DR LANGE**

Vertriebsbereich Medizin  
Postfach 370 363  
1000 Berlin 37  
Telefon (030) 80 10 21

Dr. Bruno Lange GmbH

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Lendeschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundeschiedsämter 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 Schiedsordnungsverordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Schiedsordnungsverordnung 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 Verfahrens 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 Kessenzahnärztliche 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 Kessenzahnärztliche 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 Vertreterversammlung 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 Vertreterversammlung wählen aus dem Kreise der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder.

(5) Die Vertreter der ordentlichen und der außerordentlichen Mitglieder in den Vertreterversammlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl getrennt die Mitglieder der Vorstände.

(6) Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Durchführung der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach 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 enthalten 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 Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen die von den Bundesvereinigungen abgeschlossenen Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen 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 Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Errichtung und Aufgeben dieser Stellen Bestimmungen enthalten.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen 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.

Die Kassenärztliche Vereinigung erläßt einen schriftlichen Verwaltungsakt.

(5) 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.

(6) Soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 4 zuständig sind, findet ein Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes nicht statt.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstände gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Die Satzung kann bestimmen, daß 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 haben die den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung in dem in § 368 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen 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 haben 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 einzuhalten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen. Die Vereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse 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 Zulassung oder der Beteiligung (§ 368 e Abs. 8) in Krankenhäusern ausgeführten und in die Gesamtvergütung einbezogenen ärztlichen Sachleistungen werden unbeschadet der Vergütung rein ärztlicher Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern außerhalb des Verteilungsmaßstabes (§ 368 f Abs. 1) nach Sätzen vergütet, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. Des gleichen gilt in den Fällen, in denen der leitende Krankenhausarzt als Kassenarzt nicht zugehört oder nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen 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, auch soweit es sich um die Durchführung der von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 368 g Abs. 2 Satz 2 geschlossenen Gesamtverträge handelt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen; sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(5) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an, wobei den Vorsitz jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte oder ein Vertreter der Krankenkassen führt, dessen Stimme bei Stimmgleichheit den Ausschlag gibt. Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren vor den Ausschüssen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen den Beschwerdeausschuß enrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren finden § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes Anwendung. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 200 f aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und diese Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Satz 1 gilt entsprechend für Verträge mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung, wenn diese über die hierfür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen; bei Verträgen mit Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen bedarf es außerdem der Feststellung des Landeseusschusses der Ärzte und Krankenkassen, daß der Vertragsebschluß zur Sicherstellung dieser ambulanten Versorgung erforderlich ist.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bederfplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dereuf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

### § 368 o (Landes- und Bundesausschüsse)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Landeseusschuß der Zahnärzte und Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so verringert sich entsprechend die Zahl der Ärzte. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelesener Arzt sein.

(3) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag 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 Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelesener Arzt sein.

(4) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt, sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesausschüsse werden von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen, die Kosten der Bundesausschüsse werden von den Kassenärztlichen

Bundesvereinigungen und den Bundesverbänden der Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Der Bundesminister für Arbeit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen 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 auf. Sie hat insbesondere Vorschriften über die Geschäftsführung, das Verfahren, die Stellvertretung, die Schwebepflicht der Mitglieder, die Bildung von Arbeitsausschüssen und die Veröffentlichung der Richtlinien zu enthalten.

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesausschüsse führt der Bundesminister für 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 hinaus zusätzlich drei Vertreter der Ärzte sowie ein Vertreter der knappschaftlichen Krankenversicherung und zwei Vertreter der Ersatzkassen mit. Der Vertreter der knappschaftlichen Krankenversicherung wird von der Bundesknappschaft, die Vertreter der Ersatzkassen werden von den nach § 525 a gebildeten Verbänden bestellt.

### § 368 p (Aufgaben der Bundesausschüsse)

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sechleistungen, die Versorgung mit Zehnersatz, 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 Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Ordnungsmengen 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 für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse 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 Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, 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 Bundesausschüsse Richtlinien für den Abschluß und den Inhalt dieser Verträge aufstellen. Für Verträge nach § 368 r haben die Bundesausschüsse Richtlinien aufzustellen.

(5) Die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere über die Anwendung rationisierender Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind. Durch Richtlinien ist das Nähere für die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten zu beschließen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(6) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschließt die erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen nach den §§ 200 e und 200 f. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(7) Die Bundesausschüsse beschließen die für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien, die insbesondere einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren 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 unmittelbarer drohender Unterversorgung zu beurteilen haben. Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(8) Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen. Die Bundesausschüsse haben hierzu auch Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker anzuhören. 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 Krankenkassen sowie das Zusammenwirken des vertrauensärztlichen Dienstes mit Ärzten und Krankenkassen fördern.

(2) Die Landesausschüsse stellen für ihren Bezirk Richtlinien auf, welche die der Bundesausschüsse nach den bezirklichen Bedürfnissen 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 Krankenkassen 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 Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach § 368 Abs. 4 und entscheiden im Falle des § 368 Abs. 5.

(2) Den Landesausschüssen obliegt auch 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 angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(3) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Beschränkungen der Zulassungen nach den Vorschriften der Zulassungsordnungen anzuordnen.

### **§ 368 s (Verträge über Möglichkeiten zur Rehabilitation)**

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen heben durch Verträge sicherzustellen, daß der Behinderte über die Möglichkeiten der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation beraten wird und die gebotenen Maßnahmen von den Rehabilitationsträgern frühzeitig eingeleitet werden. In den Verträgen ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen 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 verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Familienangehörigen mit allen geeigneten Mitteln und in bestimmten Zeitabständen über die zur Sicherung der Gesundheit notwendige und zweckmäßige Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten aufzuklären.

(2) Die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen haben die bei Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten; dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind.

### **Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

#### **§ 405 a**

(1) Die in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerech-

ten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz 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 abzugeben.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krenkenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert diese.

## **Artikel 2**

### **Übergangs- und Schlußvorschriften**

#### **§ 5**

(1) Vereinbarungen 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 fort.

(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 für Arzneimittel im Jahre 1977 zu treffen.

#### **§ 6**

Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesempfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkung der Regelungen über die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Sie hat außerdem darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. Soweit sich aus 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

# L-Thyroxin Merck

Euthyrox<sup>®</sup> 50

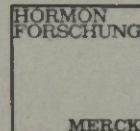
Euthyrox<sup>®</sup> 100

Euthyrox<sup>®</sup> 150

## Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie

Reines L-Thyroxin Euthyrox<sup>®</sup> 50 · Euthyrox<sup>®</sup> 100 · Euthyrox<sup>®</sup> 150

**Zusammensetzung:** Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon L-Thyroxin (Levothyroxin, T<sub>4</sub>) als Natriumsalz. Es steht in 3 Tablettenstärken zur Verfügung. Euthyrox 50: Tabl. zu 50 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 100: Tabl. zu 100 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 150: Tabl. zu 150 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Anwendungsgebiete der Schilddrüsenhormontherapie: Hypothyreose, blinde (autochrote) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignome (postoperativ). **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung von L-Thyroxin können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. **Vorichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzen kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßige Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen:** Euthyrox<sup>®</sup> 50: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 5,90; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 9,30; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 29,52; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 39,10. Euthyrox<sup>®</sup> 100: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,45; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 15,65; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 48,93; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 64,60. Euthyrox<sup>®</sup> 150: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12,25; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 18,15; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 54,08; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 69,82. Apoth.-Abgpreise Stand 1. 11. 1979. ■



### MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

aufzustellen; hierbei ist insbesondere von der für die Ersatzkassenpraxis vereinbarten Gebührenordnung (E-Adgo) auszugehen. Bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt gelten die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Vergütungsregelungen 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 sicherstellen, bleiben unberührt. Sind solche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes an Stelle der bisherigen Vertragspartner 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 gilt eine solche Vereinbarung unbeschadet der Laufzeit der Verträge so lange fort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweils 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 Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung gilt für bei Inkrafttreten dieses Gesetzes anhängige Prüfungs- und Beschwerdeverfahren bis zu deren Abschluß fort.

#### § 11

Richtlinien nach § 368 p Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen.

#### Einbeziehung der Ersatzkassen in das Kassenarztrecht

§ 525 c wird wie folgt geändert:

e) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Für die Verträge der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung gelten § 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368 g sinngemäß; § 368 f Abs. 4 und 7 gelten mit der Maßgabe, daß an der gemeinsamen Abgabe der Empfehlungen auch die nach § 525 e gebildeten Verbände der Ersatzkassen mitzuwirken haben. Im übrigen nehmen die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben die Verbände der Ersatzkassen wahr; sie können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände handelt, diese auf eine im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen. § 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 unparteiliches Mitglied benennen.“

# Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

vom 1. April 1956

(„Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 12 vom 24. März 1956) in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 14. Januar 1978, genehmigt durch Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 14. März 1978, Nr. III/3/4684/37/78 („Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 12 vom 23. März 1978)

## Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung

### § 1

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) umfaßt das Gebiet des Landes Bayern.

(2) Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, hat ihren Sitz in München und führt ein Dienstsiegel mit dem kleinen bayerischen Staatswappen.

(3) Im Bereich der KVB werden acht Bezirksstellen gebildet für München-Stadt und -Land und die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben.

## Aufgaben der Vereinigung

### § 2

(1) Die KVB hat die kassenärztliche Versorgung in Bayern sicherzustellen und zu diesem Zweck die erforderlichen Verträge und Vereinbarungen mit den Krankenkassen abzuschließen. Desgleichen kann sie zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Verträge mit Ersatzkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten, Kneppschatten, Fürsorgeverbänden und sonstigen Körperschaften, die zur Durchführung ihrer Aufgaben ärztlicher Tätigkeit bedürfen, abschließen und die Beziehungen zu diesen Einrichtungen regeln.

(2) In Erfüllung der der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nach § 368 n Abs. 1 Satz 1 RVO übertragenen Verpflichtung, die kassenärztliche Versorgung in Bayern sicherzustellen, trifft die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Maßnahmen zur Qualitätssicherung für ärztliche Sachleistungen. Der Vorstand erläßt zu diesem Zweck Richtlinien über die Auswahl der in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Leistungen sowie über den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung.\*

(3) Die KVB ist verpflichtet, die Durchführung der abgeschlossenen Verträge und getroffenen Vereinbarungen sicherzustellen und ihre Mitglieder entsprechend anzuhelfen.

(4) Die Vereinigung kann für ihre Mitglieder Wohltätigkeits- und andere zweckdienliche Einrichtungen unterhalten oder zu solchen beitragen.

## Rechte und Pflichten der Mitglieder

### § 3

(1) Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder (§ 368 k [4] RVO) haben das aktive und passive Wahlrecht zu den Organen der KVB nach Maßgabe der Vorschriften des Gesetzes und dieser Satzung (Wahlordnung).

(2) Die ordentlichen Mitglieder und die zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte sind berech-

tigt und verpflichtet, nach Maßgabe ihrer Zulassung, Beteiligung oder Ermächtigung und nach den Vorschriften der Berufs- und Weiterbildungsordnung an der kassenärztlichen Versorgung und nach Maßgabe der hierfür geltenden besonderen Bestimmungen an sonstigen von der KVB übernommenen Aufgaben der ärztlichen Versorgung teilzunehmen.

(3) Die außerordentlichen Mitglieder sind, wenn sie in freier Praxis niedergelassen sind, berechtigt, an den von der KVB übernommenen Aufgaben der ärztlichen Versorgung nach Maßgabe der hierfür geltenden Bestimmungen teilzunehmen.

(4) Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und von der KVB abgeschlossenen Verträge über die kassenärztliche und sonstige ärztliche Versorgung und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen der KBV über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen und sonstigen ärztlichen Versorgung und den Zehnjungsausgleich zwischen den KVen sind für die Mitglieder der KVB verbindlich. Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p Abs. 1 RVO beschlossenen Richtlinien sollen von den Mitgliedern beachtet werden.

(5) Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die kassenärztliche Tätigkeit maßgebenden Bestimmungen fortlaufend zu unterrichten, insbesondere über die von der KVB herausgegebenen Mitteilungen.

### § 4

(1) Für alle Mitglieder der KVB sind die Satzungsbestimmungen und die von den gewählten Organen gefaßten Beschlüsse und Entscheidungen verbindlich.

(2) Jedes Mitglied ist verpflichtet, den Organen und Stellen der KVB eine Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die zur Nachprüfung der kassenärztlichen oder sonstigen von der KV sichergestellten und gewährleisteten ärztlichen Tätigkeit erforderlich sind.

(3) Jedes Mitglied kann, außer in den Fällen der §§ 5 und 14 gegen Maßnahmen eines Organs oder einer Stelle der KVB, durch die es sich in seiner Rechtsstellung beeinträchtigt glaubt, Widerspruch bei der Stelle einlegen, welche die beanstandete Maßnahme getroffen hat. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, so ist er dem Vorstand der KVB zur Entscheidung vorzulegen. Dieser entscheidet als Widerspruchsstelle gemäß § 85 SGG — auch über einen Widerspruch gegen eine von ihm selbst getroffene Maßnahme. Der Vorstand kann notfalls mit dieser Aufgabe einen Ausschuß betrauen.

## Maßnahmen wegen Pflichtverletzung

### § 5

(1) Mitgliedern und Vertragsärzten, die ihre kassenärztlichen oder vertraglichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß

\* Abs. 2 neugefaßt durch Beschluß der Vertreterversammlung vom 14. April 1973 (BayABl. 1973/849)

ertüllen, kann die KVB eine Verwarnung oder einen Verweis erteilen oder Ihnen eine Geldbuße bis zu DM 5000,- euerlegen; eine Geldbuße kann auch neben einem Verweis verhängt werden. Soweit der Ausschuß von vertraglich übernommenen Aufgaben nicht gesetzlich oder vertraglich geregelt ist, kann die KVB wegen gröblicher Verletzung dieser Pflichten auch den zeitweiligen oder dauernden Ausschluß des Mitglieds von der Teilnahme an diesen Aufgaben beschließen.

(2) Über die nach Abs. 1 zu ergreifenden Maßnahmen beschließt auf Antrag des Vorsitzenden der Bezirksstelle ein bei jeder Bezirksstelle gebildeter Ausschuß, bestehend aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt, der vom Vorstand bestellt,

zwei Ärzten als Beisitzern, die von der Vertrauensmännerversammlung

gewählt werden. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu bestellen. Die Mitglieder des Ausschusses sind an Weisungen nicht gebunden.

(3) Maßnahmen nach Abs. 1 können nicht mehr beantragt werden, wenn seit dem Bekanntwerden der Verfehlung zwei Jahre oder seit der Verfehlung fünf Jahre vergangen sind; bei Verfehlungen, die eine nach allgemeinem Strafrecht strafbare Handlung darstellen oder mit einer solchen im Zusammenhang stehen, kann der Antrag darüber hinaus solange gestellt werden, als die Strafverfolgung noch nicht verjährt ist.

(4) Der Antrag des Vorsitzenden der Bezirksstelle ist mit den erforderlichen Unterlagen dem Vorsitzenden des nach Abs. 2 gebildeten Ausschusses zuzuleiten, der dem beschuldigten Arzt durch eingeschriebenen Brief die ihm vorgeworfenen Verfehlungen mit der Aufforderung mitteilt, binnen einer bestimmten Frist dazu schriftlich Stellung zu nehmen. Der Ausschuß oder in seinem Auftrag der Vorsitzende stellen die Ermittlungen an, die sie zur Aufklärung des Sachverhalts für erforderlich halten; Zeugen und Sachverständige können schriftlich oder mündlich gehört werden. Der Ausschuß muß das Verfahren aussetzen, wenn wegen der als Pflichtverletzung beanstandeten Handlungen ein strafgerichtliches oder berufsgerichtliches Verfahren oder ein Verfahren auf Entziehung der Zulassung anhängig ist. Der Ausschuß hat dem beschuldigten Arzt ausreichend Gelegenheit zu geben, sich schriftlich oder vor dem Ausschuß mündlich zu den gegen ihn erhobenen Vorwürfen und zu dem Ergebnis der Ermittlungen zu äußern; auf Antrag des Arztes ist mündlich zu verhandeln. Die mündliche Verhandlung ist nicht öffentlich. Der beschuldigte Arzt kann sich durch einen anderen Arzt oder durch einen Rechtsanwalt vertreten oder beistehen lassen.

(5) Der Ausschuß entscheidet in geheimer Beratung mit Stimmenmehrheit. Die Entscheidung ist schriftlich in den Akten niederzulegen und von den Mitgliedern des Ausschusses zu unterschreiben.

Haben die Ermittlungen ergeben, daß eine Pflichtverletzung nicht vorliegt oder nicht ausreichend nachgewiesen ist oder so geringfügig ist, daß eine Maßnahme nach Abs. 1 nicht angebracht ist, so stellt der Ausschuß das Verfahren aus diesen Gründen ein; der Vorsitzende des Vorstandes teilt dies dem beschuldigten Arzt schriftlich mit.

Beschließt der Ausschuß eine Maßnahme nach Abs. 1, so ist der Beschuldigte mit einer Begründung und einer Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts durch den Vorstandsvorsitzenden auszufertigen und dem beschuldigten Arzt zuzustellen; Übersendung durch eingeschriebenen Brief genügt.

## Organe der Vereinigung

### § 6

(1) Die Organe der Vereinigung sind:

- e) die Vertreterversammlung,
- b) der Vorstand.

(2) Die Amtsdeurer der gewählten Mitglieder der Organe beträgt vier Jahre. Sie endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Durchführung der Wahlen jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nechtolger eintreten.

(3) Alle Ämter in den Organen der Vereinigung sind ehrenamtlich. Reisekosten, Tage- und Übernachtungsgelder sowie sonstige Aufwendsentschädigungen werden nach den Beschlüssen der Vertreterversammlung gezehlt.

## Vertreterversammlung

### § 7

(1) Die Vertreterversammlung besteht aus den von den ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern der KVB nach § 368 I Abs. 2 und 4 RVO gewählten Vertretern. Für je 100 ordentliche Mitglieder sind ein Vertreter und zwei Ersatzmänner zu wählen. Die Vertreter der außerordentlichen Mitglieder und je zwei Ersatzmänner sind im Verhältnis der Zahl der außerordentlichen Mitglieder zu der der ordentlichen Mitglieder zu wählen, höchstens aber mit einem Viertel der ordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlung.

(2) Das Wahlverfahren regelt die Wahlordnung, die Bestandteil dieser Satzung ist.

(3) Das Amt eines Mitglieds der Vertreterversammlung und eines Ersatzmannes endet

- e) durch Tod,
- b) durch Niederlegung des Amtes,
- c) durch Verlust oder Wechsel der ordentlichen oder außerordentlichen Mitgliedschaft in der KVB,
- d) durch Wegzug aus dem Wahlbezirk,
- e) durch Verlust oder Beschränkung der Geschäftstätigkeit,
- t) durch Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte.

An die Stelle eines ausscheidenden Mitglieds tritt der gewählte Ersatzmann (in der Reihentolge der Wahl). Ist kein Ersatzmann mehr vorhanden, so ist eine Nachwahl durchzuführen, sofern nicht die Amtsdauer der Vertreterversammlung noch im gleichen Kalenderjahr abläuft.

(4) Das Amt eines Mitglieds in der Vertreterversammlung ruht, solange es dem Vorstand der KVB angehört: für diese Zeit tritt sein Ersatzmann an seine Stelle.

(5) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte den Vorsitzenden der Vertreterversammlung und einen Stellvertreter und gibt sich eine Geschäftsordnung.

(6) Die Vertreterversammlung bedient sich zur Durchführung ihrer Aufgaben der Landesgeschäftsstelle.

### § 8

(1) Die Vertreterversammlung wird in der Regel jährlich einmal von ihrem Vorsitzenden einberufen. Sie ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte der Vertreter anwesend ist. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag aus abgelehnt.

(2) Änderungen der Satzung und der eingefügten Bestandteile bedürften einer zwei Drittel-Mehrheit der anwesenden Vertreter.

(3) Die Mitglieder des Vorstandes haben das Recht, an der Vertreterversammlung beratend teilzunehmen; sie sind rechtzeitig einzuladen.

(4) Die Vertreterversammlung muß einberufen werden, wenn

a) ein Drittel der gewählten Vertreter

b) oder drei Bezirksstellen

c) oder der Vorstand der KVB

es beantragen.

(5) Die Vertreterversammlung hat

a) die Satzung und die Wahlordnung aufzustellen und Änderungen zu beschließen,

b) die Aufbringung der Mittel zu regeln und den Haushaltsplan festzusetzen,

c) die Jahresrechnung abzunehmen und den Vorstand zu entlasten,

d) die Wahl des Vorstandes gemäß § 9 der Satzung vorzunehmen,

e) den Honorarverteilungsmaßstab gemäß § 368 f (I) RVO aufzustellen,

f) Gegenstände der Tagesordnung zu beraten und darüber Beschluß zu fassen.

## Vorstand

### § 9

(1) Der Vorstand besteht aus einem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter, je einem ordentlichen Mitglied aus den acht Bezirksstellen und einem außerordentlichen Mitglied.

(2) Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden in getrennten Wahlgängen von der Gesamtheit der Vertreterversammlung,

die Vertreter der acht Bezirksstellen von den Vertretern der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung,

der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder von den Vertretern der außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt.

### § 10

(1) Der Vorstand führt die Geschäfte der Vereinigung und schließt in deren Namen Verträge und Vereinbarungen ab.

(2) Die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Vereinigung durch den Vorstand wird auf den Vorsitzenden, bei dessen Verhinderung auf seinen Stellvertreter übertragen. Der Vorstand bedient sich zur Durchführung seiner Aufgaben der Landesgeschäftsstelle.

(3) Vorstandssitzungen sind bei Bedarf einzuberufen, sie sollen mindestens einmal vierteljährlich stattfinden. Beschlußfähigkeit besteht, wenn mehr als die Hälfte der Vorstandsmitglieder anwesend sind. Der Vorstand beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

## Landesgeschäftsstelle

### § 11

Zur Durchführung ihrer durch Gesetz und Satzung festgelegten Aufgaben unterhält die KVB eine Landesgeschäftsstelle. Die Mittel für den Unterhalt der Landesgeschäftsstelle werden von der Vertreterversammlung im Rahmen des Haushaltsplans der KVB aufgrund des vom Vorstand vorgelegten Voranschlags genehmigt.

## Bezirksstellen

### § 12

Die Bezirksstellen sind Verwaltungsstellen der KVB. Sie unterhalten Geschäftsstellen, für die § 11 dieser Satzung entsprechend gilt. Den Bezirksstellen obliegt die Führung des Arztregisters für ihren Bezirk, die Honorarverteilung nach dem von der Vertreterversammlung aufgestellten Rahmenhonorarverteilungsmaßstab, die Durchführung des Prüfungswesens sowie der vom Vorstand übertragenen Aufgaben im Bereich der Bezirksstelle. Die Verantwortung des Vorstands für die Durchführung der den Bezirksstellen übertragenen Aufgaben bleibt unberührt.

### § 13

(1) Die in die Vertreterversammlung gewählten ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder aus dem Bereich einer Bezirksstelle bilden die Bezirksvertrauensmänner-Versammlung, die von dem Vorsitzenden der Bezirksstelle geleitet wird.

(2) Aufgabe dieser Vertrauensmänner-Versammlung ist es

a) den Vorsitzenden der Bezirksstelle und einen Stellvertreter sowie die Mitglieder von Ausschüssen zu wählen,

b) den Vorsitzenden bei grundsätzlichen Entscheidungen innerhalb des Aufgabengebiets der Bezirksstelle zu beraten, insbesondere bei der Aufstellung eines Haushaltsvoranschlags.

(3) Die Vertrauensmänner halten die Verbindung zwischen den Mitgliedern ihrer Wahlbezirke und der KVB aufrecht.

(4) Aufgabe des Vorsitzenden der Bezirksstelle ist es,

e) nach der Satzung und den Beschlüssen der Organe der KVB die Geschäfte der Bezirksstelle zu führen,

b) im Rahmen des Vorschlags die Mittel der Bezirksstelle ordnungsgemäß zu verwalten,

c) im Benehmen mit der Vertrauensmänner-Versammlung nach den Beschlüssen der Vertreterversammlung den Haushaltsvoranschlag aufzustellen,

d) die Vertrauensmänner-Versammlung vor jeder grundsätzlichen Verwaltungsmaßnahme zu hören,

e) die Mitglieder der Bezirksstelle zu unterrichten, mindestens einmal jährlich in Mitgliederversammlungen.

## Prüfungsinstanzen

### § 14

(1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung errichtet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns für jede Bezirksstelle mindestens einen Prüfungsausschuß und als Widerspruchsstelle mindestens einen Beschwerdeausschuß. Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse werden für jede Kassenart (§ 225 RVO, § 44 Absatz 1 KVLG) gesondert errichtet.

Im Einvernehmen mit den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für mehrere Kassenarten gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse errichten.

(2) Die Geschäfte der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse werden von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geführt.

(3) Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse entscheiden in der Besetzung mit je drei Vertretern der Ärzte und Krankenkassen.

Den Vorsitz in den Prüfungsinstanzen führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte oder ein Vertreter der Krankenkassen.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns beruft die Mitglieder der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse und die erforderliche Zahl von Stellvertretern.

Die Vertreter der Ärzte werden auf Vorschlag der Bezirksstellen der KVB, die Vertreter der Krankenkassen werden auf Vorschlag des Landesverbandes der Krankenkassen, bei der Bildung von gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen für mehrere Kassenarten auf Vorschlag der beteiligten Landesverbände der Krankenkassen berufen.

Die Berufung eines vorgeschlagenen Vertreters kann nur aus wichtigem Grund abgelehnt werden, wobei die vorschlagende Stelle sowie der Betroffene vorher zu hören sind.

(5) Die Amtsdauer der Mitglieder der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse beträgt vier Jahre (Amtsperiode). Die Amtsperiode entspricht derjenigen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten.

(6) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns kann ein Mitglied des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses nur abberufen, wenn

- a) das Mitglied selbst die vorzeitige Entbindung von seinem Amt beantragt  
oder
- b) ein wichtiger Grund für die Abberufung des Mitglieds besteht, wobei die vorschlagende Stelle sowie der Betroffene vorher zu hören sind.

(7) Bestellte Ausschußmitglieder oder deren Vertreter sind verpflichtet, an den Sitzungen teilzunehmen.

Die Ausschüsse sind beschlußfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung mindestens vier Mitglieder, darunter je ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, anwesend sind.

Beschlüsse der Ausschüsse werden mit der Mehrheit der Abstimmenden gefaßt. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

Ist ein Ausschuß trotz ordnungsgemäßer Ladung beschlußunfähig, sind die Ausschußmitglieder zu einer Sitzung erneut zu laden, die innerhalb von zwei Wochen stattfinden soll. Erscheint auch auf die zweite Ladung nicht die zur Beschlußfähigkeit nötige Anzahl an Ausschußmitgliedern, so wird eine erneute Sitzung anberaumt, die innerhalb von zwei Wochen stattfinden muß.

Nach der dritten Ladung der Ausschußmitglieder ist der Ausschuß ohne Rücksicht auf die Zahl und Zusammensetzung der Erschienenen beschlußfähig. In der Ladung ist hierauf hinzuweisen.

(8) Die Mitglieder der Ausschüsse entscheiden in geheimer Beratung.

Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

Sie heben über den Gegenstand des Verfahrens, den Inhalt der Beratung und über die Abstimmung, auch nach Beendigung ihres Amtes, Stillschweigen zu bewahren.

## **Aufbringung und Verwaltung der Mittel**

### **§ 15**

(1) Die KVB erhebt zur Durchführung ihrer Aufgaben von den Mitgliedern Verwaltungskostenanteile, die in einem Hundertsatz der Vergütung aus der ärztlichen Tätigkeit bestehen und bei Abrechnung einbehalten werden. Für außerordentliche Mitglieder kann ein fester Beitrag bestimmt werden. Die Einnahmen dienen insbesondere zur Bestreitung der Verwaltungsausgaben, für Wohlfahrtseinrichtungen und für sonstige Aufgaben der KVB.

(2) Die Höhe der Beiträge bestimmt die Vertreterversammlung; maßgebend ist dabei der vom Vorstand der KVB für jedes Geschäftsjahr aufgestellte und von der Vertreterversammlung genehmigte Haushaltsplan.

(3) Der Haushaltsplan der KVB für jedes Geschäftsjahr setzt sich zusammen aus den Voranschlägen, die für jede der echt Bezirksstellen und die Landesgeschäftsstelle gesondert aufzustellen sind.

(4) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(5) Der Vorstand der KVB verwaltet die Mittel der KVB im Rahmen des Haushaltsplanes. Unter der Verantwortung des Vorstandes der KVB und im Rahmen des genehmigten Voranschleges verwaltet der Vorsitzende jeder Bezirksstelle die Mittel der Bezirksstelle.

## **Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung**

### **§ 16**

(1) Die Betriebsführung und Rechnungslegung der KVB ist laufend durch einen vom Vorstand zu bestellenden Prüfer zu überwachen und zu prüfen. In Ausübung seiner Tätigkeit ist der Prüfer an keine Weisungen gebunden. Die Prüfungsergebnisse sind dem Vorstand vorzulegen, welcher der Vertreterversammlung über den von ihr gewählten Finanzausschuß Bericht erstattet.

(2) Die einzelnen Prüfungsergebnisse sind für den Bereich der KVB jährlich zusammenzustellen. Der Prüfbericht ist der Aufsichtsbehörde in Abdruck zu übersenden.

## **Bekanntmachungen**

### **§ 17**

Bekanntmachungen der KVB erfolgen an die Allgemeinheit im „Bayerischen Staatsanzeiger“, sonst im „Bayerischen Ärzteblatt“ oder durch Rundschreiben.

## **Inkrafttreten**

### **§ 18**

Diese Satzung tritt am achten Tage nach ihrer Veröffentlichung im „Bayerischen Staatsanzeiger“ in Kraft.

München, den 16. März 1978

gez. Professor Dr. Sewering  
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

# Wahlordnung für die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

vom 1. August 1967

(„Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 27 vom 7. Juli 1967)

## § 1

### Leitung der Wahl

(1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl bestellt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einen Landeswahlleiter. Der Landeswahlleiter beruft einen Landeswahlausschuß, der sich außer ihm aus drei ordentlichen und einem außerordentlichen wahlberechtigten Mitglied zusammensetzt.

(2) Für den Wahlbezirk (§ 2) bestellt der Vorsitzende der KVB-Bezirksstelle im Einvernehmen mit der Vertrauensmännerversammlung einen Bezirkswahlausschuß. Dieser besteht aus dem Bezirkswahlleiter, einem weiteren ordentlichen und einem außerordentlichen wahlberechtigten Mitglied.

(3) Die Entscheidungen des Landeswahlausschusses und der Bezirkswahlausschüsse werden mit Stimmenmehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Ausschüsse sind beschlußfähig bei Anwesenheit von mehr als der Hälfte der Mitglieder.

## § 2

### Wahlbezirke

Die Bereiche der acht KVB-Bezirksstellen München-Stadt und -Land, Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben bilden für die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns je einen Wahlbezirk.

## § 3

### Stimmkreise

(1) Der Bezirkswahlausschuß legt im Benehmen mit dem Vorsitzenden der KVB-Bezirksstelle die Stimmkreise fest. Dabei legt er die Stadt- und Landkreise im Wahlbezirk so zu Stimmkreisen zusammen, daß auf etwa je 100 ordentliche Mitglieder ein Vertreter und zwei Ersatzmänner entfallen. Im Rahmen der im Wahlbezirk zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner soll tunlichst jeder Stadt- und Landkreis vertreten sein. Für je 100 Mitglieder eines Stimmkreises werden aus diesem ein Vertreter und zwei Ersatzmänner, mindestens aber für jeden Stimmkreis ein Vertreter und zwei Ersatzmänner gewählt. Bleibt nach der Teilung der Zahl der Mitglieder durch 100 ein Rest, der mehr als 50 ist, so tritt für diesen Rest ein weiterer Vertreter (mit zwei Ersatzmännern) hinzu. Unterbleibt die Einteilung eines Wahlbezirks in Stimmkreise, so gilt der Wahlbezirk als Stimmkreis.

(2) Die Zahl der nach § 7 (1) der Satzung zu wählenden Vertreter der außerordentlichen Mitglieder stellt der Landeswahlausschuß fest. Dabei ist zunächst für den Landeswahl-

bereich die Gesamtzahl der außerordentlichen Mitglieder festzustellen und nach dem Schlüssel 1:100 die Zahl der Vertreter zu bestimmen. Diese Zahl ist in Beziehung zu setzen zu der sich nach § 7 (1) letzter Satz ergebenden Höchstzahl der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder. Nach diesem Quotienten ist für jeden Wahlbezirk die Zahl der zu wählenden Vertreter der außerordentlichen Mitglieder festzulegen; für jeden Vertreter sind zwei Ersatzmänner zu wählen. Für die Wahl der außerordentlichen Mitglieder ist der Wahlbezirk zugleich Stimmkreis.

## § 4

### Wahlberechtigung und Wählbarkeit

(1) Wahlberechtigt sind die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Maßgebend ist dazu die Eintragung in eine Wählerliste (§ 6).

(2) Wählbar sind alle wahlberechtigten ordentlichen bzw. außerordentlichen Mitglieder der KVB, wenn sie am Wahltag das 25. Lebensjahr vollendet haben.

## § 5

### Ruhen der Wahlberechtigung und Wählbarkeit

Des Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied

- e) unter Vormundschaft oder Pflegeschaft steht,
- b) sich in Strafhaft befindet.

## § 6

### Wählerlisten

(1) Die KVB-Bezirksstellen legen für die ordentlichen und für die außerordentlichen wahlberechtigten Mitglieder des Wahlbezirks je eine fortlaufend numerierte Wählerliste, gegliedert nach Stimmkreisen, an. Jeder Wähler ist von der Eintragung in seine Wählerliste schriftlich zu unterrichten. Die Benachrichtigung muß die Wahlfrist, die Nummer des Wählers in der Wählerliste, den für ihn zuständigen Stimmkreis und die Anschrift des Bezirkswahlausschusses angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum 14. Tag einschließlich vor Beginn der Wahlfrist bei den KVB-Bezirksstellen während der Dienststunden auszulegen.

(2) Während der Auslegungsfrist können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich oder mündlich beim Bezirkswahlausschuß erhoben werden. Er entscheidet über den Einspruch.

(3) Änderungen der Wählerliste kann nur der Bezirkswahlausschuß vornehmen.

## § 7

### Wahlbekanntmachungen

(1) Im Einvernehmen mit der Vertreterversammlung und dem Vorstand der KVB bestimmt der Landeswahlleiter die Wahlfrist und gibt sie den Bezirkswahlleitern bekannt.

(2) Spätestens vier Wochen vor Beginn der Wahlfrist veröffentlichten die Bezirkswahlleiter Wahlbekanntmachungen in ortsüblicher Weise. Die Bekanntmachung muß enthalten:

1. Beginn und Ende der Wahlfrist;
2. die Zahl der wahlberechtigten ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder;
3. die Angabe der für den Wahlbezirk gebildeten Stimmkreise;
4. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner;
5. die Anschrift des Bezirkswahlausschusses, an den der Wahlbrief zu senden ist;
6. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung;
7. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können, und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerliste bei Vermeidung des Ausschlusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswahlausschuß einzulegen sind.

(3) Der Bezirkswahlleiter kann nach Anhören des Bezirkswahlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

## § 8

### Wahlvorschläge

(1) Der Landesausschuß bestimmt den letzten Termin für die Einreichung der Wahlvorschläge.

(2) Wahlvorschläge sind getrennt für ordentliche und außerordentliche Mitglieder zu erstellen.

(3) Die Wahlvorschläge müssen von mindestens von 5 v. H. der Wahlberechtigten des Stimmkreises unterschrieben sein. Bei Stimmkreisen mit mehr als 1000 Mitgliedern genügen 50 Unterschriften. Die Vorschläge haben zu enthalten: Vor- und Zuname, Geburtstag, berufliche Bezeichnung und Anschrift der Kandidaten.

(4) Die Vorschläge dürfen höchstens so viele Namen enthalten, als Vertreter und Ersatzmänner für den Stimmkreis zu wählen sind. Dabei muß ersichtlich sein, wer als Vertreter und wer als Ersatzmann vorgeschlagen ist. Der Wahlberechtigte darf nur einen Vorschlag unterzeichnen.

(5) Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so muß er sich binnen einer vom Bezirkswahlausschuß bestimmten Frist erklären, welchen Wahlvorschlag er unterstützt; unterläßt er die Erklärung, so wird seine Unterschrift auf allen Vorschlägen gestrichen.

(6) Mit jedem Wahlvorschlag ist von jedem Kandidaten eine Erklärung vorzulegen, daß er zur Annahme der Wahl bereit ist, und daß ihm Umstände, die seine Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind.

(7) Jeder Wahlvorschlag wird durch den ersten Unterzeichner vertreten; der zweite Unterzeichner gilt als Stellvertreter.

(8) Werden Wahlvorschläge nicht eingereicht, so kann die Stimmabgabe für jedes wählbare Mitglied (§ 4) des Stimmkreises erfolgen.

## § 9

### Prüfung der Wahlvorschläge

(1) Der Bezirkswahlausschuß hat die Vorschläge nach der Reihenfolge ihres Eingangs mit Ordnungsnummern zu versehen, zu prüfen und etwaige Mängel dem Vertreter des Wahlvorschlags unverzüglich mitzutellen. Die Mängel müssen spätestens zwei Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist beseitigt sein; bis zu diesem Zeitpunkt können Vorschläge abgeändert, zusammengelegt oder zurückgenommen werden.

(2) Ist ein Kandidat in dem Wahlvorschlag nicht in der bestimmten Weise bezeichnet, so ist der Vertreter des Wahlvorschlags zur Ergänzung aufzufordern; kommt er der Aufforderung innerhalb der bestimmten Frist nicht nach, so wird der Name des unvollständig bezeichneten Kandidaten in dem Wahlvorschlag gestrichen.

(3) Wird eine Erklärung über Annahme der Wahl trotz Erinnerung des Bezirkswahlausschusses nicht oder nicht in der bestimmten Frist vorgelegt, so wird der Name des betreffenden Kandidaten gestrichen.

(4) Kandidaten, die auf mehreren Vorschlagslisten genannt sind, werden durch Vermittlung der Vertreter der Wahlvorschläge zu einer Äußerung aufgefordert, welchem Wahlvorschlag sie zugeteilt werden sollen; erklären sie sich hierauf nicht innerhalb der bestimmten Frist, so werden sie von allen Wahlvorschlägen gestrichen.

(5) Enthält ein Wahlvorschlag mehr Namen von Kandidaten als zugelassen sind, so werden die Namen der Kandidaten gestrichen, die den in der zulässigen Zahl vorgeschlagenen Kandidaten folgen.

(6) Die Wahlvorschläge sind ungültig, wenn sie verspätet eingereicht werden; das gleiche gilt, wenn die Wahlvorschläge nicht die erforderlichen Unterschriften tragen oder wenn die vorgeschlagenen Kandidaten nicht in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt sind, es sei denn, daß die Mängel spätestens zwei Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist beseitigt werden.

## § 10

### Inhalt des Stimmzettels

(1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift „Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom ..... bis .....“. Er muß den Stimmkreis bezeichnen und die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 8 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 8 Abs. 3 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 9 Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.

(2) Im Falle des § 8 Abs. 8 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler ermöglichen, die Namen der von ihm gewählten Vertreter und Ersatzmänner des Stimmkreises getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Vertreter“ und „Ersatzmänner“ zu kennzeichnen.

## § 11

### Versendung der Stimmzettel

(1) Der Bezirkswahlleiter hat drei Tage vor Beginn der Wahlfrist an jeden in eine Wählerliste des Wahlbezirks eingetra-

genen Wahlberechtigten einen Stimmzettel und einen Vordruck zur Abgabe der eidesstattlichen Erklärung mit zwei Umschlägen zu übersenden. Der eine Umschlag trägt den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom ..... bis .....“, der zweite (freigemachte) Umschlag trägt den Aufdruck „Wahlbrief für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“, die Nummer des betreffenden Wahlberechtigten in der Wählerliste sowie die Anschrift des Bezirkswahlausschusses.

(2) Hat ein Wahlberechtigter die nach Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlleiter anfordern.

## § 12

### Ausübung des Wahlrechts

Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel verwendet werden. Der Wähler hat auf einem Vordruck eidesstattlich zu versichern, daß er den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet hat. Das Wahlrecht darf nur für den zuständigen Stimmkreis ausgeübt werden.

## § 13

### Stimmabgabe

(1) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorgeschlagenen Kandidaten, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen, als zu wählen sind.

(2) Im Falle des § 8 Abs. 8 kann der Wähler nur so viele Namen auf den Stimmzettel getrennt einsetzen, als Vertreter bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.

(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Umschlag, der den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom ..... bis .....“ trägt und verschließt den Umschlag. Der verschlossene Umschlag wird daraufhin in den zweiten Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ gelegt. In diesen zweiten Umschlag wird weiter der unterschriebene Vordruck über die eidesstattliche Erklärung eingelegt. Der Wahlbrief wird verschlossen, vom Wähler mit der Angabe des Absenders versehen und an den Bezirkswahlausschuß gesandt. Der Wahlbrief muß vor Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingehen.

(4) Ungültig sind

- a) Stimmzettel, die nach Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingegangen sind;
- b) Stimmzettel, die sich in einem Umschlag mit der Angabe eines Namens befunden haben;
- c) Stimmzettel, die sich nicht in einem geschlossenen Umschlag mit dem Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom ..... bis .....“ befunden haben;
- d) Stimmzettel, die einem Wahlbrief ohne eidesstattliche Erklärung über die persönliche Ausübung des Stimmrechts enthalten waren;
- e) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten.

## § 14

### Ermittlung des Wahlergebnisses

(1) Eingehende Wahlbriefe werden beim Bezirkswahlausschuß sofort mit einem Eingangsstempel versehen.

(2) Der Bezirkswahlausschuß ermittelt öffentlich und unverzüglich nach dem Ende der Wahlfrist das Wahlergebnis.

(3) Der Bezirkswahlausschuß stellt aufgrund der auf dem Wahlbrief vermerkten Wahlnummer die Wahlberechtigung des Absenders im Stimmkreis durch Vergleich mit der zuständigen Wählerliste fest. Dabei werden die Wahlbriefe nach Stimmkreisen geordnet und ihre Zahl für die einzelnen Stimmkreise ermittelt. Danach werden die Wahlbriefe für jeden einzelnen Stimmkreis eröffnet, die eidesstattlichen Erklärungen in den Wahlbriefen geprüft und beiseite gelegt; weiter werden den Wahlbriefen die darin enthaltenen Umschläge (mit der Aufschrift „Stimmzettel für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom ..... bis .....“) entnommen, durcheinandergemischt, geöffnet und die auf die einzelnen Kandidaten entfallenen gültigen Stimmen festgestellt.

(4) Bei dem Verfahren nach Abs. 3 prüft der Bezirkswahlausschuß laufend die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen nach § 13 und entscheidet hierüber.

(5) Für jeden Stimmkreis ist eine gesonderte Zähl- und Gegenliste zu führen. In den Listen ist der Inhalt jedes gültigen Stimmzettels bei der Verlesung sofort zu vermerken. Die Listen sind von den Listenführern und dem Bezirkswahlleiter zu unterzeichnen.

(6) Im Stimmkreis sind die Kandidaten gewählt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Das gleiche gilt für die Ersatzmänner. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

(7) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirks ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

- die Zahl der Wahlberechtigten;
- die Zahl der Wähler;
- die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen;
- die Zahl der ungültigen Stimmen;
- die Namen der gewählten Vertreter und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl.

(8) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen; die Zähllisten nach Abs. 5 sind der Niederschrift beizufügen.

## § 15

### Verständigung der Gewählten

Der Bezirkswahlleiter hat die Gewählten gegen Nachweis von der Wahl zu verständigen. Im Falle einer Wahl nach § 8 Abs. 8 hat der Bezirkswahlleiter die Gewählten gleichzeitig aufzufordern, binnen acht Tagen die Annahme der Wahl zu erklären.

## § 16

### Bekanntmachung des Wahlergebnisses

(1) Nach der Feststellung des Wahlergebnisses durch den Bezirkswahlausschuß sind die Wahlakten an den Landeswahlleiter zur Bekanntgabe des Wahlergebnisses zu übermitteln.

(2) Der Landeswahlleiter veröffentlicht das Wahlergebnis im „Bayerischen Staatsanzeiger“ und teilt es dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge mit.

## § 17

### Ersatzmänner und Nachwahl

Für einen Gewählten, der vor Ablauf der Amtszeit ausscheidet, rückt für den Rest der Amtszeit der Ersetzmann seines Stimmkreises mit der höchsten Stimmenzahl nach. Ist kein Ersetzmann mehr vorhanden, so ist eine Nachwahl bekanntzumachen und durchzuführen, ausgenommen im letzten Jahr der Wahlperiode.

## § 18

### Wahlanfechtung und Nachwahl

(1) Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 16 Abs. 2) die Wahl wegen Verletzung der Satzung oder Wahlordnung anfechten.

(2) Die Wahl ist ungültig, wenn durch den gerügten Verstoß das Wahlergebnis verdunkelt worden ist. Die Entscheidung trifft der Landeswahlausschuß.

(3) Wird die Ungültigkeit der Wahl im ganzen ausgesprochen, so wird eine Neuwahl angeordnet. Sie ist innerhalb einer Frist von vier Wochen bekanntzumachen; im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung.

(4) Wird die Ungültigkeit der Wahl nur für einen bestimmten Wahlbezirk oder für einen bestimmten Stimmkreis ausgesprochen, so bleibt die Neuwahl auf diesen Wahlbezirk oder Stimmkreis beschränkt.

(5) Entsprechendes gilt, wenn die Wahl eines Vertreters oder Ersatzmannes ungültig ist. Die Neuwahl beschränkt sich dann auf die Wahl des Vertreters bzw. des Ersatzmannes, dessen Wahl ungültig war.

(6) Die Absätze 4 und 5 gelten auch für eine Nachwahl.

## § 19

### Kosten

Die Kosten des Landeswahlleiters und des Landeswahlausschusses trägt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Die Kosten der Bezirkswahlleiter und der Bezirkswahlausschüsse und der Briefwahl tragen die zuständigen KVB-Bezirksstellen. Gemeinsame Kosten verteilt der Landeswahlleiter. Er entscheidet auch im Streitfall über die Kostenverteilung.

## § 20

### Wahlakten

Die Wahlakten sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle zur Aufbewahrung abzugeben und dort mindestens bis zum Ablauf der Amtszeit aufzubewahren.

## § 21

### Schlußbestimmungen

(1) Zweifelsfragen aus dieser Wahlordnung entscheidet der Landeswahlleiter und auf Beschwerde der Landeswahlausschuß.

(2) Diese Wahlordnung tritt am ersten des auf die Veröffentlichung im „Bayerischen Staatsanzeiger“ folgenden Monats in Kraft. Zum selben Zeitpunkt tritt die Wahlordnung vom 1. April 1956 außer Kraft.

München, 1. Juli 1967

gez. Dr. Völlinger  
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

# Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte)

vom 28. Mai 1957 (BGBl. S. 572) in der Fassung der 1. und 2. Änderungsverordnung vom 20. Juli 1977 (BGBl. S. 1332) bzw. 24. Juli 1978 (BGBl. S. 1085)

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) Des 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 eingerechnet.

#### § 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 beigelegt 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 registertführende Stelle hat einen Registerauszug und die Registerakten des Arztes der zuständigen registertführenden 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) Unenfechtbar 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 unanfechtbar geworden ist, aus den Registerakten zu enttarnen und zu vernichten.

## § 7

Der Arzt wird im Arztregister gestrichen, wenn

- e) er es beantragt,
- b) er gestorben ist,
- c) die Voraussetzungen für seine Eintragung nach § 3 Abs. 2 Buchst. e nicht oder nicht mehr gegeben sind,
- d) die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 Buchst. b auf Grund falscher Angaben des Arztes irrtümlich als gegeben angenommen worden sind.

## § 8

(1) Über Eintragungen und Streichungen im Arztregister und in den Registerakten beschließt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung oder die durch die Satzung bestimmte Stelle.

(2) Der Arzt erhält über die seine Person betreffenden Eintragungen und Streichungen sowie über die Ablehnung seiner Anträge auf Eintragung oder Streichung einen schriftlichen Bescheid. Dem Bescheid soll eine Belehrung über die Zulässigkeit des Rechtsbehelfs, die Verwaltungsstelle oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen 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 betreffenden Registerakten einsehen.

(3) Den Zulassungs- und Berufungsausschüssen sind die Registerakten der am Zulassungsverfahren beteiligten Ärzte auf Anfordern zur Einsicht zu überlassen.

## § 10

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt das Bundesarztregister nach dem Muster der Anlage.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen Eintragungen und Veränderungen in den Arztregistern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt Tatsachen, die für 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 Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam gebildet und abgegrenzt.

(2) Werden Zulassungsbezirke für Teile des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung gebildet, so sind bei der Ab-

grenzung in der Regel die Grenzen der Stadt- und Landkreise zu berücksichtigen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Zulassungsbezirke unverzüglich in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen 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 langfristig 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 anzupassen. Für die Bereiche mehrerer Kassenärztlicher 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 Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten, insbesondere über

- die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen,
- Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung; soweit sie Leistungen der kassenärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können,
- Bevölkerungsdichte und -struktur,
- Umfang und Art der Nachfrage nach kassenärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung,
- für die kassenärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen.

(4) Der Bedarfsplan bildet auch die Grundlage für die Beratung von Ärzten, die zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung bereit sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen darauf hinwirken, daß die Ärzte bei der Wahl ihres Kassenarztsitzes auf die sich aus den Bedarfsplänen ergebenden Versorgungsbedürfnisse Rücksicht nehmen.

#### § 13

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuzuziehen. Auch andere Sozialversicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften sind zu unterrichten; sie können bei der Bedarfsplanung hinzugezogen werden.

(2) Die Bedarfspläne sind im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden aufzustellen und fortzuentwickeln; sie sind deshalb so rechtzeitig zu unterrichten, daß ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

(3) Die aufgestellten oder fortentwickelten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zuzuleiten.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sollen die Erfahrungen aus der Anwendung der Bedarfspläne im Abstand von drei Jahren auswerten, das Ergebnis gemeinsam beraten und die in Absatz 3 genannten Stellen von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände 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 Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustande, so hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch eine der genannten Körperschaften unverzüglich darüber zu beraten und auf 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 Landesausschuß hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde über das Ergebnis der Beratungen zu unterrichten.

## Abschnitt IV

### Unterversorgung

## § 15

Weist der Bedarfsplan einen Bedarf an Kassenärzten für einen bestimmten Versorgungsbereich aus und werden über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten Kassenarztsitze dort nicht besetzt, so hat die Kassenärztliche Vereinigung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums Kassenarztsitze in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern anzuschreiben.

## § 16

(1) Der Landesausschuß hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks oder mehrerer Zulassungsbezirke eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht, wenn Hinweise dafür von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesverbänden der Krankenkassen mitgeteilt worden sind. Die Prüfung ist nach den tatsächlichen Verhältnissen unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung und auf der Grundlage des Bedarfsplanes vorzunehmen; die in den Richtlinien des Bun-

desausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Beurteilung einer Unterversorgung vorgesehenen einheitlichen und vergleichbaren Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren sind zu berücksichtigen.

(2) Steilt der Landesausschuß eine bestehende oder unmittelbarer drohende Unterversorgung fest, so hat er der Kassenärztlichen Vereinigung aufzugeben, binnen einer von ihm zu bestimmenden angemessenen Frist die Unterversorgung zu beseitigen. Der Landesausschuß kann bestimmte Maßnahmen empfehlen.

(3) Dauert die bestehende oder unmittelbarer drohende Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, hat der Landesausschuß festzustellen, 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 Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Die betroffenen Zulassungsausschüsse sind vor der Anordnung zu hören.

(4) Für die Dauer der bestehenden oder unmittelbar drohenden Unterversorgung sind als Beschränkungen zulässig:

- a) Ablehnung von Zulassungen in Gebieten von Zulassungsbezirken, die außerhalb der vom Landesausschuß als unterversorgt festgestellten Gebiete liegen;
- b) Ablehnung von Zulassungen für bestimmte Arztgruppen in den in Buchstabe a bezeichneten Gebieten.

(5) Der Zulassungsausschuß kann im Einzelfall eine Ausnahme von einer Zulassungsbeschränkung zulassen, wenn die Ablehnung der Zulassung für den Arzt eine unbillige Härte bedeuten würde.

(6) Der Landesausschuß hat spätestens nach jeweils sechs Monaten zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen fortbestehen; Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

## Abschnitt V

### Voraussetzungen der Zulassung

## § 17

Wer einen Antrag auf Zulassung als Kassenarzt stellt, muß an einem von einer Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der Krankenkassen veranstalteten Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit teilgenommen haben, der nicht länger als vier Jahre vor der Antragstellung liegen darf. Das gilt nicht für Ärzte, die bereits zugelassen sind oder in den letzten vier Jahren zugelassen waren.

## § 18

(1) Der Antrag muß schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Kassenarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen

- a) ein Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung ins Arztregister und

gegebenenfalls der Teil der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,

- b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,
- c) eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang (§ 17).

(2) Ferner sind beizufügen

- e) ein Lebenslauf,
- b) ein polizeiliches Führungszeugnis,
- c) Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugezogen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
- d) eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- e) eine Erklärung des Arztes, ob er rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und daß gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

(3) An Stelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

(4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

## Abschnitt VI

### Zulassung und Kassenarztsitze

#### § 19

(1) Über den Antrag befindet der Zulassungsausschuß durch Beschluß.

(2) Wird der Arzt zugezogen, so ist in dem Beschluß der Zeitpunkt festzusetzen, bis zu dem die kassenärztliche Tätigkeit aufzunehmen ist. Liegen wichtige Gründe vor, so kann der Zulassungsausschuß auf Antrag des Arztes nachträglich einen späteren Zeitpunkt festsetzen.

#### § 20

(1) Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht.

(2) Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Kassenarztes am Kassenarztsitz nicht zu vereinbaren ist.

(3) Ein Arzt, bei dem Hinderungsgründe nach den Absätzen 1 oder 2 vorliegen, kann unter der Bedingung zugezogen 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 für die Ausübung der Kassenpraxis ist ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt, der innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig war.

Die §§ 22 und 23 sind aufgehoben.

#### § 24

(1) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz).

(2) Der Kassenarzt muß am Kassenarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, daß er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Kassenarztsitz zur Verfügung steht.

(3) Ein Kassenarzt darf das Fachgebiet, für das er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.

(4) Der Zulassungsausschuß hat den Antrag eines Kassenarztes auf Verlegung seines Kassenarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der kassenärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

§ 25 ist aufgehoben.

## Abschnitt VII

### Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung

#### § 26

(1) Der Zulassungsausschuß hat das Ruhen der Zulassung eines Kassenarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 368 a Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.

(2) Tatsachen, die das Ruhen der Zulassung bedingen können, haben der Kassenarzt, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen dem Zulassungsausschuß mitzutellen.

(3) In dem Beschluß ist die Ruhezeit festzusetzen.

(4) Über die ruhenden Zulassungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

#### § 27

Der Zulassungsausschuß hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 368 a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung gegeben sind. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuß unter Angabe der Gründe beantragen.

#### § 28

(1) Der Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Kassenarztes beim Zulassungsausschuß des folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Kassenarzt nachweist, daß für ihn die weitere Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen

Teil der Frist unzumutbar ist. Endet die Zulassung aus anderen Gründen (§ 368 a Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung), so ist der Zeitpunkt ihres Endes durch Beschluß des Zulassungsausschusses festzustellen.

(2) Tatsachen, die das Ende der Zulassung bedingen, haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen dem Zulassungsausschuß mitzuteilen.

## Abschnitt VIII

### Beteiligung

#### § 29

(1) Der Antrag eines Krankenhausarztes (§ 368 a Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung) auf Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Dem Antrag sind die in § 18 Abs. 1 Buchst. e und c genannten Unterlagen, sowie eine Erklärung des Krankenhausärztes, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird. Dem Antrag eines Krankenhausarztes, der nicht leitender Krankenhausarzt ist, ist ferner ein Nachweis über das Recht zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung beizufügen.

(2) Diese Beteiligungen können nur für ambulante kassenärztliche Tätigkeiten erfolgen. Sie umfassen in der Regel folgende ärztliche Leistungen:

- a) Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung,
- b) konsiliarische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung,
- c) die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insbesondere ärztlicher Sachleistungen,
- d) eine ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt.

Nicht leitende Krankenhausärzte können nur für die in Satz 2 Buchstabe c genannten ärztlichen Tätigkeiten beteiligt werden.

(3) Soll die Beteiligung auf einzelne der in Absatz 2 genannten ärztlichen Leistungen beschränkt werden, so ist dies im Beteiligungsbeschuß auszusprechen.

(4) Im Beteiligungsbeschuß ist auch auszusprechen, ob der beteiligte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(5) Die Beteiligung kann befristet werden. Sie 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. Der Zulassungsausschuß hat in angemessenen Zeitabständen, die zwei Jahre nicht überschreiten dürfen, zu prüfen, ob die Voraussetzungen, die zur Beteiligung geführt haben, noch vorliegen. Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen hat der Zulassungsausschuß unverzüglich eine Prüfung nach Satz 3 durchzuführen.

#### § 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 zugelesenen und beteiligten Ärzte hinaus weitere Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

- a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder
- b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Insassen eines Lagers, Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmanteilvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen 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 erteilt worden ist.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmanteilvertrag 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 Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen.

(5) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In den Fällen der Absätze 1 bis 3 muß die Ermächtigung auch die Pflicht zur Teilnahme an einem Einführungslehrgang nach § 17 vorsehen.

(6) Ein Arzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genannten Gründe ihn für die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versagungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen haben; sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich 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 Kassenarzt hat die kassenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer

Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

(2) Die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 bedarf einer Genehmigung der Kassenärztlichen 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 Vertreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist, sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Vertreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Kassenarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

(3) Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxismfanges dienen.

(4) Der Kassenarzt hat Vertreter und Assistenten zur Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten einzuhalten.

### § 33

(1) Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxis-einrichtungen sowie die gemeinsame 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 gemeinsame 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 Krankenkassen gemeinsam bestellt. Kommt es nicht zu einer gemeinsamen Bestellung, so werden die Vertreter aus der Reihe der von den Landesverbänden der Krankenkassen vorgeschlagenen Personen ausgelost.

(3) Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Amtsdauer endet erstmals mit dem 31. Dezember 1961.

(4) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so erfolgt Neubestellung. Die Amtsdauer neubesetzter Mitglieder endet mit der Amtsdauer der übrigen Mitglieder nach Absatz 3.

(5) Ein Mitglied kann aus einem wichtigen Grund durch die Stelle abberufen werden, von der es bestellt ist. Das Ehrenamt des nichtzugelassenen Arztes endet mit seiner Zulassung.

(6) Die Niederlegung des Ehrenamtes hat gegenüber dem Zulassungsausschuß schriftlich zu erfolgen.

(7) Die Mitglieder der Ausschüsse haben Anspruch auf Erstattung ihrer berechneten Auslagen 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 Mitgliedschaften – getragen.

(9) Für die Stellvertreter gelten die Vorschriften für Mitglieder entsprechend.

### § 35

(1) Der Berufungsausschuß besteht aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. 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 Tagesordnung ein.

#### § 37

(1) Über Zulassungen und über die Entziehung von Zulassungen beschließt der Zulassungsausschuß nach mündlicher Verhandlung. In allen anderen Fällen kann der Zulassungsausschuß eine mündliche Verhandlung entbehren.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die am Verfahren beteiligten Ärzte sind unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen mit Postzustellungsurkunde zur mündlichen Verhandlung zu laden. Es kann auch in Abwesenheit Beteiligter verhandelt werden, falls in der Ladung darauf 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 eingezahlt, so gilt der Antrag als zurückgenommen, es sei denn, der Vorsitzende stundet die Gebühr. Die Zahlungsfrist und die Folgen ihrer Nichteinhaltung sind in der Anforderung zu vermerken.

#### § 39

(1) Der Zulassungsausschuß erhebt die ihm erforderlich erscheinenden Beweise.

(2) Die vom Zulassungsausschuß herangezogenen Sechverständigen und Auskunftspersonen werden entsprechend dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen entschädigt.

#### § 40

Die Sitzung ist nicht öffentlich. Sie beginnt nach dem Austritt der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts durch den Vorsitzenden oder das von ihm als Berichterstatter bestellte Mitglied. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung, Beratung und Abstimmung. Der Vorsitzende hat dahin zu wirken, daß der Sachverhalt ausreichend geklärt wird. Jedes Mitglied des Zulassungsausschusses kann sechdienstliche Fragen und Anträge stellen.

#### § 41

(1) Beratung und Beschlußfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten.

(2) Beschlüsse können nur bei vollständiger Besetzung des Zulassungsausschusses gefaßt werden. Stimmentheiltung ist unzulässig.

(3) Über den Hergang der Beratungen und über das Stimmenverhältnis ist Stillschweigen zu bewahren.

(4) Das Ergebnis des Verfahrens ist in einem Beschluß niederzulegen. In dem Beschluß sind die Bezeichnung des Zulassungsausschusses, die an der Beschlußfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschlußfassung anzugeben. Der Beschluß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und je einem Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen zu unterzeichnen. Dem Beschluß ist eine Belehrung über die Zulässigkeit des Rechtsbehelfs, die einzulegende Frist und den Sitz des zuständigen Berufungsausschusses beizufügen.

(5) Der Vorsitzende stellt den Beteiligten alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses mittels Postzustellungsurkunde zu, eine weitere Ausfertigung ist der Kassenärztlichen Vereinigung für die Registerakten zuzusenden. Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch 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 Namen 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 zwanzig Jahre aufzubewahren.

### 2. Berufungsausschuß für Ärzte (Widerspruchsverfahren)

#### § 44

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses mit Angabe von Gründen beim Berufungsausschuß einzulegen. Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.

#### § 45

(1) Der Widerspruch gilt als zurückgenommen, wenn die Gebühr nach § 46 nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet ist. Die Zahlungstrist und die Folgen ihrer Nichtentrichtung sind in der Antorderung zu vermerken.

(2) Der Widerspruch kann ohne mündliche Verhandlung zurückgewiesen werden, wenn der Beratungsausschuß 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:

- e) bei Antrag 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 Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt . . . . . 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 Antrages 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) nach unanfechtbar gewordener Zulassung . . . . . 200,— DM
- b) nach unanfechtbar gewordener Beteiligung nach § 29 . . . . . 200,— DM

(3) Es sind zu zahlen

- a) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenärztliche Vereinigung,
- b) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe b und c und Absatz 2 an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses,
- c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Beratungsausschusses.

## 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 als Vertreter oder

Assistant bei einem oder mehreren frei praktizierenden Kassenärzten abgeleistet hat.

(2) Für die Beteiligungen, die nach § 30 der Zulassungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung ausgesprochen worden sind, gilt diese Vorschrift fort. Die nach 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 Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung auf Grund der Vorschriften des Bundesmanteilvertrages zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen erteilt worden sind,

galten 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.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

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 monatlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-602, 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 (089) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg, Straße 9, 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



bei behandlungsbedürftigen Ein- und Durchschlafstörungen

neu  
von Desitin



# nacht

gelassen schlafen mit **imeson**<sup>®</sup>

enthält das  
Benzodiazepin-Derivat  
Nitrazepam

außergewöhnlich  
kostengünstig  
20 Tabletten nur DM 4,25

bewährt – ausgezeichnet verträglich  
Für die ambulante Therapie bevorzugt geeignet.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 5mg Nitrazepam. **Anwendungsgebiete:** a) **Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen**, b) BNS Krämpfe **Gegenanzeigen:** imeson darf nicht angewendet werden bei krankhaft gesteigerter Ermüdbarkeit bestimmter Muskelgruppen (Myasthenia gravis) und bestimmten Formen des grünen Stars (Engwinkelglaukom). Schwangere und stillende Frauen sollten nicht mit imeson<sup>®</sup> behandelt werden. **Nebenwirkungen:** Bei empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am folgenden Tag zu Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel, Bewegungsunsicherheit, Muskeler schlaffungen und Artikulationsstörungen kommen. Bei Säuglingen kann es nach Anwendung von imeson<sup>®</sup> zu einer Hypersekretion und damit zur Verschleimung der Atemwege kommen. imeson<sup>®</sup> kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

**Dosierungsanleitung, soweit vom behandelnden Arzt nicht anders verordnet:** Bei Schlafstörungen, Tabletten 20–30 Minuten vor dem Schlafengehen einnehmen: Erwachsene 1–2 Tabletten, ältere Patienten 1–1 Tablette. Ältere Patienten benötigen im allgemeinen geringere Dosen als jüngere Erwachsene. Manche Patienten benötigen, um eine ausreichende Schlafwirkung zu erzielen, wesentlich geringere Dosen als der Durchschnitt. Die relative Überdosierung ist an verstärkten Nebenwirkungen am nächsten Morgen zu erkennen. Die Dosis sollte dann entsprechend reduziert werden. Bei antikonvulsiver Therapie: Erwachsene 3mal täglich 1–2 Tabletten, Kinder maximal 3mal täglich 1 Tablette, Kleinstkinder maximal täglich 1 Tablette. **Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten:** Bei gleichzeitiger Einnahme anderer zentral wirksamer Medikamente (Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Narkotika und sedierende Analgetika) ist mit einer wechselseitigen Wirkungsbeeinflussung zu rechnen. Da bei Patienten, die unter Dauermedikation mit anderen Arzneimitteln stehen, im Einzelfall Art und Umfang von Wechselwirkungen nicht sicher vorhersehbar sind, ist insbesondere zu Beginn der Therapie mit imeson<sup>®</sup> Vorsicht geboten. **Art und Dauer der Anwendung:** Die Tabletten werden mit etwas Flüssigkeit kurz vor dem Schlafengehen eingenommen. Ist der Magen zum Zeitpunkt der Einnahme stark gefüllt, kann der Wirkungseintritt verzögert werden. Überfüllter Magen bei der Einnahme sowie eine nicht ausreichende Schlafdauer von sechs Stunden oder mehr kann erhöhte Nebenwirkungen am Morgen zur Folge haben. Um die Notwendigkeit einer fortgesetzten Anwendung zu überprüfen, sollte nach mehrwöchiger täglicher Einnahme von imeson<sup>®</sup> als Schlafmittel die Dosis schrittweise vermindert und imeson<sup>®</sup> anschließend abgesetzt werden. Schlaflosigkeit in den ersten Nächten nach Absetzen der Therapie kann durch Nachwirkungen des Medikaments verursacht sein und muß nicht ein Fortbestehen der Schlafstörung anzeigen. **Hinweise:** Wird imeson<sup>®</sup> zur antikonvulsiven Therapie benutzt, darf nach fortgesetzter Anwendung die Therapie nicht abrupt unterbrochen werden, sondern diese soll ausschleichend erfolgen. Nach längerfristiger täglicher Anwendung von imeson<sup>®</sup> können wie bei anderen Schlafmitteln durch plötzliches Absetzen der Therapie Schlafstörungen vorübergehend verstärkt wieder auftreten. Wie bei anderen Arzneimitteln dieser Wirkungsstypus ist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung von imeson<sup>®</sup> gegen das Risiko von Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen. Nicht alle Schlafstörungen bedürfen der Anwendung von Arzneimitteln. Oft stellen sie Folgeerscheinungen körperlicher und seelischer Krankheiten dar und sind durch gezielte Therapie der Grundstörung zu beheben. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Packung mit 20 Tabletten nur DM 4,25 incl. 13% MwSt., Klinikpackungen. Verschreibungspflichtig. Stand August 1980